

DELIBERAZIONE N° **473**

SEDUTA DEL **3 1 MAG. 2018**

**POLITICHE DELLA PERSONA**

DIPARTIMENTO \_\_\_\_\_

**OGGETTO** Costituzione e funzionamento dell' Osservatorio Permanente Regionale per l'Accreditamento ( OPRA)  
 .Approvazione disciplina ai sensi dell' art. 13 L.R. 1/2007.

**ASSESSORE DIPARTIMENTO**

Relatore

**POLITICHE DELLA PERSONA**

La Giunta, riunitasi il giorno **3 1 MAG. 2018** alle ore **11,40** nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1.	Maurizio Marcello Claudio PITTELLA Presidente	X	
2.	Flavia FRANCONI Vice Presidente	X	
3.	Luca BRAIA Componente	X	
4.	Roberto CIFARELLI Componente	X	
5.	Carmine MIRANDA CASTELGRANDE Componente	X	
6.	Francesco PIETRANTUONO Componente	X	

Segretario: avv. Donato DEL CORSO

ha deciso in merito all'argomento in oggetto,  
 secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° **6** pagine compreso il frontespizio  
 e di N° **1** allegati

**UFFICIO RAGIONERIA GENERALE**

Prenotazione di impegno N° \_\_\_\_\_ Missione.Programma \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

Assunto impegno contabile N° \_\_\_\_\_ Missione.Programma \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Esercizio \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE

Atto soggetto a pubblicazione  integrale  integrale senza allegati  per oggetto  per oggetto e dispositivo  
 sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata

VISTA la L.R. n. 12/1996;

VISTA la L.R. n. 34/2001;

VISTO il D.Lgs. 165/2001 e s. m. i.;

VISTE le Deliberazioni di G.R. nn. 11/1998, 2903/2004 e 637/2006;

VISTA la D.G.R. n. 539/2008 di modifica alla DGR n. 637/2006 concernente la “Disciplina dell’iter procedurale delle determinazioni e delle disposizioni dirigenziali della Giunta Regionale – Avvio del sistema informativo di gestione dei provvedimenti”;

VISTA la DGR 1340 del 11/12/2017 avente ad oggetto “Modifica della D.G.R. n.539 del 23 aprile 2008. Disciplina dell’iter procedurale delle determinazioni e disposizioni dirigenziali della Giunta Regionale”;

VISTA la D.G.R. n. 227 del 19/02/2014 recante la denominazione e configurazione dei Dipartimenti regionali relativi alle Aree istituzionali “Presidenza della Giunta” e “Giunta Regionale”;

VISTA la D.G.R. n. 231 del 19/02/2014 avente per oggetto “Conferimento dell’incarico di Dirigente Generale del Dipartimento Politiche della Persona”;

VISTA la D.G.R. n. 693 del 10/06/2014, con la quale l’esecutivo ha provveduto a ridefinire la configurazione dei dipartimenti regionali relativi alle Aree istituzionali “Presidenza della Giunta” e “Giunta Regionale”, a parziale modifica della DGR n. 227/2014;

VISTA la D.G.R. n. 694 del 10/06/2014 “Dimensionamento e articolazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali delle aree istituzionali della Presidenza della Giunta e della Giunta regionale. Individuazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali individuali e declaratoria dei compiti loro assegnati”;

VISTA la D.G.R. n. 695 del 10/06/2014 avente ad oggetto “Dirigenti Regionali a tempo indeterminato - Conferimento incarichi di direzione delle strutture dirigenziali dei Dipartimenti Regionali dell’Area Istituzionale della Presidenza della Giunta e della Giunta”;

VISTA la D.G.R. n. 689 del 22/05/2015 “Dimensionamento ed articolazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali delle aree istituzionali della Presidenza della Giunta e della Giunta Regionale. Modifiche alla DGR n. 694/14”;

VISTA la D.G.R. n. 691 del 26/05/2015 – DGR n. 689/2015 di ridefinizione dell’assetto organizzativo dei Dipartimenti delle Aree istituzionali “Presidenza della Giunta” e “Giunta regionale”. Affidamento incarichi dirigenziali;

VISTA la D.G.R. n. 624 del 7/6/2016 “Dimensionamento ed articolazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali delle aree istituzionali della Presidenza della Giunta e della Giunta Regionale. Modifiche alla D.G.R. n. 689/2015”;

*A*

**VISTO** il d.lgs. 502/92 e s.m.i. che negli artt. 8 bis e seguenti, nel disciplinare le sedi di produzione di prestazioni sanitarie, detta norme in materia di autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali;

**VISTA** la L.R. 28/00 e s.m.i. < Norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private > che definisce i primi criteri sulle autorizzazioni e accreditamento istituzionale;

**PREMESSO** che con D.G.R. n.2753 del 30/12/2005 la Regione Basilicata ha approvato il manuale per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private, prendendo atto con successiva D.G.R. n.483 del 03/04/2006 del parere favorevole espresso in merito dalla IV Commissione Consiliare Permanente;

**ATTESO** che con D.G.R. n.1598 del 31/10/2006 è stato approvato il procedimento amministrativo per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Basilicata, rinviando a successivi provvedimenti la disciplina dei percorsi per la verifica del possesso dei requisiti richiesti per accedere all'accREDITAMENTO, oltre alla individuazione e istituzione di un organismo con funzioni di gestione e di coordinamento;

**DATO ATTO** che, in fase di prima implementazione del sistema di AccREDITAMENTO Istituzionale ed in attesa di una più organica regolamentazione dell'intero processo di accREDITAMENTO, al fine di dare sollecita attuazione alla disciplina a regime di cui alla D.G.R. n. 1598 del 31.10.2006 nel rispetto dei termini imposti dall' art. articolo 1, comma 796, lettera t) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, è stato avviato il processo di valutazione, in via temporanea, sulla base delle modalità operative individuate con D.D. n. 7202.2008/D459 del 26.06.2008 concernenti le procedure dei percorsi di verifica (audit) del possesso dei requisiti di accREDITAMENTO da parte dei gruppi (team) di esperti qualificati della Regione Basilicata, di cui all' elenco allegato alla D.G.R. n.1761 del 30/08/2005;

**VISTO** l' art. 13 della legge regionale 30.01.2007, n. 1 con cui, al fine di assicurare la più efficace implementazione delle procedure di accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie ai sensi dell'art. 8 *quater* del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., nonché di quelle socio-sanitarie della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale e di promuovere e salvaguardare la qualità delle prestazioni fornite dai soggetti accREDITATI, è stata prevista l'istituzione dell'osservatorio permanente regionale per l'accREDITAMENTO

R

(OPRA) con elenco contestuale delle funzioni, rinviandone la disciplina ad atto della Giunta Regionale ;

**RILEVATO** che con D.G.R. n. 697 del 11.06.2013 è stata recepita l' Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, Rep. n. 259/CSR del 20/12/2012 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), stabilendo di provvedere all' adeguamento del modello di accreditamento regionale ai contenuti del disciplinare nonché delle relative procedure ivi comprese quelle di verifica, nel rispetto delle modalità e dei tempi definiti, entro dicembre 2013, dal Tavolo tecnico, previsto nell' ambito della stessa intesa, costituito con decreto del Ministero della Salute in data 6 febbraio 2013;

**DATO ATTO** che il predetto Tavolo tecnico ha condiviso e concertato con i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano la tempistica degli adempimenti regionali ed aziendali attuativi dell' Intesa del 20 dicembre 2012, nonché i requisiti e le modalità di funzionamento degli "organismi tecnicamente accreditanti", approvando, a tal fine, appositi documenti;

**RILEVATO** che la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 19 febbraio 2015 ha sancito l' intesa sul documento recante "Cronoprogramma adeguamenti alla normativa delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano inerente i criteri ed i requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all' Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012(Rep. Atti n.259/CSR)", di cui all' Allegato A alla Intesa, e sul documento recante "Criteri per il funzionamento degli Organismi "tecnicamente" accreditanti ai sensi della Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012", di cui all' Allegato B alla Intesa;

**DATO ATTO** che con D.G.R. n.1471 del 17.11.2015 è stata recepita la " 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 adempimenti relativi all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie. Rep. n. 32/CSR del 19 febbraio 2015";

**VISTA** la D.G.R. n. 217 del 30 .04.2018 avente ad oggetto " Revisione manuale di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Basilicata in attuazione



delle Intese della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano rispettivamente Rep. Atti n.259/CSR del 20 dicembre 2012 ( recepita con DGR n. 697/2013) e Rep. Atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2015 (recepita co DGR n. 1471/2015). Approvazione”;

**RILEVATO** che nella citata D.G.R. n1471 del 17.11.2015 si è, tra l' altro, stabilito che *”con successivo separato provvedimento verrà formalizzata l' istituzione nonché il funzionamento dell' organismo tecnicamente accreditante nel rispetto dei criteri così come articolati nell' allegato B della intesa innanzi citata”*;

**CONSIDERATO** che, dovendo assolvere al predetto onere adeguando quanto già definito a livello regionale, si ritiene di operare correttamente individuando la collocazione di tale organismo all' interno dell' OPRA, che contestualmente viene disciplinato nella sua costituzione, nella sua articolazione e nel suo funzionamento;

**RITENUTO** che l' organismo tecnico accreditante (OTA), individuato nella composizione e disciplinato relativamente alla fase di prima attivazione, possa organizzare la propria attività sulla base di un regolamento interno da adottare in fase di insediamento in modo da esplicitare in maniera più dettagliata la coerenza con le indicazioni contenute nelle intese recepite con D.G.R. n. 697/2013 e con D.G.R. n1471/2015 ;

**RILEVATA** la necessita di disporre che il citato OTA operi nel pieno rispetto dei principi di autonomia, terzietà e imparzialità nei confronti sia dell' organo amministrativo accreditante regionale che delle strutture da accreditare;

**DATO ATTO** che per quanto concerne il personale dipendente dal SSR, presente nelle articolazioni dell' OPRA, ai sensi dell' art. 13, comma 4, LR 1/07, appositamente con le aziende sanitarie regionali( ASP, ASM, AOR San Carlo, IRCCS-CROB) disciplina termini e modalità di assegnazione funzionale al Dipartimento/OPRA in linea con le previsioni di cui all' art.47 della LR 39/01 e all' art.15, comma 2, LR 7/03, per garantire, quale compito istituzionale, la partecipazione alle attività previste nell' ambito del procedimento di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio- sanitarie;

**RITENUTO** pertanto di adottare, ai sensi dell' art. 13, comma 4, della LR 1/07, la “Disciplina dell' Osservatorio Permanente Regionale per l' Accreditamento (OPRA)” concernente la costituzione, l' articolazione ed il funzionamento dell' OPRA, nel testo

*P*

allegato al presente provvedimento, stabilendo che eventuali successive modifiche ed integrazioni, che non incidono sulla definizione del sistema di accreditamento ma attengono solamente ad aspetti esecutivi, verranno adottati con determinazioni dirigenziali;

SU proposta dell' Assessore al ramo

**Ad unanimità di voti**

### **DELIBERA**

per i motivi espressi in narrativa da intendersi integralmente riportati:

1. di approvare, ai sensi dell' art. 13, comma 4, della LR 1/07, la“ Disciplina dell' Osservatorio Permanente Regionale per l' Accreditamento (OPRA)” concernente la costituzione, la articolazione ed il funzionamento dell' OPRA, nel testo allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di istituire l' organismo tecnico accreditante (OTA), individuato nella composizione e disciplinato relativamente alla fase di prima attivazione, che organizzerà la propria attività sulla base di un regolamento interno da adottare in fase di insediamento in modo da esplicitare in maniera più dettagliata la coerenza con le indicazioni contenute nelle intese recepite con D.G.R. n. 697/2013 e con D.G.R. n1471/2015;
3. di stabilire che eventuali successive modifiche ed integrazioni, che non incidono sulla definizione del sistema di accreditamento ma attengono solamente ad aspetti esecutivi, vengano adottati con determinazioni dirigenziali;
4. di disporre che l' organismo tecnico accreditante (OTA ) operi nel pieno rispetto dei principi di autonomia, terzietà e imparzialità nei confronti sia dell' organo amministrativo accreditante regionale che delle strutture da accreditare;



5. di stabilire altresì che nelle more del perfezionamento degli atti esecutivi necessari alla piena operatività di quanto disposto con il presente provvedimento continuano a produrre effetti le disposizioni e le procedure attualmente vigenti in materia di accreditamento.

Copia del presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U. della Regione Basilicata.

L'ISTRUTTORE \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE P.O. \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE \_\_\_\_\_

  
(Dr.ssa Rocchina GIACOIA)

In ossequio a quanto previsto dal D.Lgs. 33/2013 la presente deliberazione è pubblicata sul portale istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente:

Tipologia atto	Altro	
Pubblicazione allegati	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Allegati non presenti <input type="checkbox"/>
Note	Revisione manuale di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Basilicata	

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa o nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

## DISCIPLINA OSSERVATORIO PERMANENTE REGIONALE per l' ACCREDITAMENTO ( art. 13 L.R. 1/07)

L'accREDITAMENTO istituzionale nella configurazione della normativa vigente è il procedimento attraverso il quale, a conclusione di uno specifico processo valutativo ed in relazione alla programmazione regionale, viene attribuito alle strutture sanitarie pubbliche e private, già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio e che ne facciano richiesta, lo status necessario per diventare soggetti erogatori per conto del SSR previo riconoscimento del possesso di prescritti specifici requisiti di qualità sul piano tecnologico, organizzativo e professionale ulteriori rispetto a quelli richiesti per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività.

Con l'approvazione del Manuale per l'accREDITAMENTO Istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private previsto dall'art. 8 quater del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., di cui alle deliberazioni di Giunta Regionale n. 2753 del 30.12.2005 e n. 483 del 03.04.2006, la Regione Basilicata, concluso il processo di revisione della precedente disciplina (D.G.R. 3345/99), ha avviato l'implementazione a regime del sistema dell'accREDITAMENTO istituzionale.

Per rendere applicabile il modello di accREDITAMENTO adottato si è provveduto (D.G.R. n. 1598 del 31.10.2006) alla individuazione del relativo procedimento amministrativo comprensivo dei termini e delle modalità di presentazione della domanda da parte dei soggetti interessati nonché della individuazione delle procedure da seguire.

Le procedure per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie della Basilicata demandano ad appositi atti la disciplina dei percorsi per la verifica del possesso dei requisiti richiesti per accedere all'accREDITAMENTO, oltre alla individuazione e istituzione di un organismo con funzioni di gestione e di coordinamento.

La legge regionale 30.01.2007, n. 1 ha previsto all' art. 13 l'istituzione dell'*osservatorio permanente regionale per l'accREDITAMENTO (OPRA)*, al fine di assicurare la più efficace implementazione delle procedure di accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie ai sensi dell'art. 8 quater del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., nonché di quelle socio-sanitarie della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, e di promuovere e salvaguardare la qualità delle prestazioni fornite dai soggetti accREDITATI.

In fase di prima implementazione del sistema di AccREDITAMENTO Istituzionale, in attesa di una più organica regolamentazione dell'intero processo e della attuazione delle disposizioni di cui all' art. 13 L.R. n. 1/2007, al fine di dare attuazione alla disciplina a regime di cui alla D.G.R.



n. 1598/2007 essendo necessario avviare sollecitamente il processo di valutazione per assolvere agli adempimenti imposti dalla normativa nazionale in materia sanitaria, sono state dettate dalla DD n. 459/08 modalità operative, da valere in via temporanea, per l'effettuazione delle visite di verifica del possesso dei requisiti di accreditamento e della conseguente necessaria valutazione tecnica, con riserva di successive ulteriori indicazioni esplicative nonché integrative delle procedure stabilite.

Nel corso degli anni a livello regionale si è sviluppato il percorso di accreditamento in presenza di una disciplina rispettosa dei principi fondanti del modello adottato ma non rispondente ad una complessiva sistematica organizzazione nell'ambito della formale istituzionalizzazione dell'organismo (OPRA) di cui al citato art. 13 L.R. 1/2007.

Con DGR n. 697 del 11.06.2013 è stata recepita l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, Rep. n. 259/CSR del 20/12/2012 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), stabilendo di provvedere all'adeguamento del modello di accreditamento regionale ai contenuti del disciplinare nonché delle relative procedure ivi comprese quelle di verifica, nel rispetto delle modalità e dei tempi definiti, entro dicembre 2013, dal Tavolo tecnico, previsto nell'ambito della stessa intesa, costituito con decreto del Ministero della Salute in data 6 febbraio 2013.

Il Tavolo tecnico ha condiviso e concertato con i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano la tempistica degli adempimenti regionali ed aziendali attuativi dell'Intesa del 20 dicembre 2012, nonché i requisiti e le modalità di funzionamento degli "organismi tecnicamente accreditanti", approvando, a tal fine, appositi documenti sui quali la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 19 febbraio 2015 ha sancito la seguente "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 adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie. Rep. n. 32/CSR del 19 febbraio 2015", recepita con D.G.R. n.1471 del 17.11.2015.

Con la D.G.R. n. 217 del 30 .04.2018 è stata approvata la revisione manuale di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Basilicata in attuazione delle Intese della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano rispettivamente Rep. Atti n.259/CSR del 20 dicembre 2012 (recepita con DGR n. 697/2013) e Rep. Atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2015 (recepita co DGR n. 1471/2015).

Nella citata D.G.R. n1471 del 17.11.2015 si è, tra l' altro, stabilito che *"con successivo separato provvedimento verrà formalizzata l' istituzione nonché il funzionamento dell' organismo tecnicamente accreditante nel rispetto dei criteri così come articolati nell' allegato B della intesa innanzi citata"*.

Dovendo assolvere al predetto onere adeguando quanto già definito a livello regionale, si ritiene di operare correttamente individuando la collocazione di tale organismo all' interno dell' OPRA, che contestualmente viene definito nella sua costituzione, nella sua articolazione e nel suo funzionamento.

## DISCIPLINA DELL' OSSERVATORIO PERMANENTE REGIONALE per l'ACCREDITAMENTO.

### TITOLO I

#### Strutturazione Osservatorio Permanente Regionale per l' Accreditamento

##### Art 1

##### Definizione

Ai sensi dell' art.13 della L.R. n. 1/2007, l' Osservatorio Permanente Regionale per l' Accreditamento, di seguito denominato OPRA, va inteso come sistema di accreditamento regionale.

L'OPRA è un' articolazione organizzativa del dipartimento regionale competente in materia di sanità presso cui è costituito.

##### Art 2

##### Finalità

L' OPRA assicura la più efficace implementazione delle procedure di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie ai sensi dell'art. 8 *quater* del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., nonché di quelle socio-sanitarie della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, promuovere e salvaguardare la qualità delle prestazioni fornite dai soggetti accreditati.

### Art 3

#### Funzioni

L'OPRA ha funzioni di:

- a. programmazione strategica in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- b. presidio delle procedure tecnico-amministrative ai fini della correttezza applicativa e del miglioramento continuo nel quadro del processo partecipato di qualità del sistema regionale di accreditamento;
- c. organizzazione e coordinamento del processo di formazione e sviluppo professionale degli operatori del sistema regionale di accreditamento.

### Art 4

#### Articolazione

1 Per assolvere alle proprie funzioni l'OPRA si articola in :

- a) Board Regionale di Accreditamento (di seguito denominato BRA)
- b) Organismo Tecnicamente Accreditante (di seguito denominato OTA).

L'OTA è strutturato in :

- Nucleo Tecnico Regionale (di seguito denominato NTR)
- Gruppo Regionale Accreditori (di seguito denominato GRA)

Ad ognuno degli organismi in cui si struttura l'OPRA vengono attribuite funzioni specifiche tali da garantire lo svolgimento del complesso processo di accreditamento secondo principi di trasparenza ed efficacia.

### Art 5

#### Composizione, attività e responsabilità

1 Il BRA è costituito dagli uffici dipartimentali secondo le rispettive competenze attestate in materia sanitaria e socio-sanitaria per tipologia di struttura ed assolve a funzioni programmatiche ed amministrative presidiando la correttezza applicativa delle relative procedure. E' presieduto dal Dirigente Generale o suo delegato.

1.1 Nell'ambito dell'attività svolta provvede, tra l'altro, alla:

- Individuazione dei requisiti di accreditamento (processo partecipato che coinvolge le Aziende sanitarie, i professionisti delle strutture sanitarie pubbliche e private e le associazioni di volontariato pertinenti)
- Determinazione e verifica del fabbisogno prestazionale
- Verifica di ammissibilità e procedibilità della domanda di accreditamento
- Redazione schema provvedimento finale (deliberazione di Giunta Regionale)

2 L' OTA, nell'ambito del processo di accreditamento, ha funzione gestionale/di coordinamento della gestione delle verifiche nonché dell'effettuazione della valutazione tecnica necessaria ai fini del rilascio/rinnovo del provvedimento di accreditamento .

L' OTA è attestato alla Direzione Generale a garanzia della imparzialità e trasparenza nella gestione delle attività, senza condizionamenti esterni e senza conflitto di interessi, nonché dell'autonomia nello svolgimento delle proprie funzioni, rispetto sia alle strutture valutate, sia alla autorità regionale cui spetta l' adozione del provvedimento conclusivo di accreditamento, tenuto conto del parere tecnico espresso dal citato OTA.

2.1 Il NTR è composto da :

- Coordinatore Nucleo, Funzionario attestato al competente dipartimento;
- n. 2 Accreditori regionali , attestati al competente dipartimento ed inseriti nell' elenco regionale dei valutatori dei sistemi qualità;
- n. 3 Accreditori dipendenti del SSR , inseriti nell' elenco regionale dei valutatori dei sistemi qualità;
- Segreteria tecnico-amministrativa .

I componenti del NTR sono nominati dal Dirigente Generale su proposta del competente ufficio del BRA.

2.2 Svolge le seguente attività:

- Gestione domande accreditamento istituzionale ammesse in ingresso al sistema
- Definizione programma audit
- Organizzazione e Costituzione team di audit
- Notificazione audit
- Valutazione ed invio al Board delle relazioni di audit
- Formazione/valutazione degli accreditatori e gestione relativo elenco.

2.3 Il funzionamento del NTR è disciplinato dall' art. n. 6 nonché da regolamento interno adottato in sede di insediamento.

3 Il GRA ha funzione di supporto sotto il profilo operativo al NTR ed è composto dai valutatori regionali e aziendali individuati mediante appositi percorsi formativi e/o designati

dalla azienda tra il personale competente in materia di accreditamento e dagli esperti per disciplina che hanno partecipato alle verifiche poste in essere per gli accreditamenti delle strutture sanitarie già rilasciati dalla Regione Basilicata

3.1 Svolge le seguenti attività:

- Effettuazione audit
- Valutazione possesso dei requisiti
- Stesura relazione audit con parere di accreditabilità
- Supporto tecnico necessario per l'attuazione anche nelle proprie aziende della normativa in materia ,

## Art 6

### Funzionamento del NTR

1 Il NTR è un organismo collegiale che si riunisce con cadenza settimanale.

Per la validità delle riunioni è necessaria la presenza della metà più uno dei componenti. Le decisioni, qualora non assunte all'unanimità, sono valide se adottate dalla maggioranza semplice dei presenti.

2 In caso di periodiche e sistematiche assenze di componenti del nucleo, tali da impedire lo svolgimento delle sedute del NTR per un periodo superiore ai 40 giorni, il Dirigente Generale procede alla sostituzione degli assenti.

3 Per la corretta attuazione delle attività di competenza l'organismo tecnicamente accreditante, come previsto al punto 4 (Verifiche: modalità, strumenti e responsabilità) del disciplinare allegato all'Intesa 20 dicembre 2012, deve:

- stabilire la propria politica (*mission e vision*);
- individuare in maniera esplicita le relazioni istituzionali (ad esempio con i diversi Uffici interessati in ambito regionale e aziendale);
- definire la propria organizzazione interna, che comprenda l'identificazione e la gestione delle risorse umane coinvolte;
- definire la pianificazione, effettuazione e valutazione della propria attività, anche al fine del loro miglioramento;
- definire adeguate forme di partecipazione dei cittadini;
- mantenere relazioni con i portatori d'interesse;

- definire le procedure con le quali, sceglie, forma, addestra, aggiorna e gestisce i valutatori per l'accreditamento;
- assicurare che siano adottate le procedure di verifica esplicitamente definite e che siano applicati i requisiti definiti a livello regionale.

#### Art 7

##### Assegnazione personale delle aziende sanitarie regionali

Per quanto concerne il personale dipendente dal SSR, presente nelle articolazioni dell' OPRA, apposta intesa con le aziende sanitarie regionali( ASP, ASM, AOR San Carlo, IRCCS-CROB) ai sensi dell' art. 13, comma 4, LR 1/07, disciplina termini e modalità di assegnazione funzionale al Dipartimento/OPRA per garantire, quale compito istituzionale, la partecipazione alle attività previste nell' ambito del procedimento di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio- sanitarie, assolvendo, come già peraltro acclarato, ad un compito istituzionale.

## TITOLO II

### Processo di accreditamento : fasi e competenze

#### Art 8

##### Procedura di accreditamento : istruttoria amministrativa

Il processo di accreditamento delle strutture è avviato con la presentazione al BRA dell'istanza di accreditamento, da parte del titolare/legale rappresentante di una struttura autorizzata, nel rispetto dei termini e delle modalità come definite dalla D.G.R. 1598/06 e s.m.i.

L' istanza di accreditamento è presentata dalla struttura autorizzata all' esercizio dell' attività perentoriamente dall'1 gennaio al 28 febbraio di ogni anno ed è indirizzata al dipartimento competente in materia di sanità

Entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento viene definito l'esito dell' accreditamento con deliberazione di Giunta Regionale, previa verifica effettuata da apposito team costituito da valutatori regionali presenti nel relativo elenco regionale.

L' istanza va prodotta utilizzando gli appositi modelli e va corredata dalla dichiarazione (autovalutazione) del possesso dei requisiti .

Il Dirigente Generale del Dipartimento assegna la pratica all' Ufficio competente per materia che verifica la regolarità formale dell' istanza e della acclusa documentazione accertando in particolare la presenza dei requisiti di ammissibilità e procedibilità della domanda .

L' ufficio, svolta l' attività amministrativa necessaria ai fini della correttezza procedurale e della completezza documentale, trasmette una copia della istanza e della documentazione allegata al NTR, per il prosieguo dell' istruttoria ed in particolare per l' accertamento del possesso dei requisiti di accreditamento dandone contestuale comunicazione alla struttura.

A presidio delle procedure tecnico-amministrative l' ufficio competente, costituendo interfaccia del NTR, gestisce:

- la procedura informatica per l'accesso dei componenti di ciascun team alla documentazione della struttura da verificare e per lo scambio delle conseguenti informazioni;
- le apposite aree riservate( una per ciascun team) sul sito web ufficiale dipartimentale;
- la documentazione prodotta dalle strutture sanitarie private e conseguente inserimento nella apposita area riservata;
- le check list ad uso dei valutatori , distinte per tipologia di struttura;
- il monitoraggio planing audit;
- l' attività di supporto tecnico-amministrativa.

## Art 9

### Procedura di accreditamento : istruttoria tecnica

Il NTR riceve l' istanza di accreditamento dall' ufficio competente e nella prima riunione utile, secondo la cadenza di cui all' art. 6, costituisce apposito Team Regionale per la verifica dei requisiti per l'accreditamento .Il provvedimento di costituzione, sottoscritto dal coordinatore del NTR, viene formalmente adottato con determinazione del Dirigente Generale.

Ciascun team di accreditamento è composto ai sensi delle disposizioni di cui alla DD459/08 e smi.

Le amministrazioni pubbliche di appartenenza dei valutatori riconoscono a proprio carico, ai componenti del team, il trattamento di missione secondo la normativa vigente.

Il Team Regionale prima di procedere al sopralluogo di verifica, (audit) entro 30 giorni dall'insediamento esamina, con il supporto del NTR, la documentazione prodotta dalla struttura richiedendo eventuali integrazioni, programma la visita di verifica(audit), secondo le modalità previste nel regolamento di attività.

Il team effettua la verifica necessaria ad accertare la rispondenza dei requisiti posseduti e dichiarati nelle schede di autovalutazione allegate alla istanza di accreditamento e a valutare il funzionamento del sistema di gestione delle strutture rispetto al modello di accreditamento.

Il team non oltre dieci giorni dal termine della verifica trasmette al NTR e alla struttura il rapporto di verifica che contiene le risultanze finali ed il parere motivato in ordine alla concessione dell'accREDITAMENTO.

La struttura può far pervenire entro gg. 15 integrazioni e controdeduzioni in esito alle quali il NTR invia (tramite BOARD) il rapporto del Team con il motivato parere all'ufficio competente per la predisposizione dello schema del provvedimento conclusivo dell'iter procedimentale.

#### Art 10

##### Procedura di accreditamento: conclusione

Sulla base del rapporto di verifica e del parere motivato, viene rilasciato l'accREDITAMENTO istituzionale di I° (II°) livello con deliberazione di Giunta Regionale valido per il periodo di tempo indicato nelle disposizioni regionali vigenti in materia.



Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO

*Nolani*

IL PRESIDENTE

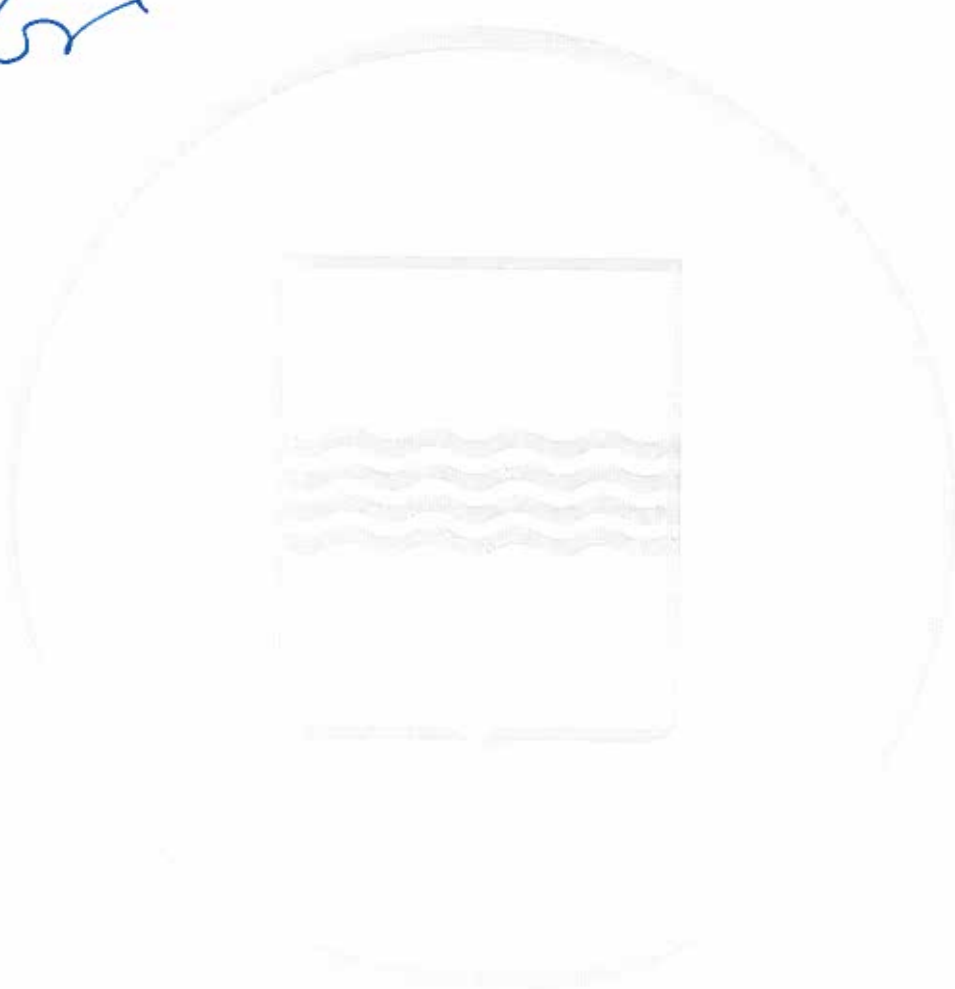
*[Signature]*

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 1.06.2018  
al Dipartimento interessato  al Consiglio regionale

*1.06.2018*

L'IMPIEGATO ADDETTO

*[Signature]*



## **ATTESTATO DI CONFORMITA'**

(art. 22, comma 1, D.lgs. n. 82 del 07/03/2005)

La presente copia digitale è conforme all'originale esistente presso gli atti d'ufficio composto da numero **6** facciate e da n. **1** allegato.