



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 169 del 22 MAR. 2018

OGGETTO: Affidamento, ai sensi dell'art.36, comma 2, lettera a) D.Lgs. 50/2016, del servizio di certificazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), per le esigenze dell'Asst Gaetano Pini-Cto. CIG: Z9222D33A1.

DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT. FRANCESCO LAURELLI

**SU PROPOSTA DEL
DIRETTORE UOC GESTIONE ACQUISTI - LOGISTICA**

accertata la competenza procedurale, sottopone in data 19/03/2018 l'allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato, la cui spesa rientra nel budget assegnato.

Il Responsabile del Procedimento
(Dott.ssa Daniela Troiano)

IL DIRETTORE UOC ECONOMICO-FINANZIARIA

ha registrato contabilmente

☒ la spesa di € 19.000,00, prevista nella presente proposta, rientra nel Conto Economico del/dei Bilancio/i Preventivo/i Economico/i anno/anni 2018 al /ai conto/i economico/i n. 510.030.00010 Formazione personale da privato

☐ la spesa di €....., prevista nella presente proposta, rientra nello Stato Patrimoniale del/dei Bilancio/i d'esercizio/i al /ai conto/i n. "....."

☐ gli introiti di €....., previsti nella presente proposta, rientrano nel Conto Economico del/dei Bilancio/i d'esercizio/i al /ai conto/i economico/i n. "....."

☐ Il presente provvedimento non comporta spesa

Il Direttore f.f. UOC Economico Finanziaria
Dott.ssa Emilia Martignoni

x



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 169 del 22 MAR. 2018

IL DIRETTORE GENERALE

Viste

- la DGR n. X/4475 del 10/12/2015 *"attuazione L.R. 23/2015: costituzione dell'Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO"* di costituzione, a partire dal 1° gennaio 2016, dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica con sede legale in Milano, Piazza Cardinale Andrea Ferrari, 1 - 20122 Milano;

- la DGR X/4622 del 19/12/2015 *"attuazione L.R. 23/2015: determinazioni in ordine alla direzione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO"* di nomina del dott. Francesco Laurelli quale Direttore Generale dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO con decorrenza dal 01.01.2016 al 31.12.2018;

- la delibera aziendale n. 1 del 02 gennaio 2016 di presa d'atto della costituzione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (Asst) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO, giusta DGR n. X/4475 del 10 dicembre 2015 e di insediamento dal 01 gennaio 2016 del dott. Francesco Laurelli quale Direttore Generale, in attuazione della DGR X/4622 del 19 dicembre 2015;

preso atto della relazione protocollo n. 385 dell'08 gennaio 2018 a firma del Direttore Sanitario Aziendale, allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (**Allegato n.1**), con la quale si dà evidenza della necessità di predisporre *"l'implementazione di una metodologia certificata dei percorsi di cura"* per tutti i motivi ivi espressi e qui richiamati *per relationem*;

vista l'e-mail del Direttore Amministrativo datata 06.02.2018, allegata quale parte integrante e sostanziale (**Allegato 2**), con la quale è stata trasmessa all'UOC Gestione Acquisti – Logistica la relazione a firma del Direttore Sanitario testè citata;

vista l'offerta datata 10.01.2018 formulata dalla società Progea S.r.l. di Milano ed allegata quale parte integrante e sostanziale alla relazione a firma del Direttore Sanitario Aziendale, anch'essa allegata al presente provvedimento (**Allegato n.3**) da cui si evince che l'importo complessivo per quanto trattasi ammonta ad Euro 19.000,00 iva esente;

verificato che non sono attive, né in programmazione, convenzioni stipulate da Consip S.p.A. o Arca S.p.A. per servizi analoghi comparabili a quello oggetto del presente provvedimento, cui poter far ricorso ai sensi dell'art. 26, comma 3 della Legge 23 dicembre 1999, n. 448 e della L.R. 33/2007;

considerato che il *"Regolamento per le acquisizioni di beni e di servizi e per l'esecuzione di lavori di valore inferiore alla soglia comunitaria"* approvato con deliberazione n. 587 del 06.12.2017 all'art.5 *"Ambito di applicazione"* non contempla le attività formative;



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 169 del 22 MAR. 2018

dato atto che il Decreto Legislativo n. 50/2016 all'art.36 comma 2 lettera a) prevede espressamente che *"le stazioni appaltanti procedono all'affidamento di lavori, servizi e forniture di importo inferiore alle soglie comunitarie per affidamenti di importo inferiore ad Euro 40.000,00, mediante affidamento diretto anche senza previa consultazione di due o più operatori economici... omissis..."*

ritenuto, alla luce delle sopra esposte considerazioni, di affidare per le esigenze di questa Asst il servizio di certificazione PDTA alla società individuata dalla Direzione Sanitaria Progea S.r.l. di Milano, Via Pietrasanta, 12 – 20141 – P.I. e C.F. 08842280151 per un importo complessivo di Euro 19.000,00 Iva esente;

acquisito il visto contabile della Unità Operativa Complessa Economico Finanziaria dell'Asst Gaetano Pini - Cto;

visti i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario, resi per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni;

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti

- 1- di prendere atto della relazione prot. n. 385 dell'08.01.2018 a firma del Direttore Sanitario Aziendale, nonché dell'offerta ad essa allegata quale parte integrante e sostanziale formulata dalla società Progea S.r.l. di Milano relativamente all'accreditamento per i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali PDTA, entrambi i documenti allegati al presente provvedimento deliberativo;
- 2- di affidare, per tutte le motivazioni contenute nella relazione a firma del Direttore Sanitario, il servizio di certificazione del percorso di cura dei pazienti con frattura di femore per le esigenze dell'Asst Gaetano Pini-Cto alla società Progea S.r.l. di Milano Via Pietrasanta, 12 – 20141 – Partita Iva e Codice Fiscale n. 08842280151 per un importo complessivo di Euro 19.000,00 iva esente;
- 3- di dare mandato alla Unità Operativa Complessa Economico Finanziaria dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO, di imputare l'importo complessivo di Euro 19.000,00 iva esente di cui al conto n. 510.030.00040 "Formazione personale da privato" del bilancio di esercizio 2018;
- 4- di dichiarare il presente provvedimento non soggetto a controllo preventivo, ai sensi dell'art.17, c.4, della L.R. n.33/2009 (come modificato dalla Legge Regionale n. 23/2015);
- 5- di disporre la pubblicazione, nei modi di legge, della presente deliberazione, dando atto che la stessa è immediatamente esecutiva, ai sensi dell'articolo 17, comma 6, della Legge Regionale



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ASST Gaetano Pini

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 169 del 22 MAR. 2018

30 dicembre 2009 n. 33 (così come modificato dalla Legge Regionale 11 agosto 2015 numero 23).


DIRETTORE GENERALE
(Dott. Francesco Laurelli)


DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Dott. Valentino Colao)


DIRETTORE
SANITARIO
(Dott.ssa Paola Navone)


DIRETTORE
SOCIO SANITARIO
(Dott.ssa Paola Maria Santopietro)

U.O.C. Gestione Acquisti – Logistica

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento

Responsabile del Procedimento: dott.ssa Daniela Troiano

Pratica trattata da dott.ssa Annalisa La Placa



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 169 del 22 MAR. 2018

RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'albo pretorio informatico di quest'Azienda sul sito internet istituzionale, così come previsto dall'art. 32, comma 1, L. 69/2009, e dall'art. 8 del D.Lgs. 33/2013, dal 23 MAR. 2018 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. 5 pagine e n. 11 pagine di allegati.

UOC Affari Generali Istituzionali e Legali
Il Funzionario addetto

Maurizio Cauchello

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo
Milano, li _____

UOC Affari Generali Istituzionali e Legali
il Funzionario addetto

Certificazione PDTA

Direzione Amministrativa

Inviato: martedì 6 febbraio 2018 14.35**A:** Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici**Cc:** Direzione Sanitaria**Categorie:** Inoltrata La Placa**Allegati:** Certificazione PDTA.pdf (1 MB) ; Proposta PROGEA.pdf (811 KB)

- ALLEGATO 1 -

Si trasmette relazione del Direttore Sanitario inerente la richiesta di accreditamento per i percorsi PDTA.

Cordiali saluti.

Dr. Valentino Colao
Direttore Amministrativo

AVVERTENZA AI SENSI DEL D.LGS. 196/03

Questo messaggio di posta elettronica contiene informazioni di carattere confidenziale rivolte esclusivamente al destinatario sopra indicato. E' vietato l'uso, la diffusione, distribuzione o riproduzione da parte di ogni altra persona. Nel caso aveste ricevuto questo messaggio di posta elettronica per errore, siete pregati di segnalarlo immediatamente al mittente e distruggere quanto ricevuto (compresi i file allegati) senza farne copia. Qualsiasi utilizzo non autorizzato del contenuto di questo messaggio costituisce violazione dell'obbligo di non prendere cognizione della corrispondenza tra altri soggetti, salvo più grave illecito, ed espone il responsabile alle relative conseguenze.

AVVERTENZA AI SENSI DEL D.LGS. 196/03

Questo messaggio di posta elettronica contiene informazioni di carattere confidenziale rivolte esclusivamente al destinatario sopra indicato. E' vietato l'uso, la diffusione, distribuzione o riproduzione da parte di ogni altra persona. Nel caso aveste ricevuto questo messaggio di posta elettronica per errore, siete pregati di segnalarlo immediatamente al mittente e distruggere quanto ricevuto (compresi i file allegati) senza farne copia. Qualsiasi utilizzo non autorizzato del contenuto di questo messaggio costituisce violazione dell'obbligo di non prendere cognizione della corrispondenza tra altri soggetti, salvo più grave illecito, ed espone il responsabile alle relative conseguenze.



**Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO**



**Regione
Lombardia**

ASST Gaetano Pini

ASST-PINI-CTO

PG/2018/0000385

08/01/2018 ore 15,09



Alla cortese attenzione:

Direttore Generale

Dott. Francesco Laurelli

Direttore Amministrativo

Dott. Valentino Colao

SEDE

Oggetto: Certificazione PDTA

A seguito della costituzione, a decorrere dal 1° gennaio 2016, della nuova ASST "Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO", derivante dalla fusione per incorporazione dell'A.O. "Istituto Ortopedico Gaetano Pini" e del Presidio Ospedaliero "CTO", l'Azienda è impegnata nella revisione dei processi organizzativi e nella riqualificazione delle risorse impiegate per l'assistenza ospedaliera, garantendo la gestione dell'intero percorso di cura del paziente in base a specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) evidence based.

I PDTA sono interventi complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare.

Da diversi anni, i PDTA vengono utilizzati per migliorare la qualità ed efficienza delle cure, ridurre la variabilità nelle cure e garantire cure appropriate al maggior numero di pazienti.

Per ragioni epidemiologiche e di valutazione della qualità dell'assistenza resa



particolare rilievo assumo i PDTA che sottendono il monitoraggio di alcuni indicatori di processo oggetto di monitoraggio nazionale (Programma Nazionale Esiti) come gli interventi per frattura di femore eseguiti in 48 ore dall'accesso del paziente alla Struttura.

Presso la Struttura è stata avviata un'attività per la costruzione di un PDTA condiviso con l'obiettivo di ottenere una maggiore omogeneità di trattamento dei pazienti che si presentano all' ASST con frattura di femore nella direzione di un miglioramento della pratica clinica rispetto a standard nazionali ed internazionali, attraverso la definizione di un PDTA.

E' stato pianificato un audit clinico-organizzativo relativo ai risultati PNE riferiti all'indicatore relativo alla proporzione di fratture di femore su pazienti sopra i 65 anni di età operate entro due giorni.

È stato costituito un panel multi-professionale e multidisciplinare per la valutazione dei percorsi esistenti al fine di stimare la qualità dell'assistenza offerta e individuare fenomeni d'inappropriatezza clinica ed organizzativa.

È stato redatto ed implementato un PDTA di riferimento che considera ogni fase del percorso dei pazienti presi in carico, dalla diagnosi alle dimissioni per favorire il coordinamento tra servizi e unità operative coinvolte.

L'utilizzo di tale strumento che ha permesso di riorganizzare e standardizzare i processi di cura, monitorandone l'impatto non solo clinico ma anche organizzativo ed economico, ha consentito di raggiungere i risultati attesi.

La certificazione di tale percorso di cura consentirà di sostenere il processo di miglioramento continuo messo in atto verificando la soddisfazione di alcuni requisiti minimi del processo e la conformità dello stesso ai principi di buona pratica clinica, a tutela dell'utenza e dei professionisti sanitari coinvolti; inoltre consentirà di garantire:

- La diffusione di una cultura della sicurezza e gestione del rischio
- Maggior fiducia da parte dei cittadini
- Maggior coinvolgimento dei professionisti
- Diffusione di una cultura orientata all'analisi dei dati



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ASST Gaetano Pini

Alla luce di tutto quanto sopra argomentato si allega la proposta di Progea relativa alla certificazione di qualità dei percorsi clinico assistenziali finalizzata ad ottenere l'attestazione di conformità.

Visto l'interesse dell'Azienda a predisporre l'implementazione di una metodologia certificata dei percorsi di cura si chiede di voler espletare tale procedura.

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Paola Navone

www.AlboPretorionline.it 23/03/18



ALLEGATO 2

Milano, 10 Gennaio 2018

Alla Cortese Attenzione
Gentile Dott.ssa Paola Navone
Egregio Dott. Francesco Laurelli
Egregio Dott. Valentino Colao
Direzione Strategica ASST G. Pini di Milano

Di seguito troverete l'offerta di supporto per ottenere la certificazione COP per il percorso del paziente con Frattura di Femore della ASST Pini.

I risultati che avete raggiunto in termini di performance e in termini di "solidità" del percorso richiedono oggi un confronto che supera i confini della vostra importante organizzazione e renda ancora più sicuro e culturalmente forte il lavoro fin qui svolto.

Resto a vostra disposizione per qualsiasi ulteriore approfondimento

Cordiali saluti

Mario Faini

Amministratore Unico

Progea S.r.l.





C.O.P. LA CERTIFICAZIONE DEL PERCORSO DI CURA

COP per il percorso dei Pazienti con frattura di femore

ASST G. Pini





Premessa

COP è stato progettato per diffondere una cultura della sicurezza e della qualità nelle organizzazioni sanitarie che erogano specifici percorsi di cura ai propri pazienti nell'ambito di Linee Guida, nazionali e/o internazionali, che fanno da riferimento al processo di cure e/o assistenza.

L'obiettivo è quello di migliorare in modo continuo i processi di cura e i risultati da essi conseguenti.

L'ottenimento di COP serve a garantire:

- Una maggiore fiducia da parte dei pazienti, dal momento che il percorso, in termini di qualità e sicurezza, ha ottenuto un certificato da un organismo di certificazione internazionale;
- Un ambiente più sicuro per pazienti e professionisti;
- Una maggiore attenzione ai bisogni del paziente e dei suoi familiari, dal momento che sono previsti specifici requisiti da adempiere in tal senso;
- La diffusione di una cultura più orientata all'analisi dei dati e dei report che sintetizzano la qualità, efficacia e l'efficienza del percorso clinico oggetto di certificazione;
- Un maggior coinvolgimento dei professionisti e dei responsabili clinici nella gestione della qualità.

COP supporta i percorsi clinici e/o assistenziali attraverso un processo strutturato e guidato di valutazione della qualità e della sicurezza dell'agire legato alla pratica clinica. Questo programma di verifica della qualità prevede che non sia la singola azienda a definire propri parametri di riferimento, grazie ai quali ottenere un certificato di qualità, ma che il percorso possa ottenere tale risultato solo conformando la propria attività ai criteri definiti in questo manuale che deve ovviamente essere personalizzato da ciascuna realtà sulla base del percorso di cura effettivamente oggetto di attestazione di conformità, arricchendo i criteri con le procedure e i protocolli effettivamente adottati in azienda.



Come è strutturato lo strumento per valutare i Percorsi di Cura secondo COP

Abbiamo progettato uno strumento che può essere utilizzato per supportare il processo di:

- Progettazione dei meccanismi organizzativi che consentano di garantire sicurezza e qualità;
- Implementazione dei comportamenti adeguati a realizzare un percorso di cura di qualità e sicuro;
- Autoverifica interna prima della richiesta dell'attestazione di conformità.

Il manuale di riferimento è organizzato in sette gruppi di criteri:

1. Criteri generali (GEN)

Per definire questi requisiti di qualità e sicurezza si è fatto riferimento a due filoni diffusi a livello nazionale ed internazionale:

- *Patients safety goals:*
- *Raccomandazioni ministeriali*

2. Criteri per la definizione, strutturazione e valutazione del percorso di cura (PDC)

Il percorso di cura per il quale si intende ottenere l'attestazione di conformità a criteri di qualità e sicurezza deve riferirsi a Linee Guida basate sull'evidenza clinica, dalle quali si definisce la standardizzazione e la strutturazione dell'azione clinica ed assistenziale da erogarsi in modo uniforme ai pazienti.

3. Criteri in termini di condizioni organizzative da realizzarsi per la gestione quotidiana del percorso (SO)

Una volta progettato, il percorso di cura deve realizzarsi nel quotidiano e devono pertanto essere definite le varie procedure che garantiscono uniformità di assistenza, qualità e sicurezza per il paziente. Al centro del percorso di cura deve essere posto il paziente e i suoi bisogni di cura e di continuità assistenziale, per questo è necessario disporre di tutte le informazioni sulla condizione del paziente, disporre di procedure



per la gestione del personale, definire gli obiettivi del responsabile del percorso, valutare costantemente che il servizio erogato garantisca qualità e continuità di assistenza.

4. Criteri in termini di empowerment del paziente (CPF)

L'empowerment di pazienti e cittadini in sanità risponde a esigenze etiche, consente una medicina più umana, più capace di integrare clinica e vita, più rispettosa delle persone, con rapporti meno asimmetrici e più soddisfacenti. Oggi si dispone di prove consistenti sul fatto che l'empowerment migliora le cure e la salute della popolazione, e pertanto dovrebbe essere considerato parte integrante dell'attività sanitaria.

5. Criteri in termini di gestione della documentazione clinica e di valutazione del percorso attraverso l'utilizzo dei dati (DAT)

Per ogni paziente deve essere disponibile una documentazione clinica (cartella o fascicolo personale) nella quale sono contenute tutte le informazioni necessarie a supportare la diagnosi, a giustificare i trattamenti e a documentare il corso e i risultati del trattamento. Sarebbe opportuno che la documentazione clinica sia strutturata secondo un form e un contenuto standard che aiutino a promuovere una maggiore completezza e accuratezza così da garantire il necessario flusso di informazioni a tutti coloro che assistono il paziente.

5

6. Criteri in termini di definizione, implementazione e monitoraggio di indicatori di performances che consentano di valutare il percorso (IND)

Per favorire il miglioramento della performance e la sicurezza del paziente è necessario disporre di misure che consentano di valutare gli output e gli outcome del percorso. Gli indicatori di performance per essere validi e affidabili devono riferirsi alle linee guida e/o alle altre evidenze significative per la gestione della malattia o della condizione. È necessario implementare un processo di monitoraggio del percorso; nel far ciò si deve prioritariamente definire: quali dati raccogliere, con quale frequenza, come raccogliere i dati. Comprendere come si sta comportando l'organizzazione dipende dall'analisi dei dati e dai report sui risultati conseguiti.

7. Criteri in termini di progettazione ed implementazione del programma di miglioramento necessario al superamento delle problematiche individuate nel processo di autovalutazione (QUA)



Per garantire un miglioramento continuo nel tempo e una riduzione del rischio per i pazienti è essenziale pianificare. Il processo di pianificazione del miglioramento deve prevedere in primis la valutazione della situazione di fatto e l'individuazione delle aree a maggior rischio in quanto maggiormente divergenti dall'atteso; successivamente, in modo collaborativo con tutti i professionisti coinvolti, si procede alla formalizzazione del piano di miglioramento individuando gli step da seguire, le responsabilità e gli ambiti di azione di ciascuno degli attori coinvolti; infine si procede alla valutazione dello stato di attuazione del piano per l'aggiornamento dello stesso.

Il percorso per la certificazione COP

Il percorso di supporto è strutturato in 7 fasi:

1. Attivazione di un board scientifico

Il primo passo consiste nella individuazione di un Board Scientifico composto da Opinion Leader con forte esperienza nella gestione del percorso clinico.

Il compito del Board è quello di costituire la cornice culturale del progetto di certificazione, anche esprimendo suggerimenti in merito alle linee guida di riferimento.

2. Individuazione dei professionisti parteciperanno al programma

Contestualmente alla attivazione del Board vengono individuati i professionisti che sono coinvolti nelle attività di erogazione di servizi legati al percorso di cura; in particolare:

- 1. il responsabile medico del centro o suo delegato*
- 2. il responsabile infermieristico o tecnico e suo delegato*
- 3. il referente per i processi di qualità*
- 4. i professionisti che sono maggiormente coinvolti nel processo*





3. formazione iniziale: condivisione del progetto

I professionisti di coinvolto nella gestione del percorso del paziente con Frattura di Femore, parteciperanno ad un progetto formativo di due giornate mirato a:

1. *condividere i metodi e gli strumenti COP*
2. *simulare con i nostri esperti le modalità di individuazione degli elementi (procedure, documenti, schede ecc.) utili ad integrare il manuale generale*

4. formazione operativa: Formazione specifica sul campo e redazione manuale di qualità

Dopo la fase formativa, verrà organizzata la fase formativa "sul campo". In questa fase formativa entreranno in contatto direttamente con tutti i professionisti e gli operatori dell'équipe che lavorano all'interno del percorso e che adottano i criteri previsti all'interno di C.O.P. Si tratta di una fase molto operativa che prevede:

1. *6 incontri di FSC (formazione sul campo) presso i Centri;*
2. *un incontro residenziale di follow up*

7

*L'output di questo lavoro formativo consisterà nella prima bozza di **manuale di certificazione**; Il manuale descrive i processi clinici e organizzativi relativi al percorso di cura, raccoglie procedure e protocolli, riferimenti a evidenza del raggiungimento dei requisiti minimi e il sistema di indicatori per il monitoraggio; il manuale quindi conterrà i riferimenti specifici a:*

1. *elementi di tipo documentale e strumentale (dove si trovano i documenti, in quali supporti cartacei o web o altro, le schede di riferimento, le check list ecc.);*
2. *elementi di tipo procedurale (dove si trova la procedura, la descrizione del processo, a quale linea guida si fa riferimento e dove è possibile documentarsi sulla linea guida stessa.*





6. Pre audit

Alla fine del percorso formativo il percorso verrà sottoposto ad un pre-audit. Il pre-audit, si svolgerà attraverso una prima analisi documentale supportata da interviste ai referenti ed al personale coinvolti nel percorso; verranno rilevate le evidenze che testimoniano la presenza di requisiti minimi, eventuali non conformità e raccomandazioni per azioni correttive. Il pre – audit prevede la stesura di uno specifico report.

7. Certificazione

Successivamente, ad una distanza temporale congrua rispetto alla messa in atto delle azioni correttive individuate nella fase precedente, verrà condotta una visita ispettiva da parte di un Ente Terzo di Certificazione.

L'impegno per lo svolgimento del percorso

Il percorso di certificazione verrà supportato in ogni sua fase da Consulenti / formatori esperti in progetti di certificazione e accreditamento con metodi internazionali in sanità.

Il costo per l'attività formativa e formativa di supporto è di Euro 19.000,00 + Iva se dovuta ().*

** Se la fattura è intestata ad Ente Pubblico, la quota è esente I.V.A. ai sensi dell'art.10 D.P.R. n. 633/72, così come dispone l'art.14, comma 10, Legge n.537 del 24/12/93.*

