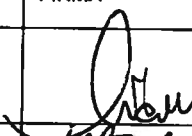
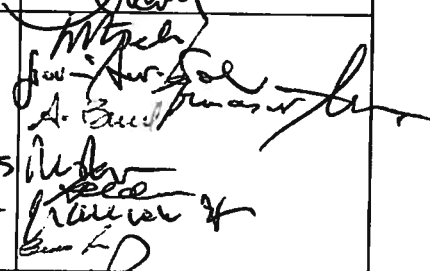
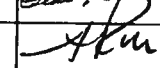
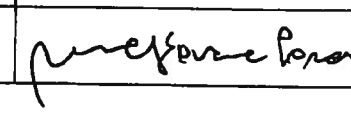

 <b>ASL Oristano</b>	<p align="center"><b>Progetto Accreditamento Direzione Aziendale</b></p> <p align="center"><b>Programmazione Audit Interni Servizi Ospedalieri e Territoriali</b></p>	<p align="center"><b>DO.A01</b></p> <p align="center">Em. 0 del 27.01.2015</p> <p align="center">Pagina 1 di 5</p>
---	---	--

Stato delle revisioni					
Indice rev.	Data	Par. n°	Pag. n°	Sintesi della modifica	Redazione
0	27.01.2015			Prima emissione	Unità di Supporto Direzione Aziendale

NOME DEL FILE	Percorso Accreditamento Organizzativo - Programmazione Audit Interni Servizi Ospedalieri e Territoriali DO.A01.10 del 27.01.2015 Em 0			
	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Per l'Unità Supporto Direzione Aziendale Dott. G. Fadda	Dir Dip. Prevenz.	27.01.15	
VALUTAZIONE e CONDIVISIONE	Dott. G.F. Pitzalis Dott. G. Tolu Dott. F. Mastinu Dott. A. Succu Dott. S. Manca Dott. N. Orrù Dott. A. Delabona Dott. F. Pes Dott. P. Figus	Dir. Dip. Sal. Ment. Dir. Dip. Diagn. Lab Dir. Dip. Cure Med. Dir. Dip. Cure Chir. Dir. Dip. Em. Urg. Dir. Dir. Osped. Dir. Distr. Oristano Dir. Distr. Ghilarza Dir. Distr. Ales	27/01/15 27/02/2015 27/02/15 27-2-2015 27.02.2015 22.02.2015 22.02.2015 27.02.2015	
VERIFICA	Dott. A. Ruglu Dott. L. Oppo	Dir. Sanitario FF Dir. Amministr. FF	27/2/2015	
APPROVAZIONE	Dott. ssa M. G. Porcu	Commissario Straordinario		
COPIA	controllata			

Le informazioni contenute nel presente documento sono di proprietà della Azienda Sanitaria Locale n° 5 di Oristano  
Il possessore della presente procedura è responsabile del suo impiego, della riservatezza e della conservazione

 <b>ASL Oristano</b>	<p align="center"><b>Progetto Accreditamento Direzione Aziendale</b></p> <p align="center"><b>Programmazione Audit Interni Servizi Ospedalieri e Territoriali</b></p>	<p><b>DO.A01</b></p> <p>Em. 0 del 27.01.2015</p> <p>Pagina 2 di 5</p>
---	---	---

## PROGETTO

### Programmazione Audit Interni Servizi Ospedalieri e Territoriali


#### Componenti

<i><b>Dr. G.F. Pitzalis</b></i>	<i><b>- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze</b></i>
<i><b>Dr. G.Tolu</b></i>	<i><b>- Dipartimento di Diagnostica di laboratorio</b></i>
<i><b>Dr.</b></i>	<i><b>- Dipartimento di Diagnostica per Immagini</b></i>
<i><b>Dr. F. Mastinu</b></i>	<i><b>- Dipartimento delle Cure Mediche</b></i>
<i><b>Dr. A. Succu</b></i>	<i><b>- Dipartimento per le Cure Chirurgiche</b></i>
<i><b>Dr. S. Manca</b></i>	<i><b>- Dipartimento delle Emergenza urgenza</b></i>
<i><b>Dr. N.Orru</b></i>	<i><b>- Direzione Ospedaliera</b></i>
<i><b>Dr. A. Delabona</b></i>	<i><b>- Direttore del Distretto di Oristano</b></i>
<i><b>Dr. F. Pes</b></i>	<i><b>- Direttore del Distretto di Ghilarza</b></i>
<i><b>Dr.P. Figus</b></i>	<i><b>- Direttore del Distretto di Ales</b></i>
<i><b>Dr. G. Fadda</b></i>	<i><b>- Direttore del Dipartimento di Prevenzione</b></i>

#### PROGETTAZIONE

**Dott. Giuseppe Fadda** Direttore del Dipartimento di Prevenzione



 <b>ASL Oristano</b>	<b>Progetto Accreditamento Direzione Aziendale</b>  <b>Programmazione Audit Interni Servizi Ospedalieri e Territoriali</b>	<b>DO.A01</b>  Em. 0 del 27 .01.2015 Pagina 3 di 5
---	--	---

## PREMESSA

Le aspettative insite al processo di accreditamento istituzionale consistono nell'aumento della qualità delle prestazioni, nell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e nel miglioramento della soddisfazione degli operatori.

La Regione Sardegna in questi anni ha emanato una serie di disposizioni che disciplinano ed indirizzano il percorso di accreditamento da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private; L'avvio del processo di accreditamento non può, peraltro, essere ulteriormente differito, in quanto esplicitamente indicato nel documento della Conferenza Stato Regioni e recepito con DGR N. 42/42 del 16.10.2013 "Recepimento dell'intesa sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni le Province autonome sul documento recante "disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITAMENTO", in attuazione dell'art. 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010- 2012 (rep. atti n. 243/csr del 3 dicembre 2009 e rep. 259/csr del 20.12.2012)".

Dall'analisi preliminare dei dati raccolti e riferiti alle situazioni organizzative esistenti rispetto agli standard di requisiti organizzativi, fissati per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie, è emerso che alcune strutture, possiedono un discreto livello di implementazione dei documenti di carattere gestionale, organizzativo ed operativo, mentre altri Servizi sono ancora in fase di definizione di tale percorso.

Pertanto il miglioramento delle diverse realtà dipartimentali/distrettuali dipende in larga misura dalla risoluzione di problemi organizzativi trasversali a tutti i Servizi, con la evidente necessità di avviare, a livello aziendale, un percorso unitario e condiviso finalizzato all'accREDITAMENTO secondo le specifiche disposizioni regionali.

In questa fase la Regione ritiene di avvalersi della metodica dell' Audit clinico di qualità, quale strumento idoneo per attivare una revisione dell'aderenza alle linee-guida e al VRQ- Miglioramento continuo della qualità anche come mezzo per arrivare in breve tempo all'accREDITAMENTO.

## DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

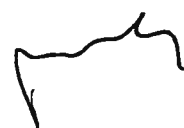
*DGR Sardegna n 42/42 del 16/10/2013 Recepimento dell'intesa sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni le Province autonome sul documento recante "disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITAMENTO", in attuazione dell'art. 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010 - 2012 (rep. atti n. 243/csr del 3 dicembre 2009 e rep. 259/csr del 20.12.2012).*


*UNI CEI EN 45012 (requisiti generali degli organismi di valutazione e certificazione dei sistemi qualità)*

*UNI EN ISO 19011:2003 e succ. Rev (linee guida audit sistemi gestione qualità e/o gestione ambientale)*

*UNI EN ISO 9001:2000 (sistemi gestione qualità – requisiti)*

*UNI EN ISO 9004:2000 (sistemi gestione qualità- linee guida miglioramento prestazioni)*



 <b>ASL Oristano</b>	<p align="center"><b>Progetto Accreditamento Direzione Aziendale</b></p> <p align="center"><b>Programmazione Audit Interni Servizi Ospedalieri e Territoriali</b></p>	<p align="center"><b>DO.A01</b></p> <p align="center">Em. 0 del 27 .01.2015</p> <p align="center">Pagina 4 di 5</p>
---	---	---

## **OBIETTIVO GENERALE**

Verificare la buona qualità della pratica corrente rispetto a standard prefissati nell'intento di aumentare la conformità delle UU.OO. al rispetto dei requisiti organizzativi e gestionali; come obiettivo finale si pone quello di valutare l'aderenza delle strutture aziendali alle indicazioni previste per l'accreditamento dei servizi delle UU.OO. , utilizzando una apposita lista di riscontro.

## **OBIETTIVI SPECIFICI**

Supportare il processo di organizzazione e conduzione di un programma strutturato di audit clinici orientato alla dimensione clinica, organizzativa e documentale dell'offerta assistenziale, mediante la produzione di un progetto contenente una proposta di procedura di audit e una proposta di programmazione della conduzione degli audit interni nei diversi dipartimenti *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze - Dipartimento di Diagnostica di laboratorio - Dipartimento di Diagnostica per immagini - Dipartimento delle Cure Mediche - Dipartimento per le Cure Chirurgiche - Dipartimento delle Emergenza urgenza - Direzione Ospedaliera - Distretto di Oristano - Distretto di Ghilarza - Distretto di Ales.*

Completamento del percorso entro il 31/12/2015.

## **SOGGETTI COINVOLTI**

Sono coinvolti:


- i Direttori dei *Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze , di Diagnostica di laboratorio, di Diagnostica per immagini, di Cure Mediche, di Cure Chirurgiche, di Emergenza urgenza e della Direzione Ospedaliera, nonché della direzione dei Distretti di Oristano, Ghilarza e Ales;*
- I Direttori delle U.O. Complesse e Responsabili U.O. Semplici Dipartimentali /Semplici;
- Il Direttore del Dipartimento Prevenzione per il supporto al percorso;
- I Componenti dell'"S.C. di Qualità, Accreditamento, Rapporti Committenza, Sicurezza e Rischio Clinico" ( Unità Qualità e Rischio Clinico )
- Gli operatori dei vari Servizi dei rispettivi Dipartimenti coinvolti a vario titolo per la realizzazione del progetto ( referenti qualità, auditors etc.)

## **MODALITA' OPERATIVE E RESPONSABILITA'**

**Il progetto si articola nelle seguenti azioni/interventi**

1. Riunione con le Direzioni dei Dipartimenti, Direzione Sanitaria e Direttori dei Distretti e Componenti Unità Qualità e Rischio Clinico per la condivisione e approvazione del progetto.
2. Valutazione e approvazione della procedura di Audit interno e Individuazione delle figure coinvolte nel processo di formazione ed attuazione degli audit.
3. Invio del progetto alla Direzione Aziendale. Approvazione del progetto aziendale di attuazione degli audit interni.
4. Informazione a tutto il personale dell'avvio del progetto attraverso comunicazioni mail e/o incontri calendarizzati nei vari servizi con i direttori /responsabili e /o referenti.



 <b>ASL Oristano</b>	<p align="center"><b>Progetto Accreditamento Direzione Aziendale</b></p> <p align="center"><b>Programmazione Audit Interni Servizi Ospedalieri e Territoriali</b></p>	<p><b>DO.A01</b></p> <p>Em. 0 del 27 .01.2015</p> <p>Pagina 5 di 5</p>
---	---	--

5. Costituzione, all'interno di ogni UU.OO, di referenti per la predisposizione dei documenti relativi alla attuazione degli audit.
6. Attuazione degli audit interni/ audit clinico secondo la procedura aziendale e nei tempi stabiliti per ogni macrostruttura.
7. Redazione reportistica dei risultati degli audit attuati.
8. Verifica Piano di azione e risoluzione raccomandazioni/osservazioni.

#### **RISORSE**

Il progetto può essere realizzato con processi di riorganizzazione interna senza risorse aggiuntive.

#### **CRONOPROGRAMMA**

**2015**

N° FASE	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC
1 > 3		X										
4 > 5			X									
6 > 7				X		X						
8											X	

#### **VALUTAZIONE DI RISULTATO**

**OBIETTIVI SPECIFICI – Indicatore:**

n° di audit attuati / n° di audit programmati ( valore atteso: superiore all'80% nei tempi indicati )

#### **ALLEGATI**

Procedura degli audit interni PD.A01.04

Lista di riscontro PD.A01.04.07 Lista di riscontro requisiti

Programma di audit interno PD.A01.04.01

**Documenti correlati**

Audit Clinico Ministero della Salute Maggio 2011

