

**DELIBERAZIONE n° 195 del 27/03/2015**

---

**OGGETTO: Approvazione del percorso di accreditamento organizzativo e procedura degli Audit Interni.**

---

PROPOSTA N° 253 IN DATA 20.03.2015

Servizio: Dipartimento Territoriale di Prevenzione

---

REFERENTE DELL'ISTRUTTORIA: Dott. Mario Piras

IL DIRIGENTE: Dott. Giuseppe Fadda

---

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**PREMESSO** che:

- con deliberazione dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna n° 47/43 del 30/12/2010 è stata disposta l'adozione dei "Provvedimenti attuativi della L.R. n° 10/2006. "Approvazione dei requisiti generali e ulteriori per il rilascio dell'accreditamento istituzionale";
- con deliberazione della Giunta Regionale n° 42/42 del 16.10.2013 è stata recepita l'Intesa sancita ai sensi dell'art. 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;

**VISTA** la:

- Deliberazione del Direttore Generale n° 99 del 25/01/2013 con la quale si è provveduto ad istituire il Nucleo Strategico Aziendale per la Qualità e Gestione del Rischio Clinico nell'ASL di Oristano;
- Deliberazione del Direttore Generale n° 699 del 09/08/2013 con la quale si è provveduto all'individuazione dei facilitatori – delegati alla qualità e rischio clinico nell'ASL di Oristano;
- Deliberazione del Direttore Generale n° 700 del 09/08/2013 riguardante l'approvazione della Procedura Generale per la Stesura della Documentazione (procedura, Protocollo, Istruzione Operativa) nell'ASL di Oristano;
- Deliberazione dell'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e Assistenza Sociale n.1/14 del 13/01/2015, riguardante la definizione degli obiettivi di mandato dei Commissari Straordinari ex L.R. n.23/2014;

**ATTESO** che:

- la Regione Sardegna in questi anni ha emanato una serie di disposizioni che disciplinano ed indirizzano il percorso di accreditamento da parte di 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 recepito con DGR n° 42/42 del 16/10/2013;
- da un'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;
- il miglioramento delle diverse realtà dipartimentali/distrettuali dipende in larga misura dalla risoluzione di problemi organizzativi trasversali a tutti i Servizi per cui si rende necessario avviare con urgenza a livello aziendale un percorso unitario e condiviso finalizzato all'accreditamento secondo le specifiche disposizioni regionali;
- in questa fase la Regione Sardegna 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;

**DATO ATTO** che

- il Commissario Straordinario, in data 27/02/2015, alla presenza dei Direttori dei Dipartimenti, Direttori dei Distretti, Direzione Sanitaria Ospedaliera e Direttore delle Professioni Sanitarie, ha illustrato il progetto: "Percorso di accreditamento istituzionale", predisposto dal Direttore del Dipartimento Territoriale di Prevenzione, in attuazione del D.G.R. n° 42/42 del 16/10/2013, per la condivisione con i Direttori delle Macrostrutture Aziendali;
- sempre nel corso della riunione del 27/02/2015 è stata inoltre presentata la procedura aziendale della conduzione degli audit interni quale strumento condiviso per la conduzione degli audit/audit clinici, che nella prima fase sarà attuata con il supporto di alcuni operatori del Dipartimento di Prevenzione
- occorre procedere alla programmazione degli Audit interni/Audit clinici presso i Servizi Ospedalieri e Territoriali e che le aspettative insite al processo di accreditamento istituzionale consistono nell'aumento della qualità delle prestazioni e nell'ottimizzazione delle risorse;

**VISTA** la L.R. n. 10/06;

**VISTA** la L.R. n. 3 del 07.08.2009;

Per i motivi esposti in premessa

Con i pareri espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario facenti le funzioni di cui all'art. 9 comma 7 della Legge Regionale 17 novembre 2014, n. 23;

**DELIBERA**

- a) **di approvare** il percorso di accreditamento istituzionale delle UU.OO. finalizzato all'aumento della qualità delle prestazioni così come indicato dalla delibera della Giunta Regionale n.42/42 del 16/10/2013, meglio specificato nell'allegato A, che fa parte integrante della presente deliberazione;
- b) **di approvare** la procedura degli Audit Interni e del programma strutturato di Audit Clinici orientato alla dimensione clinica organizzativa e documentale dell'offerta assistenziale nei diversi Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali, meglio specificati negli allegati B e C, che fanno parte integrante della presente deliberazione;
- c) **di dare atto** che il medesimo percorso sarà reso operativo e applicato nelle strutture sottoelencate con il supporto del Dipartimento Territoriale di Prevenzione;
- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
  - Dipartimento Ospedaliero dei Servizi Diagnostici di Laboratorio
  - Dipartimento di Cure Mediche
  - Dipartimento di Cure Chirurgiche
  - Dipartimento delle Emergenze – Urgenze
  - Direttore della Direzione Ospedaliera
  - Distretto di Oristano
  - Distretto di Ghilarza/Bosa
  - Distretto di Ales/Terralba
  - Servizio delle Professioni Sanitarie
- d) **di trasmettere** il presente atto al Servizio Affari Generali, al Servizio Amministrazione del Personale e al Dipartimento di Prevenzione che provvederà ad inviarlo ai Servizi coinvolti.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**  
**Dott.ssa Maria Giovanna Porcu**

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
**Dott. Luciano Oppo**

**x IL DIRETTORE SANITARIO**  
**Dott. G. Andrea Ruiu**  
**Dott Antonio Pinna**

**SERVIZIO PROPONENTE:**

**DIPARTIMENTO TERRITORIALE DI  
PREVENZIONE**

Allegati:

- 1) Allegato A “ Programmazione Audit Interni Servizio Ospedalieri e Territoriali”
- 2) Allegato B “ Audit interno”
- 3) Allegato C “ Programma di Audit Interno”
- 4) Allegato D “ Illustrazione percorso di accreditamento istituzionale da parte del Commissario Straordinario -verbale riunione del 27/02/2015”

Referente dell'Istruttoria

Dott. Mario Piras

Il sottoscritto Direttore della struttura proponente, DICHIARA la presente proposta di deliberazione legittima, regolare sotto il profilo tecnico e contabile.

**IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO PREVENZIONE**

Dott. Giuseppe Fadda

Il sottoscritto Responsabile del Servizio Affari Generali Legali certifica che la presente deliberazione verrà pubblicata nell'Albo Pretorio di questa Azienda dal 31/03/2015 al 14/04/2015.

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI E LEGALI**

Dr.ssa Antonina Daga