

**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).

	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.
	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.
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.	2.4.1 È effettuata la valutazione della qualità del percorso di assistenza, mediante indicatori e audit.
	2.4.2 Sono effettuati interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate.
	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.
	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.
2.5 L'organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria.	2.5.1 Sono definiti gli elementi costitutivi della documentazione sanitaria (gestita in forma cartacea e/o informatizzata) e loro organizzazione.
	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> .
	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> .
	2.5.4 Sono previste modalità per garantire il rispetto della normativa vigente in materia di documentazione, privacy e riservatezza delle informazioni.
	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.
	2.5.6 Sono previste modalità di valutazione della qualità della documentazione sanitaria <sup>(4)</sup> .
	2.5.7. È garantito il rispetto dei termini di legge per il rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto <sup>(3)</sup> .
	2.5.8 È garantita la tempestività e continuità nell'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico <sup>(5)</sup> .
	2.5.9 Sono previste modalità di implementazione di azioni correttive, se necessarie.
<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.

	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.
	3.1.3 È garantita la gestione e la manutenzione delle strutture e degli impianti.
3.2 La direzione garantisce la gestione e la manutenzione delle attrezzature anche attraverso il controllo di eventuali fornitori esterni.	3.2.1 È presente l' inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l' identificazione delle stesse.
	3.2.2 La documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, a corredo delle stesse è resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione.
	3.2.3 È presente il piano per la gestione e manutenzione (ordinaria e programmata) delle attrezzature e sua comunicazione ai diversi livelli operativi.
	3.2.4 Sono definite modalità per la valutazione della dotazione e vetustà delle apparecchiature <sup>(6)</sup> .
	3.2.5. è correttamente e sistematicamente alimentato il Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie (GRAP) <sup>(7)</sup> .
	3.2.6 È disponibile la documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione.
	3.2.7 Sono definite modalità di dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.
	3.2.8 I programmi aziendali di formazione includono periodi di addestramento del personale coinvolto nell' utilizzo, nella manutenzione e dismissione.
<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.	4.1.1 Il sistema di gestione delle competenze è coerente con le attività svolte, le modifiche introdotte e le innovazioni.
	4.1.2 Il sistema tiene conto del percorso di sviluppo delle competenze.
	4.1.3 Il sistema tiene conto dei bisogni formativi.
	4.1.4 Il sistema tiene conto dei bisogni dell' organizzazione che comprendono anche i temi del rischio sanitario e della sicurezza.
	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.
4.2 L'organizzazione definisce e mette in atto le modalità di inserimento e di addestramento del personale	4.2.1 Le modalità di inserimento sono comprensive della fase di valutazione per tutto il personale neo-assunto e neo-inserito.
	4.2.2 I percorsi di inserimento e addestramento sono sottoposti periodicamente a valutazione ai fini del loro aggiornamento e miglioramento.
<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 periodicamente modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione.	5.2.1 è disponibile l'evidenza dell'analisi dei risultati delle 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.

<p>6.2 La Direzione elabora, attua e verifica il 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.</p>	<p>6.2.1 È presente un documento di pianificazione annuale per 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>.</p>
	<p>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>.</p>
	<p>6.2.3 Il documento di pianificazione annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario include comprende le misure volte al controllo delle infezioni correlate all’assistenza.</p>
	<p>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.</p>
	<p>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.</p>
	<p>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.</p>
	<p>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>.</p> <p>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>.</p>
	<p>6.2.9 È presente una valida e idonea copertura assicurativa pubblicata sul sito internet della struttura <sup>(10)</sup>.</p>
<p>6.3 La struttura adotta strumenti / metodi per la gestione del rischio e degli incidenti.</p>	<p>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>.</p> <p>6.3.2 È fornito supporto ai professionisti per le segnalazioni nei flussi previsti.</p> <p>6.3.3 È presente una modalità formalizzata per la comunicazione degli eventi avversi di maggiore gravità.</p> <p>6.3.4 Sono utilizzate check list di controllo negli specifici ambiti.</p> <p>6.3.5 Sono adottati strumenti proattivi per l’identificazione e l’analisi dei rischi (ad es. FMEA-FMECA, visite per la sicurezza).</p> <p>6.3.6 È monitorato lo stato di attuazione del Piano programma di sicurezza delle cure e di gestione del rischio</p>

	<p>sanitario o altro documento di pianificazione per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario.</p> <p>6.3.7 Sono effettuate la raccolta, analisi e valutazione dei dati e sono predisposte e monitorate eventuali azioni di miglioramento.</p>
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)	DM 22 aprile 2014 : 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; Circolare n. 16 del 29/09/2014: 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)	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



	<p>“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>