

**Regione Campania*****Il Commissario ad Acta per l'attuazione  
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)*****DECRETO N. 18 DEL 1/3/2018**

**OGGETTO:** Costituzione dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.). Modifiche ed integrazioni al Decreto Commissariale n. 55 del 7.11.2017. (Deliberazione Consiglio dei Ministri 10 luglio 2017 punto ix)

**VISTA** la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato ( legge finanziaria 2005)" e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le Regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

**VISTA** l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle Regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

**VISTA** la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009, con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario ad acta il dott. Joseph Polimeni e quale subcommissario ad acta il dott. Claudio D'Amario;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10/07/2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

**VISTA** la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 che:

- assegna *“al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente”*;
- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come *acta* ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto ix) *corretta applicazione delle procedure di accreditamento degli erogatori, in coerenza con le osservazioni ministeriali e la normativa vigente”*;

**VISTA** la comunicazione, assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018, con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

## **RICHIAMATA**

- la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, *“nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale “organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali”, emanando provvedimenti qualificabili come “ordinanze emergenziali statali in deroga”, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”*;

## **PREMESSO**

- a. che, con Decreto commissariale n.55/2017, è stato istituito l'Organismo Tecnicamente Accreditante, cui spetta il compito, nell'ambito del processo di accreditamento, delle verifiche e dell'effettuazione della valutazione tecnica necessaria ai fini dell'accREDITAMENTO istituzionale, con autonomia gestionale ed è stato approvato il Regolamento generale dell'O.T.A.;
- b. che il menzionato decreto commissariale n.55/2017 è stato inviato ai Ministeri affiancanti, con riserva di modifiche all'esito di eventuali osservazioni;

**VISTO** il verbale del Tavolo Tecnico di verifica del 28 novembre 2017 ove, nell'ambito degli interventi previsti per il Programma 4 – accREDITAMENTO, si rileva la necessità di integrare il decreto commissariale n. 55/2017 di istituzione dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (di seguito OTA) nei seguenti termini:

- Organigramma: *“è necessaria l’indicazione del personale attribuito all’OTA e delle necessarie forme di gestione delle risorse umane coinvolte nell’organizzazione interna”*;
- Partecipazione dei cittadini: *“è necessario specificare la tipologia di attività prevista a garanzia della partecipazione dei cittadini e il livello di intervento degli stessi”*;
- Relazioni con i portatori di interessi: *“è necessario indicare la figura del responsabile delle attività di mantenimento delle relazioni con i portatori di interessi”*;
- Disciplinare gli adempimenti: *“Definire le procedure con le quali sceglie, forma, addestra, aggiorna e gestisce i valutatori per l’accreditamento” e “Assicurare che siano adottate le procedure di verifica esplicitamente definite e che siano applicati i requisiti definiti a livello regionale”*;

**RAVVISATA** la necessità di integrare il decreto commissariale citato recependo, nel Regolamento Generale dell’O.T.A., allo stesso allegato, le indicazioni fornite dal Tavolo Tecnico di verifica del 28 novembre 2017;

Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR;

#### **DECRETA**

per quanto sopra esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

1. di **APPROVARE**, in sostituzione del Regolamento Generale dell’Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) allegato al decreto commissariale n.55/2017, il Regolamento allegato al presente provvedimento, del quale forma parte integrante e sostanziale;
2. di **CONFERMARE** quanto altro disposto con il citato Decreto Commissariale n. 55/2017;
3. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
4. di **INVIARE** il presente decreto al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, a tutte le Aziende Sanitarie del S.S.R. ed al B.U.R.C. per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

*Il Direttore Generale  
per la Tutela della Salute ed il  
Coordinamento del SSR  
Avv. Antonio Postiglione*

DE LUCA

**Allegato**

**REGOLAMENTO GENERALE  
ORGANISMO TECNICAMENTE ACCREDITANTE  
(O.T.A.)**

**INTRODUZIONE**

1. MISSIONE E VISIONE
2. RELAZIONI ISTITUZIONALI
3. ORGANIZZAZIONE INTERNA
4. PIANIFICAZIONE, EFFETTUAZIONE, VALUTAZIONE DELLE PROPRIE ATTIVITA' ANCHE AL FINE DEL LORO MIGLIORAMENTO
5. PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI
6. RELAZIONI CON I PORTATORI DI INTERESSE

## INTRODUZIONE

L'Accreditamento istituzionale è il processo con il quale la Regione riconosce alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, la possibilità di erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale nell'ambito della programmazione regionale.

Questo riconoscimento garantisce ai cittadini che le strutture accreditate siano in possesso degli specifici requisiti di qualità stabiliti dalla Regione.

La Regione si avvale dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (in seguito chiamato OTA) per i procedimenti finalizzati al rilascio/rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale.

L'OTA, pur essendo inserito in un più ampio contesto, deve garantire autonomia e assenza di conflitti di interesse nell'espletamento delle proprie funzioni e nella formulazione dei pareri tecnici di competenza e deve operare nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza.

Riveste, pertanto, un ruolo di terzietà sia nei confronti della Regione sia nei confronti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche che private, oggetto di valutazione.

La Regione e, per essa, nella fase di commissariamento, il Commissario ad Acta, rappresenta l'Autorità cui spetta l'adozione del provvedimento conclusivo di accREDITAMENTO tenuto conto del parere tecnico formulato da parte dell'OTA.

La verifica dei requisiti per il solo accREDITAMENTO viene effettuata dai valutatori regionali/nazionali OTA e, nelle more della loro individuazione e formazione da parte della Regione, dagli attuali verificatori delle Commissioni Aziendali per l'Autorizzazione e l'AccREDITAMENTO.

## 1. MISSIONE E VISIONE

### Missione

La missione dell'O.T.A. si realizza attraverso le seguenti funzioni:

- a. promuovere un processo di miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie attraverso la valutazione dell'efficienza delle organizzazioni, dell'uso delle risorse e della formazione degli operatori;
- b. verificare che le attività svolte producano risultati congruenti con le finalità dell'organizzazione sanitaria e compatibili con gli indirizzi di programmazione regionale;
- c. monitorare l'adeguatezza delle attività erogate, delle risorse e dell'organizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, secondo quanto previsto dagli *standards* regionali e nazionali;
- d. facilitare l'adozione di Politiche di miglioramento della qualità delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private;

- e. garantire il funzionamento del sistema di accreditamento istituzionale regionale secondo le seguenti azioni:
- e.1 tenuta e gestione dell'elenco regionale dei verificatori tramite formazione e aggiornamento continuo degli stessi;
- e.2 proposte di aggiornamento dei requisiti di accreditamento in osservanza delle indicazioni nazionali ed europee;
- e.3 tenuta, aggiornamento e pubblicazione degli elenchi delle strutture accreditate, pubbliche e private.
- f. coordinare percorsi di accreditamento e qualità di attività specialistiche in collaborazione con il Ministero della Salute, con Centri nazionali di riferimento (Centro Nazionale Sangue, Centro Nazionale Trapianti), con Agenas e Società Scientifiche accreditate dal Ministero della Salute;
- g. fornire supporto tecnico-metodologico alla Direzione generale Tutela della Salute della Regione Campania nella predisposizione di progetti innovativi in Sanità e nell'ambito socio-sanitario.

## 1.2 Visione

L'obiettivo da perseguire consiste in un cambiamento di vision in virtù del quale l'accreditamento istituzionale non costituisca un mero adempimento amministrativo bensì una progressiva opera di cultura operativa nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità delle aziende pubbliche e private, per contribuire a rispondere in modo efficiente ed efficace alle differenti necessità dei cittadini e a migliorare il rapporto di fiducia nei confronti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate della Regione Campania..

Rendere più semplice e maggiormente efficace l'iter di accreditamento istituzionale tramite il miglioramento delle risorse a disposizione (organizzative, tecniche, informatiche, ecc.).

## 2. RELAZIONI ISTITUZIONALI

L'O.T.A. attraverso il Dirigente Responsabile può intrattenere relazioni con i seguenti Enti e/o soggetti istituzionali e regionali:

- AA.SS.LL.;
- Aziende Ospedaliere e Universitarie;
- Associazioni rappresentative di categorie di attività sanitarie e/o socio-sanitarie
- Sindacati

relativamente ai seguenti aspetti:

- collaborazione per la implementazione e l'aggiornamento dei requisiti di autorizzazione

e di accreditamento di presidi sanitari e socio sanitari;

- collaborazione per progetti istituzionali, linee guida, pareri o relativamente agli aspetti di competenza dell'Accreditamento;

Lo stesso, inoltre, può intrattenere rapporti con i seguenti Enti/soggetti istituzionali:

Ministero della Salute, AGENAS, Istituto Superiore della Sanità, Centro Nazionale Sangue, Centro Nazionale Trapianti, Agenzie Sanitarie o Assessorati alla Salute di altre Regioni.

### 3. ORGANIZZAZIONE

L' O.T.A. è un organismo tecnico che ha il compito di definire il sistema regionale di accreditamento istituzionale ossia il sistema di valutazione e qualificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, in coerenza con la normativa nazionale e sulla base della programmazione e dell'analisi del fabbisogno del territorio regionale, al fine di consentire l'accreditamento delle stesse da parte della Regione.

#### ORGANIGRAMMA

RESPONSABILE			
Dirigente della Unità Operativa Dirigenziale Accreditamento			
Funzione Amministrativa - n. 1 Funzionario , categoria D, Responsabile dei Procedimenti Amministrativi;  - n. 1 Funzionario con competenze informatiche; - n. 3 Istruttori	Vigilanza n. 1 Funzionario , categoria D, Responsabile delle procedure di vigilanza e controllo;  - n. 1 Funzionario con competenze informatiche; - n. 3 Istruttori	Funzione giuridico – legale n. 1 Funzionario , categoria D, Responsabile delle procedure giuridiche e legali;  - n. 1 Funzionario con competenze informatiche; - n. 3 Istruttori	Coordinamento Valutatori n. 1 Funzionario , categoria D, Responsabile delle procedure per il Coordinamento dei Valutatori Componenti delle Commissioni AA.SS.LL.  - n. 1 Funzionario con competenze informatiche; - n. 3 Istruttori

Il Responsabile dell'OTA è il Dirigente titolare dell'Unità Operativa Dirigenziale "Accreditamento istituzionale".

Le funzioni:

- amministrativa
- di vigilanza
- giuridico-legale
- di coordinamento

sono svolte rispettivamente da dipendenti appartenenti alla categoria D - Area di Comparto - dotati di specifiche competenze e professionalità in materia, ed in possesso di titoli di studio coerenti con le attività da svolgere. Con essi collaborano almeno n. 4 unità lavorative con competenze informatiche ed ulteriori risorse umane appartenenti all' Area Tecnico – Amministrativa. Le risorse umane coinvolte nell'organizzazione interna sono gestite direttamente dal Dirigente titolare dell'Unità Operativa compresi i Valutatori.

Le Commissioni di Valutazione avranno una composizione dinamica, a seconda della tipologia di struttura oggetto di verifica e valutazione e della sua localizzazione territoriale. Saranno composte, di volta in volta, da valutatori delle Commissioni Locali esperti in materia ed individuati secondo procedure predisposte dal Dirigente Responsabile dell'OTA, in maniera da scongiurare ipotesi di conflitto di interesse ed assicurare l'uniforme applicazione delle procedure di verifica e dei requisiti espressamente stabiliti a livello regionale mediante la predisposizione e la compilazione di specifiche check list da utilizzare in sede di verifica.

Il Dirigente Responsabile dell'OTA curerà, inoltre, l'elaborazione di uno specifico piano di formazione, addestramento ed aggiornamento dei valutatori da sottoporre all'approvazione dei competenti Uffici Regionali.

## **FUNZIONIGRAMMA**

### **Dirigente Responsabile:**

1. affida l'istruttoria dell'istanza al Responsabile della funzione amministrativa per la verifica della documentazione presentata;
2. approva l'individuazione dei componenti del Team di Verifica, su proposta del Responsabile della funzione amministrativa ponendo attenzione alla compatibilità dei valutatori rispetto alla sede territoriale del presidio da valutare e ad eventuali conflitti di interessi;
3. partecipa, in particolari casi, alle verifiche per le procedure relative all'accREDITamento;
4. valuta il verbale di verifica redatto dal Team di Valutatori/Verificatori;

5. cura la predisposizione degli atti e dei provvedimenti concernenti le procedure relative all'accreditamento a seguito delle risultanze positive o negative, e adotta gli atti e i provvedimenti che rientrano nella sua competenza;
6. attiva le verifiche, ai sensi della vigente normativa, in caso di segnalazione di inadempienze, nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate;
7. prende atto degli esiti dell'attività di vigilanza ordinaria e straordinaria effettuata anche da organi ispettivi istituzionali (Carabinieri N.A.S.), e assume gli atti e i provvedimenti consequenziali di sua competenza;
8. attiva le verifiche presso i Servizi Trasfusionali e le Unità di Raccolta Associative del sangue finalizzate al rilascio/mantenimento dell'accreditamento istituzionale, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni 16.12.2010;
9. propone, in collaborazione con altri Uffici della Direzione Generale (competenti in materia di Affari Generali e Legali, Ospedaliera, Territorio, Specialistica ambulatoriale e di laboratorio, nonché Prevenzione), l'implementazione e/o aggiornamento dei requisiti di autorizzazione e ulteriori di qualità per l'accreditamento istituzionale per tipologie di strutture/attività già esistenti o di nuova introduzione;
10. partecipa, in qualità di Dirigente Responsabile dell'autorizzazione e dell'accreditamento, ai tavoli tecnici a livello nazionale (Ministero Salute, AGENAS);
11. stabilisce gli indirizzi in materia di formazione e aggiornamento dei Valutatori e Verificatori regionali;
12. gestisce il Sistema Qualità interno O.T.A;
13. gestisce i flussi informativi di pertinenza;
14. elabora i regolamenti interni per disciplinare i processi/attività dell'O.T.A;
15. elabora le procedure con le quali vengono definiti i criteri per il reclutamento, la formazione e la gestione dei Valutatori Verificatori dell'O.T.A.;
16. elabora le procedure di verifica dell'OTA definendone regole, metodologie, strumenti e tempi, nonché le procedure per il monitoraggio del rispetto dei requisiti definiti a livello regionale;

#### **Responsabile delle procedure amministrative**

1. valuta la conformità e verifica la completezza documentale delle istanze presentate in formato elettronico e/o cartaceo, inerenti l'accreditamento;
2. individua i componenti del Team di verifica da proporre al Dirigente Responsabile;
3. organizza, con il Coordinatore del Team, le verifiche in loco;
4. propone gli atti e i provvedimenti concernenti le procedure relative all'accreditamento a seguito delle risultanze positive o negative, curandone l'istruttoria;

5. supporta nell'organizzazione e nello svolgimento di corsi di aggiornamento, per i Verificatori e il personale afferente all' O.T.A. la segreteria organizzativa in collaborazione con il Settore competente del Dipartimento Tutela della Salute;
6. cura l'istituzione, il mantenimento e l'aggiornamento dell'Elenco dei Verificatori.

#### **Responsabile delle procedure giuridico – legali**

1. cura l'istruttoria delle pratiche concernenti problematiche di carattere giuridico inerenti l'accREDITAMENTO (pre-contenzioso, contenzioso e transazioni);
2. collabora, con il Settore Affari Generali della Direzione Generale Tutela della Salute per gli aspetti di carattere giuridico nella predisposizione di atti regionali (Leggi, D.G.R., Regolamenti ecc.) relativi ai processi di autorizzazione, accREDITAMENTO, accordi contrattuali;
3. supporta il Responsabile delle procedure amministrative nella predisposizione dei provvedimenti di diniego, sospensione o revoca di accREDITAMENTO;
4. partecipa a corsi formativi e di aggiornamento, organizzati dal competente Ufficio della Direzione Generale per Verificatori e personale afferente all'O.T.A..

#### **Responsabile delle Procedure di Vigilanza e Controllo**

1. cura l'istruttoria delle pratiche concernenti la Vigilanza e il controllo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accREDITATE;
2. cura l'istruttoria delle pratiche concernenti gli esiti dell'attività di vigilanza ordinaria e straordinaria effettuata anche da organi ispettivi istituzionali (Carabinieri N.A.S.), ivi incluse le sanzioni amministrative e i relativi ricorsi ai sensi della Legge n. 689/1981 e propone, al Dirigente Responsabile, azioni/atti/provvedimenti di competenza;
3. svolge attività di verifica e controllo di tutta la documentazione di cui agli adempimenti della L.R. n. 4/2011 e s.m.i.;
4. partecipa a corsi formativi e di aggiornamento organizzati dalla Regione Campania.

#### **Coordinamento Valutatori**

Coordinatore dei Valutatori O.T.A. e dei Verificatori delle Commissioni Aziendali per l'autorizzazione e accREDITAMENTO .

1. Supporta, il Responsabile delle Procedure Amministrative, l'organizzazione delle verifiche in loco (convocazione dei Valutatori e Verificatori, individuazione del Team leader, trasmissione dei piani di verifica e della documentazione necessaria ai Valutatori e Verificatori;

2. partecipa alle verifiche in loco;
3. trasmette il verbale di Verifica, redatto dal Team dei Valutatori e Verificatori al Responsabile delle procedure amministrative;
4. partecipa a riunioni pre e post verifica, se ritenute necessarie, per la discussione di particolari problematiche sorte in corso di verifica o per la pianificazione e la conclusione di verifiche di strutture particolarmente complesse ed articolate;
5. partecipa a corsi formativi e di aggiornamento, organizzati dall'Ufficio competente per Verificatori e personale afferente all' O.T.A.;
6. propone la sostituzione dei Valutatori OTA e dei Verificatori, in tutto o in parte, in caso di perdurante inerzia o inadempimento nell'espletamento delle rispettive attività, a seguito di formale segnalazione.

#### **4. PIANIFICAZIONE, EFFETTUAZIONE, VALUTAZIONE DELLE PROPRIE ATTIVITA' ANCHE AL FINE DEL LORO MIGLIORAMENTO**

La pianificazione e l'effettuazione delle attività avvengono secondo le Procedure Gestionali O.T.A., di seguito citate:

Gestione delle informazioni

Gestione delle risorse umane

Gestione del processo di accreditamento

Gestione dei valutatori

Gestione delle verifiche

Gestione del rischio e miglioramento delle performance

Le Procedure Gestionali sono predisposte dagli operatori assegnati all'O.T.A., ciascuno per le proprie competenze, approvate dal Dirigente Responsabile e inserite nel Sistema di Gestione per la Qualità O.T.A.

Il Sistema di Gestione della Qualità viene considerato come una attività strutturata e sistematica, sottoposta a revisione periodica da parte del Direttore Generale per la Tutela della salute, sulla base di obiettivi e relativi indicatori.

#### **5. PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI**

La partecipazione dei cittadini è finalizzata a promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private e può pertanto essere utilizzata dall'OTA per un'analisi critica e sistematica nell'ambito del processo di accreditamento.

Tale partecipazione può avvenire tramite:

- il coinvolgimento di organismi o associazioni rappresentativi dei cittadini quali il Tribunale per i diritti del malato, Cittadinanza attiva o associazioni di pazienti;
- le segnalazioni da parte dei cittadini.

Si può prevedere una partecipazione attiva di tali organismi nell'ambito dei seguenti temi:

- aggiornamento dei requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private;
- valutazione dei cittadini del processo di accreditamento istituzionale.

## **6. RELAZIONI CON I PORTATORI DI INTERESSE**

I portatori di interesse sono, per definizione, "le persone o i gruppi di persone che hanno a vario titolo un legittimo interesse nei confronti delle prestazioni e dei risultati di un'organizzazione".

Nell'ambito dell'accreditamento istituzionale sono individuati quali principali portatori di interesse dell'O.T.A.:

- La Regione /Direzione Generale Salute e Politiche Sanitarie.
- I cittadini in qualità di clienti finali delle prestazioni accreditate.
- Le Aziende sanitarie Locali.
- Gli enti locali che concorrono alle decisioni sulle politiche sociosanitarie.
- Le organizzazioni e associazioni di rappresentanza dei cittadini.
- Le associazioni rappresentative di categorie di attività sanitarie e/o socio sanitarie:
- Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private.

Le relazioni con i vari portatori di interesse permettono all'OTA di migliorare i processi decisionali e la propria operatività.

A tal fine, il Dirigente titolare dell'Unità Operativa Accreditamento, dovrà mantenere costanti ed implementare i rapporti con i portatori di interesse attraverso le seguenti modalità:

- informazione verso i portatori "istituzionali" (Regione, AA.SS.LL., Enti locali);
- informazione/formazione del personale dei presidi sanitari e sociosanitari, pubblici e privati;
- riunioni con le associazioni rappresentative di categorie di attività per la condivisione di nuovi interventi normativi regionali nel campo dell'accreditamento istituzionale;
- informazioni verso i cittadini tramite il sito della Regione Campania che fornisce dettagliati elementi relativi all'operatività (organigramma, modalità di attività, ecc.) e ai risultati finali dell'attività dell'O.T.A. (elenchi aggiornati delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate).