

**GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA**

**Questo giorno** Lunedì 28 **del mese di** Marzo  
**dell' anno** 2011 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA  
**la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:**

1) Errani Vasco	Presidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Gazzolo Paola	Assessore
4) Lusenti Carlo	Assessore
5) Marzocchi Teresa	Assessore
6) Melucci Maurizio	Assessore
7) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
8) Peri Alfredo	Assessore
9) Rabboni Tiberio	Assessore

**Funge da Segretario l'Assessore** Muzzarelli Gian Carlo

**Oggetto:** REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI SANITA' PUBBLICA

**Cod.documento** GPG/2011/269

**Num. Reg. Proposta: GPG/2011/269**

-----  
**LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Premesso che l'art. 8 della legge regionale n. 34 del 12 ottobre 1998, recante "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, in attuazione del DPR 14 gennaio 1997" e successive modificazioni, demanda alla Giunta regionale, sentita la competente Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali, il compito di determinare i requisiti ulteriori per l'accREDITamento di cui al comma 4 dell'art. 2 del DPR 14 gennaio 1997;

Considerato:

- che con propria deliberazione n. 327 del 23 febbraio 2004, avente ad oggetto "Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accREDITamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti", al punto 2.6 del dispositivo, si è provveduto ad approvare l'allegato n.3, nel quale sono definiti, ai sensi di quanto disposto dal comma 1 dell'art. 8 della sopracitata legge regionale, i requisiti generali e specifici per l'accREDITamento delle strutture sanitarie e dei professionisti dell'Emilia-Romagna;

- che al punto 2.9 del dispositivo del richiamato provvedimento si è stabilito che è compito dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale provvedere alla predisposizione delle proposte per l'integrazione ed il periodico aggiornamento dei requisiti per l'accREDITamento;

Preso atto che l'Agenzia sanitaria e sociale regionale, in esecuzione di quanto disposto al punto 2.9 della citata deliberazione 327/04, ha elaborato il documento allegato al presente atto, che definisce i requisiti specifici per l'accREDITamento dei Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL;

Richiamata inoltre la propria deliberazione n.2035/2005 che ha approvato il progetto inerente lo "Sviluppo in relazione al Regolamento 882/2004/CE, di competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare salute e benessere animale secondo i criteri di gestione e di assicurazione della qualità, riferiti al modello UNI CEI EN

45004 (Criteri generali per il funzionamento dei vari tipi di organismi che effettuano attività di ispezione)";

Rammentato che il suddetto progetto ha ricompreso, tra i propri obiettivi, anche la definizione di requisiti di funzionamento/accreditamento dei Servizi dei Dipartimenti di Sanità pubblica delle Aziende USL che espletano attività di controllo ufficiale in tema di sicurezza alimentare, al fine di assicurare l'efficacia prevista dai regolamenti comunitari per i controlli in materia di sicurezza alimentare, salute e benessere animale;

Ritenuto opportuno che, una volta definiti, tali requisiti vadano ad integrare, per gli aspetti attinenti all'operatività dei Servizi dei Dipartimenti di Sanità Pubblica deputati ai controlli per la sicurezza alimentare, i requisiti specifici per l'accreditamento dei Dipartimenti stessi più sopra richiamati;

Acquisito il parere favorevole della Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali espresso nella seduta del 15 marzo 2011 e trattenuto agli atti del Servizio Sanità pubblica della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali;

Richiamata la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modificazioni;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

A voti unanimi e palesi

Delibera

- 1) di approvare, ad integrazione dell'allegato n. 3 alla propria deliberazione n. 327 del 23 febbraio 2004, i requisiti specifici per l'accreditamento dei Dipartimenti di Sanità pubblica delle Aziende USL, come definiti nell'Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2) di demandare ad un altro proprio provvedimento la definizione dei requisiti di funzionamento/accreditamento dei Servizi dei Dipartimenti di Sanità pubblica delle Aziende USL che espletano attività di controllo ufficiale in tema di sicurezza alimentare. Tali requisiti, una volta approvati, andranno ad integrare i requisiti specifici di cui al punto 1) che precede;

- 3) di pubblicare il presente provvedimento ed il relativo allegato nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico (BURERT).

**Requisiti specifici per l'accreditamento  
dei Dipartimenti di Sanità Pubblica**

## Premessa

### **Mission**

Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) è la struttura preposta all'assistenza sanitaria collettiva, con lo scopo di promuovere e migliorare la salute, il benessere dei cittadini e la qualità della vita, di prevenire le malattie e gli infortuni connesse ai rischi negli ambienti di vita e di lavoro, di garantire la sicurezza alimentare, la sanità ed il benessere animale.

A tal fine svolge funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute e sui fattori determinanti la sicurezza ed il benessere della collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggiore diffusione, gravità e criticità percepite.

### **Vision**

Il DSP ricerca il miglioramento continuo della qualità degli interventi ed in particolare dell'uniformità tecnica e ricorre, anche nelle attività consolidate, alle prassi ed alle azioni più appropriate ed efficaci.

Sviluppa al suo interno e nell'Azienda le integrazioni necessarie ad assicurare continuità ai percorsi di promozione e tutela della salute, unireferenzialità e semplificazione per l'utenza, multidisciplinarietà ed appropriatezza delle azioni e dei contenuti.

Ricerca e sviluppa sinergie con altri soggetti che realizzano azioni e interventi di sanità pubblica, allo scopo di conseguire risultati più efficaci nell'affrontare la multidimensionalità e multifattorialità delle problematiche di salute pubblica.

**LEGENDA**

Sigle e acronimi usati nel documento ed altri di interesse della Sanità Pubblica.

AIRTuM	Associazione Italiana Registri Tumori
AntiHBV	Anticorpi Epatite B
ARPA	Agenzia Regionale per la Prevenzione e l' Ambiente
ASS IMP	Associazioni Imprenditoriali
ATO	Ambito Territoriale Ottimale
AV	Area Vasta
AVIS	Associazione volontari Italiani Sangue
BDN	Banca Dati Nazionale
BDR	Banca Dati Regionale
BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
BSE	Encefalopatia Spongiforme Bovina
CCP	Punto critico di controllo
CESVIP	Centro sviluppo Piccole e medie Imprese
CMVP	Commissione Medica Verifica Patenti
CODEX	Commissione per lo sviluppo di linee guide standard per gli alimenti
DCP	Dipartimento Cure Primarie
DGR	Delibera Giunta Regionale
DIA	Denuncia Inizio Attività
DPL	Direzione Provinciale del Lavoro
DSM	Dipartimento Salute Mentale
DSP	Dipartimento Sanità Pubblica
Dt	Difterite – Tetano (bambini)
dT	Difterite – Tetano (adulti)
EBP	Evidence Based Prevention
ECM	Educazione Continua Medica
FC	Farmacie Comunali
GISCoR	Gruppi Italiano Screening Colonrettale
GMP	Buone pratiche di lavorazione
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
HPH	Health Promoting Hospitals
INAIL	Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul lavoro
INPS	Istituto Nazionale Previdenza Sociale
IPA	Idrocarburi policiclici aromatici
IPASVI	Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia
ISPESL	Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
IZS	Istituto Zooprofilattico Sperimentale
LARN	Livelli di assunzione raccomandati nutrienti
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LILT	Lega Italiana Lotta Tumori
LMR	Limiti massimi di Residui
MA	Malattia Aujezsky
MI	Malattie infettive

MMC	Movimentazione Manuale Carichi
MMG	Medici medicina generale
MMP	Movimentazione Manuale Pazienti
MP	Malattie Professionali
NC	Non conformità
NIP	Nuovi Insediamenti Produttivi
OGM	Organismi Geneticamente Modificati
OIE	Organizzazione Internazionale Epizoozie
OM	Ordinanza Ministeriale
OMS	Organizzazione Mondiale Sanità
ONS	Osservatorio nazionale screening
OOSS	Organizzazioni Sindacali
OReIL	Osservatorio Regionale Infortuni sul Lavoro
OSA	Operatori del Settore Alimentare
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PAL	Piano Attuativo Locale
PASSI	Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
PAT	Programma delle Attività Territoriali
PdC	Permesso di costruire
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PNAA	Piano Nazionale Alimentazione Animale
PNR	Piano Nazionale Residui
POC	Piani Operativi Comunali
PRP	Piano Regionale della Prevenzione
PS	Pronto soccorso
PSC	Peste Suina Classica
PSC	Piano Strutturale Comunale
PSN	Piano sanitario Nazionale
PSR	Piano sanitario Regionale
PSZ	Piani Sociali di Zona
PTCP	Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale
RGAU	Requiisto generale autorizzazione
RLS	Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSU	Rappresentanza Sindacale Unitaria
RSU	Rifiuti Solidi Urbani
RURER	Repository Unico Regione Emilia Romagna
SBAS	Sovraccarico Biomeccanico Arti Superiori
SERT	Servizio Recupero Tossicodipendenti
SIAN	Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
SIGLA	DESCRIZIONE
SIP	Servizi Igiene Pubblica
SIRS	Sportello Informativo per Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza
SLC	Silice Libera Cristallina
SMIEE	Servizio Materno Infantile Età Evolutiva
SOC	Struttura Operativa Complessa
SOP	Procedure standard di sanificazione
SOS	Struttura Operativa Semplice
SPSAL	Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
STD	Standard
STP	Stranieri Temporaneamente Presenti

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

STR	Requisiti Strutturali
SUAP	Sportello Unico Attività Produttive
SV	Servizio Veterinario
TA	Tossinfezioni alimentari
TAV	Treno Alta Velocità
Tb – TBC	Tubercolosi
UO	Unità Operativa
UOIA	Unità Operativa Impiantistica Antinfortunistica
URP	Ufficio Relazioni Pubblico
UVAC	Ufficio Veterinario Accertamenti Comunitari
VIA	Valutazione Impatto Ambientale
VIS	Valutazione Impatto Sanitario

## Dipartimento di Sanità Pubblica

L'attività del Dipartimento si può distinguere in attività d'ufficio, ambulatoriale e sul territorio.

### **A) REQUISITI STRUTTURALI**

#### **Ambulatori medici (medicina del lavoro, vaccinazioni, visite per certificazioni varie..)**

Devono possedere i requisiti previsti dall'autorizzazione per gli ambulatori medici.

Devono essere adottate soluzioni tecnico/strutturali che garantiscano la privacy degli utenti.

#### **Ambulatori veterinari (vaccinazioni, visite per certificazioni varie..)**

Devono possedere i requisiti previsti dalle specifiche normative per gli ambulatori veterinari pubblici e privati; devono avere accesso separato se collocati in struttura sanitaria.

#### **Struttura adibita ad uffici**

I servizi devono disporre di locali/spazi idonei all'erogazione delle prestazioni (catalogo attività). Tali locali/spazi dovranno essere idonei a garantire (ove necessario) il rispetto delle norme di accessibilità, trattamento dei dati sensibili, segreto d'ufficio, professionale, istruttorio e della privacy.

Locale/spazio di attesa per gli utenti

uffici/spazi per uso amministrativo

uffici per la direzione

uffici per gli operatori

\*locali ad uso archivio corrente e storico

\*locali/spazio deposito attrezzature

\*spogliatoi e docce

\*servizi igienici divisi per utenza e personale

\*NOTA: Tali locali/spazi, se collocati nell'ambito di una più ampia struttura sanitaria, possono essere in comune a più unità operative purchè di adeguata dimensione e/o numero.

### **B) REQUISITI TECNOLOGICI**

Deve essere definita la dotazione e l'assegnazione delle attrezzature in funzione dell'attività svolta per tipologia e volumi.

Le attrezzature devono possedere caratteristiche adeguate alle specificità delle attività, con particolare riferimento alle esigenze derivanti dalle funzioni di vigilanza e controllo.

Tale dotazione è costituita da attrezzature in possesso del Dipartimento e/o attrezzature acquisibili anche da terzi.

In caso di attrezzature in dotazione del Dipartimento:

- devono essere definiti l'U.O. assegnataria, il referente per la tenuta (compresa la conservazione della documentazione tecnica specifica), per la manutenzione e la taratura;
- deve essere definito un piano per la taratura, comprensivo di riferimenti, periodicità, responsabilità; tale piano deve essere coerente anche con la programmazione delle attività;
- devono essere definite e conosciute le caratteristiche di funzionalità degli strumenti in dotazione.
- Almeno ogni tre anni ne è verificata formalmente l'idoneità all'uso.

In caso di attrezzature non possedute dal Dipartimento, devono essere definite le caratteristiche di funzionalità, le modalità di acquisizione da altri e le garanzie richieste di conformità.

**Le attrezzature minime disponibili** per le attività dipartimentali sono le seguenti:

**1) Attrezzature per rilevazioni tecniche**

- **Per campionamenti e controlli in materia di sicurezza alimentare:**
  - Attrezzature per campionamento alimenti, mangimi (sonde per campionamento mangimi, lattoprelevatori)
  - bilance
  - centrifuga portatile
  - clorimetro
  - congelatori con cronotermografo e chiusura di sicurezza
  - flambatori
  - misuratori di ph
  - termometri (anche a sonda)
- **Per attività di sanità veterinaria:**
  - attrezzature per profilassi di stato (cutimetro, serramusco, siringa per tuberculina ...)
  - lettori per microchip
  - attrezzature per ambulatorio veterinario
- **Per campionamenti e rilevazioni ambientali e di igiene industriale:**
  - analizzatore fumi
  - anemometro
  - centralina microclimatica
  - distanziometro laser
  - flambatori
  - fonometri
  - igrometro
  - luxmetro
  - micromanometri
  - misuratore di ph e cloro
  - pompe campionatrici
  - termometro
  - misuratore di CO
- **Per verifica e controllo impianti ed apparecchiature**

- attrezzature per controllo impianti elettrici (misuratore di tensione, di isolamento, imp-  
meter, megahometri, polifunzionali, tester, kit liquidi penetranti..)
- calibro
- contagiri elettronico
- dinamometro
- goniometro
- manometro
- spessimetri ad ultrasuoni
- termometro.

**2) Attrezzature per prestazioni alle persone:**

- carrello per gestione emergenze (requisito autorizzativo)
- sfigmanometro e fonendoscopio
- bilancia pesapersona con altimetro
- tavola ottometrica
- strumenti per diagnosi discromatopsie (tavole Ishihara, matassine colorate)
- apparecchio valutazione riflessi
- Spirometro ed elettrocardiografo (per la medicina sportiva)

**Inoltre:**

- Frigoriferi/congelatori per auto e/o per sede, con caratteristiche adeguate alle  
specifiche esigenze di conservazione dei campioni e dei vaccini (con registrazione  
continua delle temperature)
- Materiali e accessori per campionamenti e rilevazioni (filtri, portaprovette...).

**3) Attrezzature a supporto della gestione delle emergenze:**

fax, cellulari, Kit per interventi di emergenza secondo specificità

**4) Attrezzature comuni a tutto il DSP: (eventualmente anche in comune con altri servizi)**

- Attrezzature a supporto dell'ordinaria attività d'ufficio:  
telefoni, fax, fotocopiatrici, computer, software ....
- Attrezzature per la formazione:  
videoproiettore, lavagna luminosa, ...
- Attrezzature a supporto delle attività svolte sul territorio e delle indagini di polizia  
giudiziaria (esclusive del servizio)  
autoveicoli, kit "sicurezza" per auto (pacchetto pronto soccorso, DPI eventuali,  
trasporto rifiuti ...), macchine fotografiche, videocamere, ecc.
- Attrezzature per la protezione degli operatori: DPI secondo Documento di Valutazione  
dei Rischi.

### **C) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Deve esistere un catalogo dei prodotti, per macroattività, di livello dipartimentale. Il catalogo dei prodotti deve specificare anche le attività che si basano su competenze peculiari possedute dal Dipartimento (esempio: micologia, OReIL, ecc.). Lo standard del prodotto deve essere condiviso, qualora l'attività venga erogata da più attori interni al Dipartimento.

I piani operativi del DSP debbono esplicitare le modalità organizzative di gestione delle emergenze, così come definite, in particolare per quanto riguarda il personale assegnato.

I piani debbono inoltre prevedere, in particolare, la disponibilità del medico all'interno della struttura per il supporto all'attività vaccinale.

Le procedure del DSP comprendono anche la procedura per la gestione delle reazioni avverse alle vaccinazioni e la procedura per la gestione delle emergenze cardiologiche (medicina dello sport).

Deve esistere una procedura per la gestione dei farmaci e dei vaccini.

La procedura per la gestione del rischio (8.5 dei requisiti generali) deve prevedere anche modalità di applicazione del sistema di segnalazione volontaria degli incidenti e di gestione delle non conformità pertinenti.

Devono esistere istruzioni operative per la definizione delle attrezzature da includere nei kit per l'emergenza e la loro manutenzione.

Devono essere presenti istruzioni operative sulle modalità di prelievo, eventuale trasporto, consegna dei campioni, anche nel caso in cui questi non possano essere subito inviati al laboratorio.

### **Acquisizione di servizi**

Ci si riferisce a servizi di supporto, acquisibili esternamente al DSP, che sono importanti per lo svolgimento delle attività.

#### **Farmacia interna**

Devono essere previste modalità di rifornimento dei farmaci e vaccini che garantiscano la continuità, la tempestività delle prestazioni, la conservazione del prodotto, il suo eventuale ritiro (tenendo conto delle procedure aziendali).

#### **Consulenze**

Tenuto conto delle competenze di équipe e delle attività a programma devono essere definite le consulenze ed i servizi di riferimento. Quando necessario, deve esistere una procedura che descriva le modalità di attivazione e di invio, le caratteristiche ed i tempi di risposta delle consulenze.

#### **Laboratori di Microbiologia, Virologia e Analisi bio-tossicologiche**

Devono essere definiti i laboratori di riferimento per la diagnosi di malattie infettive a seguito di indagini epidemiologiche o allerte.

Devono essere individuati i laboratori per altre analisi cliniche e tossicologiche.

Devono essere esplicitate le procedure di interfaccia comprensive delle modalità di attivazione, invio dei campioni, tempi di risposta.

### **Reparti di malattie infettive**

Analogamente devono essere definite le modalità di interfaccia con i reparti di malattie infettive di riferimento territoriali per l'avvio delle indagini epidemiologiche conseguenti alle notifiche di malattie infettive e per l'eventuale esecuzione di esami di secondo livello,.

### **Istituto Zooprofilattico Sperimentale ed ARPA**

Devono essere definiti i servizi e le prestazioni (esami di laboratorio ed altro) da acquisire. Devono essere esplicitate le procedure di interfaccia comprensive delle modalità di attivazione, invio dei campioni, tempi di risposta. In particolare, deve essere definito quali esami debbono essere disponibili in urgenza nelle 24 ore 7giorni/7.

### **Istituti di taratura della strumentazione analitica e tecnica**

Devono essere individuati i laboratori e gli istituti accreditati di riferimento per la taratura degli strumenti.

## **Competence e formazione**

### **Competenza individuale e percorsi di formazione**

Lo sviluppo e mantenimento delle competenze deve essere programmato secondo un piano di formazione (parte del piano aziendale) in rapporto ai ruoli ricoperti che tenga conto anche dei criteri e dei requisiti della E.C.M. (per il personale del ruolo sanitario).

Le esperienze degli operatori devono essere periodicamente valutate con criteri definiti, qualora esistenti, al fine di disegnare le autonomie operative ed i percorsi di sviluppo individuale.

In relazione ai livelli di complessità degli interventi, deve essere individuato lo specifico percorso di addestramento e formazione.

Devono essere documentati i percorsi individuali di aggiornamento e formazione del personale sanitario, tecnico ed amministrativo.

Per i Responsabili di U.O. deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

I ruoli di coordinamento devono essere supportati da formazione specifica.

In riferimento al momento storico e alle attività che si sviluppano deve essere monitorata la formazione/mantenimento delle competenze di auditor e ispettori dei controlli ufficiali delle filiere alimentari e degli ufficiali di polizia giudiziaria.

### **Tutoraggio**

Deve essere definita la tipologia e la quantità annuale dei tirocini accettabili.

Deve essere regolata l'attività di formazione/tutoraggio (in coerenza anche con quella aziendale)

## Qualificazione dei processi

### Processi di pianificazione e progettazione

La pianificazione delle attività istituzionali consolidate del DSP, così come definite nel catalogo dei prodotti, deve basarsi sui seguenti elementi:

- valutazione delle priorità di rischio e danno (dati epidemiologici, criteri di valutazione del rischi, ecc.) e dei vincoli legislativi ed indicazioni istituzionali
- considerazione delle evidenze disponibili (buone prassi ed EBP)
- ascolto e interazione con stakeholders (committenza, utenza e partner)
- integrazione interna al DSP, all'AUSL e relazioni di interfaccia con l'Area Vasta (AV) sulle tematiche di interesse comune
- trasparente comunicazione a tutti i soggetti interessati
- un'esplicita definizione di piani organizzativi da verificarsi annualmente.

La progettazione di nuove aree/attività/progetti deve essere effettuata secondo modalità che prevedono:

- a) individuazione del bisogno (rischio/danno, esigenze della committenza/stakeholders), a livello locale e di AV
- b) definizione di obiettivi
- c) ipotesi di intervento basata sullo studio delle evidenze (EBP), vincoli legislativi/normativi, risorse a disposizione
- d) confronto tecnico sulle alternative
- e) scelta della soluzione (partecipata con committenti/stakeholders)
- f) applicazione della soluzione
- g) verifica dei risultati (secondo modalità, indicatori e standard predefiniti)
- h) validazione del percorso.

i punti a), d), h), costituiscono momenti di comunicazione con gli stakeholder. Le modalità specifiche da adottarsi devono essere parte integrante della progettazione stessa.

Il DSP riguardo agli eventuali progetti di AV o regionali, deve dare evidenza nella propria pianificazione:

- a quali obiettivi gli sono affidati
- alle responsabilità assunte
- alle attività da svolgere
- alle verifiche conseguenti.

### Sistema Informativo

Il DSP deve dare indicazione e vigilare affinché i dati e le informazioni siano raccolti ed elaborati secondo le indicazioni regionali esistenti.

Devono essere identificati i criteri per consentire, nel Dipartimento, la condivisione delle informazioni su Aziende e Strutture.

Sono definite modalità per la raccolta dei dati di performance su uno specifico produttore anche quando le attività sono erogate da diverse UU.OO. Dipartimentali.

### Osservazione epidemiologica

Ogni Dipartimento deve identificare le responsabilità, gli obiettivi, le attività, le risorse e le modalità di verifica in relazione alla funzione di epidemiologia di base. L'attività deve essere pianificata annualmente.

I contenuti minimi dell'attività consistono in:

- descrizione dello stato di salute della popolazione;
- contributo alla definizione del profilo di comunità;
- elaborazioni di eventuali report su problemi specifici;
- socializzazione dei risultati dell'attività, secondo modalità e linguaggio adeguati ai destinatari.

Deve esistere evidenza di rapporti di interfaccia con altri DSP di AV per le attività di secondo livello.

Deve esistere evidenza dell'utilizzo dei risultati dell'attività di epidemiologia per orientare la programmazione del DSP.

### **Programmi integrati ed ambiti di integrazione**

Sono individuati gli ambiti ed i programmi che necessitano di integrazione tra più Servizi del DSP e sono definite le modalità operative.

In particolare devono essere definite modalità di lavoro integrato almeno nei seguenti ambiti e attività:

- Autorizzazione e vigilanza nelle strutture sanitarie e socio assistenziali
- Controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare
- Promozione di stili di vita sani
- Prevenzione zoonosi
- Salute ed Ambiente
- Salute e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro

### **Sistemi di risposta alle allerte ed alle emergenze**

Devono esistere specifiche procedure per la gestione delle allerte/emergenze che specificino anche:

- le modalità di comunicazioni interne ed esterne (principali interfacce);
- le modalità di comunicazione del rischio alla popolazione.

Tali procedure, in riferimento ai LEA, devono riguardare almeno:

allerte alimentari

malattie infettive (animali, umane e zoonosi)

infortuni sul lavoro

emergenze ambientali (naturali e provocate)

### **Vigilanza e controllo**

L'attività è trasversale a tutti i Servizi del DSP; deve esistere pertanto una politica complessiva del DSP che governi tale attività.

Essa deve comprendere:

- la definizione della missione
- responsabilità delegate

- obiettivi generali (priorità e standard di riferimento)
- criteri di programmazione (periodicità, ambiti territoriali e specialistici, risorse e collaborazioni, uniformità operativa, modalità di sviluppo e mantenimento della competence)

Deve esistere una procedura operativa che definisca:

- metodologie di lavoro
- strumenti per la trasparenza dei processi (contenuti minimi dei provvedimenti: descrizione dell'intervento, motivo del provvedimento, modalità di ricorso; modalità e tempi di rilascio dei rapporti di sopralluogo, riconoscibilità degli operatori)
- criteri di valutazione dei risultati sulla base di indicatori predefiniti ed omogenei, utilizzabili anche per confronti in AV
- modalità di divulgazione interna ed esterna dei risultati

### **Informazione, formazione, e comunicazione del rischio**

Sono strumenti strategici per promuovere la corretta applicazione delle normative da parte dei destinatari di obblighi (consapevolezza del ruolo e delle responsabilità, competenza e capacità).

Sono requisiti essenziali per la progettazione di percorsi di informazione e formazione:

- il coinvolgimento dei soggetti interessati
- l'analisi delle criticità e dei bisogni informativi e formativi (ad esempio emergenze sanitarie, rischi sul territorio, aggiornamenti normativi, ecc.)
- l'identificazione di metodologie adeguate all'obiettivo e al target
- la individuazione delle modalità di verifica (quando possibile, anche di impatto/efficacia).

Devono essere identificate le responsabilità per la comunicazione del rischio anche in relazione alle indicazioni regionali ed aziendali.

Almeno per gli eventi ricorrenti (ad esempio, epidemie, incidenti sul lavoro, ecc.) devono essere previste modalità validate per la comunicazione del rischio.

### **Promozione alla salute e di stili di vita sani nella popolazione**

Deve esistere chiara definizione del ruolo e dei compiti del DSP nello sviluppo e valutazione di progetti e programmi di promozione di sani stili di vita, negli ambiti indicati nei documenti di programmazione nazionale e regionale. Devono esistere modalità di raccordo con la Regione e con gli altri ambiti territoriali, per garantire la necessaria uniformità degli interventi, secondo le specifiche linee di indirizzo.

## Indicatori

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE (significato)	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DEI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATO RE (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	IMPLICAZIONI (specificare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<p><b>Adeguatezza della progettazione relativa a nuove aree/attività/progetti ai criteri stabiliti.</b></p>	<p>N° delle progettazioni effettuate secondo i criteri previsti / Totale delle nuove attività-progetti identificati nell'anno</p>		<p>indice di conformità della progettazione delle nuove attività ai criteri (valutazione del bisogno, dell'efficacia degli interventi, completezza della progettazione, coinvolgimento degli interessati)</p>	<p>&gt;80%</p>	<p>Locale  Regionale per quanto riguarda le linee di indirizzo.</p>	<p>Documentazione e del Dipartimento</p>	<p>L'indicatore viene rilevato tramite verifica con apposite check list</p>	

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b> (significato)	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DEI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE</b> (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	<b>IMPLICAZIONI</b> (specificare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<b>Programmazione e integrata per almeno i cinque ambiti identificati.</b>	N programmi - ambiti con progettazione-realizzazione integrata / n. ambiti-programmi con progettazione integrata definiti nella programmazione del DSP		Indice di integrazione nella programmazione	=100%	Locale Regionale	Documentazione del Dipartimento	L'indicatore viene rilevato tramite verifica con apposita check list.	
<b>Adeguatezza della gestione delle emergenze</b>	n. procedure per la gestione delle emergenze definite secondo i criteri / n. emergenze definite come da gestire		Controllabilità dei processi di gestione delle emergenze e garanzie sull'operatività (garanzia di completezza dell'approccio tecnico-professionale, trasparenza e informazione)	=100%	Locale Regionale	Documetazione di UO	L'indicatore viene rilevato tramite verifica con apposita check list.	

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b> (significato)	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTI DEI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE</b> (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	<b>IMPLICAZIONI</b> (specificare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<b>Garanzia di Tempestività nell'emergenza</b>	n. casi gestiti nel rispetto dei tempi definiti nella singola procedura / n. totale dei casi gestiti		Indice di capacità di risposta temporale	>90%	Locale Regionale	Documentazioni e di UO	L'indicatore viene rilevato tramite verifica effettuata con audit a frequenza annuale su tutti i casi gestiti	
<b>Esistenza della funzione di osservazione epidemiologica</b>	Esistenza di personale formalmente dedicato alle funzioni di epidemiologia. Esistenza di un programma di attività annuali e del relativo report.		Indice di presenza e funzionalità della sorveglianza epidemiologica		Locale Regionale	Documentazioni e di Dipartimento	Report annuale.	

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b> (significato)	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FRONTE DEI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE</b> (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	<b>IMPLICAZIONI</b> (specificare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<b>Garanzia di attuazione di politica di vigilanza</b>	n. procedure per l'effettuazione della vigilanza secondo i criteri stabiliti / n. procedure in ambito di vigilanza individuate dal documento DSP di Politica di Vigilanza e Controllo.		Controllabilità dei processi della vigilanza e garanzie sull'operatività.	=100%	Locale Regionale	Documentazioni e di UO	L'indicatore viene rilevato tramite verifica almeno annuale	

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b> (significato)	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DEI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE</b> (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	<b>IMPLICAZIONI</b> (specificare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<b>Garanzie di qualità nel processo di vigilanza.</b>	n. dei provvedimenti conformi ad un modello / n. dei provvedimenti rilasciati	Per tipologia di provvedimento	Indice di qualità operativa dei provvedimenti (trasparenza)	Standard locali	Locale Regionale		L'indicatore viene rilevato verificando almeno annualmente che i provvedimenti contengano almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrizione dell'intervento</li> <li>o</li> <li>• Motivo del provvedimento</li> <li>o</li> <li>• Modalità di ricorso</li> </ul>	

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b> (significato)	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DEI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE</b> (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	<b>IMPLICAZIONI</b> (specificare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<b>Garanzie di qualità nel processo di vigilanza.</b>	Tempo medio di rilascio dei provvedimenti	Per tipologia di provvedimento	Indice di qualità operativa dei provvedimenti (tempestività)	Standard locali	Locale		L'indicatore viene rilevato verificando almeno annualmente che i provvedimenti siano rilasciati entro standard definiti localmente	

## Indice

Premessa .....	6
LEGENDA .....	7
Dipartimento di Sanità Pubblica.....	10
A) REQUISITI STRUTTURALI .....	10
B) REQUISITI TECNOLOGICI.....	10
C) REQUISITI ORGANIZZATIVI.....	13
Acquisizione di servizi.....	13
Competence e formazione .....	14
Qualificazione dei processi .....	15
Indicatori .....	18

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Mariella Martini, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2011/269

data 15/02/2011

IN FEDE

Mariella Martini

omissis

---

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

---

Il Responsabile del Servizio  
Segreteria e AA.GG. della Giunta  
Affari Generali della Presidenza  
Pari Opportunita'