

<p>0REPUBBLICA ITALIANA</p>  <p>Regione Siciliana Assessorato della Salute Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico <i>Area Interdipartimentale 2</i> <i>“Organismo Tecnicamente Accreditante”</i></p>	<p><b>Procedura per l'effettuazione delle verifiche di conformità ai requisiti per l'accreditamento istituzionale effettuate dalle UU.OO.</b></p> <p><b>Accreditamento Istituzionale delle Aziende sanitarie provinciali</b></p>	<p>Proc. ACC 01 Rev. 4.0</p>
<p>Pag. <b>1</b> di <b>11</b></p>		

## INDICE

1. Obiettivo della procedura ..... Pag. 2
2. Campo di applicazione ..... Pag. 2
3. Riferimento a documenti esterni .... Pag. 2
4. Definizioni, abbreviazioni e sigle ..... Pag. 2
5. Destinatari ..... Pag. 4
6. Responsabile ..... Pag. 4
7. Aggiornamento della procedura .... Pag. 4
8. Descrizione delle attività ..... Pag. 5
9. Monitoraggio ..... Pag. 9
10. Archiviazione delle registrazioni .... Pag. 9
11. Allegati ..... Pag. 10

Data 1^ emissione	Data ultima revisione	Redazione	Validazione	Approvazione
29/07/2020	20/03/2024	A. Colucci F.to	S. Perriera F.to	A. Colucci F.to

Id. Doc.	Data	N. Registro Procedure
259612	20 marzo 2024	3/2024

<b>REPUBBLICA ITALIANA</b>  Regione Siciliana Assessorato della Salute Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico <i>Area Interdipartimentale 2</i> <i>“Organismo Tecnicamente Accreditante”</i>	<b>Procedura per l'effettuazione delle verifiche di conformità ai requisiti per l'accreditamento istituzionale effettuate dalle UU.OO.</b> <b>Accreditamento Istituzionale delle Aziende sanitarie provinciali</b>	Proc. ACC 01 Rev. 4.0  Pag. 2 di 11
---	---	--

## 1. OBIETTIVO DELLA PROCEDURA

L'obiettivo della presente procedura è quello di definire i criteri, le modalità operative e le responsabilità relative alla programmazione, pianificazione, esecuzione e gestione delle risultanze delle verifiche presso le strutture sanitarie finalizzate alla concessione dell'accreditamento istituzionale, al fine di garantire che le verifiche siano condotte con modalità omogenee, affidabili, efficaci, riproducibili, efficienti e trasparenti.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica alle verifiche pianificate dall'Organismo Tecnicamente Accreditante dell'Assessorato regionale della Salute ed effettuate dal personale delle UU.OO. Accreditamento Istituzionale delle ASP, presso le strutture sanitarie e sociosanitarie della Regione, escluse le verifiche sui Centri PMA che sono regolate da procedure specifiche.

## 3. PRINCIPALI RIFERIMENTI A DOCUMENTI ESTERNI

- D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502;
- Legge 6 novembre 2012, n. 190;
- D.A. 17 giugno 2002, n. 890;
- D.P.R.S. 27 giugno 2019, n. 12, pubblicato nella G.U.R.S. del 17 luglio 2019, n. 33;
- D.A. 17 giugno 2002, n. 890;
- D.A. 4 luglio 2023, n. 741 pubblicato nella G.U.R.S. del 14 luglio 2023, n. 29;
- D.A. 9 gennaio 2024, n. 20, pubblicato nella G.U.R.S. del 26 gennaio 2024, n. 5;
- Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall'[ANAC](#)
- Piano Integrato di Attività e Organizzazione ([PIAO](#))
- Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Siciliana

## 4. DEFINIZIONI, ABBREVIAZIONI E SIGLE

**Azione correttiva:** Attività finalizzata alla rimozione delle cause di non conformità per le quali è possibile realizzare, in tempi brevi, un intervento la cui attuazione è verificabile senza effettuare una visita

**Centro PMA:** Centro autorizzato e/o accreditato all'impiego delle tecniche di procreazione medicalmente assistita

**Checklist:** strumento di rilevazione a supporto della raccolta di evidenze per valutare la conformità ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi

<p>0REPUBBLICA ITALIANA</p>  <p>Regione Siciliana Assessorato della Salute Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico <i>Area Interdipartimentale 2</i> <i>“Organismo Tecnicamente Accreditante”</i></p>	<p><b>Procedura per l'effettuazione delle verifiche di conformità ai requisiti per l'accreditamento istituzionale effettuate dalle UU.OO.</b> <b>Accreditamento Istituzionale delle Aziende sanitarie provinciali</b></p>	<p>Proc. ACC 01 Rev. 4.0</p>
		<p>Pag. 3 di 11</p>

**Checklist per la verifica dei requisiti generali:** strumento utilizzato a supporto della raccolta di evidenze per valutare la conformità ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui agli Allegati al D.A. 9 gennaio 2024, n. 20

**Conformità al requisito:** pieno soddisfacimento di un requisito

**DASOE:** Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale della Salute

**DPS:** Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato Regionale della Salute

**Evidenza:** registrazioni, dichiarazioni di fatti o altre informazioni pertinenti ai requisiti da verificare

**GdV:** Gruppo di Verifica per la valutazione del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie e sociosanitarie composto da soggetti designati dal Direttore della U.O. Accreditamento istituzionale dell'ASP

**Non conformità:** mancato soddisfacimento di un requisito

**OTA:** Organismo Tecnicamente Accreditante (Area Interdipartimentale 2 – OTA dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana)

**Piano di Adeguamento:** Programma delle attività che, in seguito al riscontro di una o più non conformità, la struttura sanitaria o sociosanitaria intende realizzare per pervenire al soddisfacimento pieno di uno o più requisiti parzialmente soddisfatti o non soddisfatti

**Piano di Audit:** programma delle attività da svolgere durante la visita

**Rapporto di verifica:** documento redatto e sottoscritto dal GdV nel quale sono riportati gli esiti della verifica

**Requisito generale:** caratteristica strutturale, tecnologica e organizzativa, di carattere generale definita dal D.A. 9 gennaio 2024, n. 20, che deve essere posseduta dalla struttura sanitaria o sociosanitaria oggetto della verifica

**Requisito specifico:** caratteristica strutturale, tecnologica e organizzativa, definita dalla legislazione vigente regionale, differente a seconda della tipologia di prestazioni erogate, che deve essere posseduta dalla struttura sanitaria o sociosanitaria oggetto della verifica

**Scheda di accesso:** Documento sottoscritto dal Coordinatore del GdV e dal legale rappresentante contenente le annotazioni sulle attività realizzate nel corso della visita

**Servizio competente del DPS:** Servizio 4 “Programmazione ospedaliera”, Servizio 8 “Programmazione territoriale”, Servizio 9 “Tutela della fragilità e integrazione sociosanitaria” del DPS responsabili, in ragione della tipologia di struttura, della gestione dei procedimenti amministrativi di concessione dell'accreditamento

<p>REPUBBLICA ITALIANA</p>  <p>Regione Siciliana Assessorato della Salute Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico Area Interdipartimentale 2 “Organismo Tecnicamente Accreditante”</p>	<p><b>Procedura per l'effettuazione delle verifiche di conformità ai requisiti per l'accreditamento istituzionale effettuate dalle UU.OO.</b></p> <p><b>Accreditamento Istituzionale delle Aziende sanitarie provinciali</b></p>	<p>Proc. ACC 01 Rev. 4.0</p> <p>Pag. 4 di 11</p>
--	--	--

**Validazione del rapporto di verifica:** Processo di valutazione degli esiti della verifica svolto dal Personale DASOE per la validazione del Rapporto di verifica

**Valutatori:** Professionisti incaricati dello svolgimento delle verifiche

**Verifica:** Processo sistematico, indipendente e documentato finalizzato al riscontro delle evidenze oggettive della soddisfazione di requisiti predeterminati

**Visita:** Accesso presso la sede di una struttura, svolto nell'ambito di una verifica, finalizzato al riscontro delle evidenze oggettive della soddisfazione di requisiti predeterminati

## 5. DESTINATARI

La procedura viene applicata dal personale dell'OTA, dai Direttori delle U.O. Accreditamento istituzionale delle Aziende Sanitarie Provinciali e dai Componenti del GdV designati per l'effettuazione delle verifiche.

## 6. RESPONSABILI

Sono responsabili del corretto svolgimento della procedura, per la parte di rispettiva competenza, gli operatori delle strutture coinvolte nel procedimento di verifica: Area Interdipartimentale 2 - OTA dell'Assessorato della Salute, Dipartimenti di Prevenzione delle ASP della Regione e componenti del GdV. Il dirigente dell'OTA ha la responsabilità di coordinare le attività in modo tale da creare le condizioni per una corretta applicazione della procedura.

## 7. AGGIORNAMENTO DELLA PROCEDURA

La presente procedura può essere aggiornata per:

- adeguamento e modifiche normative sopravvenute;
- adeguamento a modifiche organizzative;
- migliorare l'attività di verifica.

La presente versione della Procedura introduce le seguenti modifiche rispetto alla precedente:

- ✓ Sono stati aggiornati i riferimenti normativi
- ✓ I modelli allegati sono stati allineati al D.A. 4 luglio 2023, n. 741 e al D.A. 9 gennaio 2024, n. 20
- ✓ Sono stati precisati i compiti del Coordinatore del Gruppo di Verifica
- ✓ Sono stati modificati i tempi per la trasmissione del rapporto di verifica
- ✓ Sono state eliminate le checklist per la verifica di conformità ai requisiti generali ora disponibili nei Manuali MRG-MonoP e MRG-MultiP

<p>0REPUBBLICA ITALIANA</p>  <p>Regione Siciliana Assessorato della Salute Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico <i>Area Interdipartimentale 2</i> <i>“Organismo Tecnicamente Accreditante”</i></p>	<p><b>Procedura per l'effettuazione delle verifiche di conformità ai requisiti per l'accreditamento istituzionale effettuate dalle UU.OO.</b></p> <p><b>Accreditamento Istituzionale delle Aziende sanitarie provinciali</b></p>	<p>Proc. ACC 01 Rev. 4.0</p>
<p>Pag. 5 di 11</p>		

## 8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

### 8.1 Generalità

Le verifiche sono effettuate su incarico dell'OTA con riferimento ad un procedimento avviato dai Servizi competenti del DPS.

Le verifiche sono sempre effettuate da personale dell'U.O. Accreditamento Istituzionale del Dipartimento di Prevenzione affiancato, se necessario, da personale di altre strutture dell'ASP in ragione delle competenze richieste per l'attività di verifica.

### 8.2 Avvio del processo di verifica

Il processo di verifica è avviato dall'U.O. Accreditamento Istituzionale su incarico dell'OTA. Le verifiche sono effettuate dall'U.O. Accreditamento istituzionale dell'Azienda sanitaria provinciale nel cui territorio insiste la struttura sanitaria oggetto della verifica, a meno che la verifica riguardi una struttura pubblica dipendente dall'Azienda sanitaria provinciale. In tal caso le verifiche sono svolte dall'U.O. Accreditamento istituzionale di una Azienda sanitaria provinciale diversa, per territorio, da quella in cui ha sede la struttura pubblica da verificare.

### 8.3 Costituzione del gruppo di verifica

Al verificarsi delle condizioni di cui al precedente punto 8.2, l'U.O. Accreditamento istituzionale, compatibilmente con le risorse disponibili, provvede a costituire il Gruppo di Verifica (GdV), costituito comunque da almeno due Valutatori, incaricando formalmente i componenti nel rispetto dei seguenti criteri generali:

- Rotazione nell'assegnazione degli incarichi di verifica;
- Assenza di conflitti interesse da parte dei componenti del GdV.

Tra i componenti del GdV è individuato un Coordinatore che svolge i seguenti compiti:

- Tiene i rapporti con la struttura oggetto di verifica
- È responsabile della conduzione dell'audit e della raccolta delle registrazioni dell'audit
- Trasmette il resoconto della verifica all'OTA.

Ciascun componente del GdV è tenuto a sottoscrivere una *“Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi ed impegno alla riservatezza”*, come previsto dalla normativa per la prevenzione della corruzione e, in particolare, dall'art. 6-bis della Legge 7 agosto 1990, n. 241 e dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza della Regione Siciliana, conformemente al modello allegato.

Nel caso in cui la struttura da sottoporre a verifica abbia sede in un Comune diverso da quello in cui ha sede l'U.O. Accreditamento, i componenti del GdV sono autorizzati all'espletamento delle attività conformemente alle procedure in uso presso l'ASP.

<p><b>0REPUBBLICA ITALIANA</b></p>  <p>Regione Siciliana Assessorato della Salute Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico <i>Area Interdipartimentale 2</i> <i>“Organismo Tecnicamente Accreditante”</i></p>	<p><b>Procedura per l'effettuazione delle verifiche di conformità ai requisiti per l'accreditamento istituzionale effettuate dalle UU.OO.</b></p> <p><b>Accreditamento Istituzionale delle Aziende sanitarie provinciali</b></p>	<p>Proc. ACC 01 Rev. 4.0</p>
		<p>Pag. 6 di 11</p>

## **8.4 Pianificazione della verifica**

Formalizzato l'incarico ai componenti del GdV ed acquisite le dichiarazioni di cui al punto precedente, l'U.O. Accreditamento istituzionale preannuncia la visita alla struttura da sottoporre a verifica inviando una comunicazione e un Piano di audit, conformi ai modelli allegati, in cui sono indicati:

- i nominativi dei valutatori
- il motivo della visita
- i requisiti oggetto di valutazione
- le modalità di effettuazione della visita
- i documenti che devono essere messi a disposizione del GdV prima dell'effettuazione della visita in ragione della tipologia di struttura secondo la classificazione adottata dal D.A. 9 gennaio 2024, n. 20<sup>1</sup>
- i documenti e le risorse che dovranno essere messi a disposizione del GdV durante l'effettuazione della visita
- le figure professionali della struttura che dovranno essere presenti durante la visita.

La visita non è preannunciata nel caso in cui la verifica sia effettuata con riferimento a segnalazioni di criticità, comunque pervenute.

## **8.5 Modalità di comportamento del GdV durante e dopo la visita**

L'atteggiamento del GdV è improntato a discrezione, rispetto degli interlocutori ed è propositivo rispetto ad eventuali criticità riscontrate.

Per favorire la massima attenzione al compito assegnato durante la visita i telefoni cellulari sono tenuti in modalità silenziosa ed utilizzati solo per le emergenze.

Tutti i componenti del GdV sono tenuti a mantenere assoluta riservatezza circa qualsiasi fatto, circostanza, notizia o dato, che non siano già legittimamente di dominio pubblico, riguardanti qualsiasi persona fisica o giuridica, di cui verranno a conoscenza nello svolgimento dell'incarico in questione.

## **8.6 Svolgimento della visita**

La visita ha inizio con una breve riunione alla quale partecipano la Direzione della struttura e le figure professionali richieste. Nella riunione con la struttura si definisce il programma della visita e vengono individuati i professionisti di riferimento per gli ambiti da valutare.

Per quelle tipologie di strutture per le quali sono disponibili Manuali adottati dall'OTA le verifiche sono svolte conformemente ai criteri del Manuale utilizzando gli strumenti allegati al Manuale.

<sup>1</sup> Il Piano di Audit è personalizzato con riferimento alla tipologia di strutture secondo la classificazione adottata dal D.A. 9 gennaio 2024, n. 20

<b>REPUBBLICA ITALIANA</b>  Regione Siciliana Assessorato della Salute Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico <i>Area Interdipartimentale 2</i> <i>“Organismo Tecnicamente Accreditante”</i>	<b>Procedura per l'effettuazione delle verifiche di conformità ai requisiti per l'accreditamento istituzionale effettuate dalle UU.OO.</b> <b>Accreditamento Istituzionale delle Aziende sanitarie provinciali</b>	Proc. ACC 01 Rev. 4.0  Pag. 7 di 11
---	---	--

La conformità ai requisiti specifici, se non è disponibile un Manuale, è valutata sulla base delle checklist in uso presso l’U.O. Accreditamento Istituzionale, con riferimento ai requisiti definiti dalla normativa di settore.

La verifica di conformità ai requisiti generali è sempre eseguita utilizzando i Manuali adottati dall’OTA.

Al termine della visita il GdV si riunisce per chiudere la verifica ed informare, brevemente e in termini generali, i responsabili della struttura sui risultati.

### **8.7 Esito della verifica**

La conformità, o meno, a ciascun requisito si basa su evidenze oggettive e documentate ottenute attraverso l’analisi documentale (svolta prima della visita e durante la visita), le interviste e l’osservazione sul campo. Nelle Checklist deve essere riportata, per ciascuna evidenza, alternativamente:

- ✓ la valutazione di conformità “C”;
- ✓ la valutazione di non conformità “NC” che deve essere sempre motivata;
- ✓ la valutazione “Non applicabile” “NA” che deve essere sempre motivata, nel caso in cui l’evidenza non si applichi al caso concreto perché sottoposta a condizione;
- ✓ la dizione “Non valutabile” “NV” che deve essere sempre motivata, riservata alle evidenze per le quali specifiche previsioni normative consentono valutazioni differite, ovvero, nel caso di strutture non attive, per quelle evidenze che possono essere valutate esclusivamente in costanza di attività.

In caso di valutazione **NC**, **NA** o **NV** deve essere indicato, per ciascuna valutazione, l’elemento o gli elementi valutato/i (anche diversi da quelli indicati nella colonna “Elementi di valutazione”) che hanno determinato l’esito della valutazione affinché sia possibile ricostruire il processo di valutazione e, in caso di valutazione di **NC**, restituire alla struttura un’informazione precisa sulle non conformità rilevate ai fini della eventuale predisposizione di azioni correttive o piani di miglioramento. L’elemento valutato deve essere univocamente identificabile e, pertanto, è necessario annotare la codifica e la data di adozione del documento ovvero qualsiasi altro elemento utile alla individuazione dell’elemento valutato. Nessuna valutazione è riportata in corrispondenza delle evidenze e dei requisiti la cui valutazione è a cura dell’Assessorato regionale della Salute.

### **8.8 Conclusione delle attività di verifica**

Le attività di verifica si concludono come segue:

- a. Al termine della visita il Coordinatore del GdV e il responsabile legale della struttura sottoscrivono la Scheda di accesso nella quale è elencata la documentazione richiesta dal Piano di audit che non è stata resa disponibile; eventuale altra documentazione esaminata; le osservazioni formulate dalla struttura. Una copia della Scheda di accesso è rilasciata alla struttura.

<p>0REPUBBLICA ITALIANA</p>  <p>Regione Siciliana Assessorato della Salute Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico <i>Area Interdipartimentale 2</i> <i>“Organismo Tecnicamente Accreditante”</i></p>	<p><b>Procedura per l'effettuazione delle verifiche di conformità ai requisiti per l'accreditamento istituzionale effettuate dalle UU.OO.</b> <b>Accreditamento Istituzionale delle Aziende sanitarie provinciali</b></p>	<p>Proc. ACC 01 Rev. 4.0</p>
		<p>Pag. 8 di 11</p>

- b. Le risultanze della verifica sono riportate dal GdV nel Rapporto di Verifica, redatto secondo i modelli allegati, che viene firmato da tutti i componenti del GdV e trasmesso all'OTA, a cura del Coordinatore del GdV, entro dieci giorni dalla conclusione della visita. Nel Rapporto di Verifica è indicata la conformità o la non conformità della struttura ai requisiti. Al rapporto di verifica sono allegati:
- Scheda di accesso;
  - Checklist;
  - Schede di validazione dei documenti (se per la tipologia di struttura è disponibile un Manuale)
  - Schede delle interviste (se per la tipologia di struttura è disponibile un Manuale)
- c. L'OTA valida il Rapporto di verifica eseguendo un controllo logico-formale e di completezza sul Rapporto trasmesso dal GdV e sulla documentazione allegata. Eventuali incongruenze vengono discusse e chiarite con il GdV.
- d. Validato il Rapporto di verifica, in caso di non conformità per le quali è possibile realizzare, in tempi brevi, un'azione correttiva la cui attuazione è verificabile senza effettuare una visita ai fini della valutazione dell'esito, l'OTA assegna alla struttura un tempo adeguato per lo svolgimento delle attività necessarie, al termine del quale i risultati ottenuti dalla struttura sono valutati dall'OTA congiuntamente al GdV.
- e. L'OTA comunica al Servizio competente del DPS, entro dieci giorni dalla validazione del Rapporto di verifica, ovvero dal completamento delle azioni correttive, l'esito finale della verifica.
- f. Il Servizio competente del DPS effettua le valutazioni di competenza e avvia le azioni consequenziali al fine della conclusione del procedimento conformemente a quanto disposto dal D.A. 741/2023.
- g. Per la risoluzione delle non conformità rilevate il Servizio competente del DPS può richiedere alla struttura la predisposizione di un piano di adeguamento, sul quale l'OTA esprime un parere di idoneità ai fini della risoluzione delle non conformità.
- h. Dopo la realizzazione del piano di adeguamento, l'OTA verifica l'effettiva risoluzione delle non conformità anche mediante una visita aggiuntiva, se necessario. L'esito delle verifiche è comunicato al Servizio competente del DPS ai fini della conclusione del procedimento conformemente a quanto disposto dal D.A. 741/2023.

<b>0REPUBBLICA ITALIANA</b>  Regione Siciliana Assessorato della Salute Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico <i>Area Interdipartimentale 2</i> <i>“Organismo Tecnicamente Accreditante”</i>	<b>Procedura per l'effettuazione delle verifiche di conformità ai requisiti per l'accreditamento istituzionale effettuate dalle UU.OO.</b> <b>Accreditamento Istituzionale delle Aziende sanitarie provinciali</b>	Proc. ACC 01 Rev. 4.0  Pag. 9 di 11
--	---	--

## 9. MONITORAGGIO

Il monitoraggio della corrispondenza delle attività realizzate alla presente procedura è effettuato con le modalità definite dalla Procedura OTA02 *“Procedura per la verifica della corretta applicazione delle procedure adottate dall’OTA e per la validazione dei Rapporti di Verifica trasmessi dai GdV”*, nella sua versione vigente.

## 10. ARCHIVIAZIONE DELLE REGISTRAZIONI

Tutte le registrazioni e i documenti originati dal processo di valutazione sono archiviati a cura dell’OTA e, conformemente alle procedure in uso presso il Dipartimento di Prevenzione, della U.O. Accreditamento istituzionale, secondo modalità formalmente definite, in archivi cartacei e/o informatici protetti dall’accesso esterno (firewall) e posizionati in cartelle ad accesso profilato.

<p>0REPUBBLICA ITALIANA</p>  <p>Regione Siciliana Assessorato della Salute Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico Area Interdipartimentale 2 "Organismo Tecnicamente Accreditante"</p>	<p><b>Procedura per l'effettuazione delle verifiche di conformità ai requisiti per l'accreditamento istituzionale effettuate dalle UU.OO.</b> <b>Accreditamento Istituzionale delle Aziende sanitarie provinciali</b></p>	<p>Proc. ACC 01 Rev. 4.0</p>
		<p>Pag. 10 di 11</p>

## 11. ALLEGATI

01	<b>MOD ACC01_v4.0 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA:</b> Modello di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi ed impegno alla riservatezza	
02	<b>MOD ACC01_v4.0 COMUNICAZIONE UO ACC:</b> Comunicazione di avvio della verifica e trasmissione Piano di Audit	
03	<b>MOD ACC01_v4.0_B1 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture non residenziali semplici Mono presidio	
04	<b>MOD ACC01_v4.0_B2 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture non residenziali complesse Mono presidio	
05	<b>MOD AUT01_v4.0_B3 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture Polispecialistiche Mono presidio	
06	<b>MOD ACC01_v4.0_B4 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture semiresidenziali Mono presidio	
07	<b>MOD ACC01_v4.0_B5 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture residenziali Mono presidio	
08	<b>MOD ACC01_v4.0_B6 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture Polivalenti Mono presidio	
09	<b>MOD ACC01_v4.0_B7 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture che erogano Cure Domiciliari Mono presidio	
10	<b>MOD ACC01_v4.0_B8 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture di ricovero per acuti in regime ordinario Mono presidio	
11	<b>MOD ACC01_v4.0_B9 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture di assistenza ospedaliera in regime diurno Mono presidio	
12	<b>MOD ACC01_v4.0_D1 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le Aziende Multi presidio	
13	<b>MOD ACC01_v4.0_D2 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture non residenziali semplici Multi presidio	
14	<b>MOD ACC01_v4.0_D3 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture non residenziali complesse Multi presidio	



15	<b>MOD AUTO1_v4.0_D4 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture Polispecialistiche Multi presidio	
16	<b>MOD ACC01_v4.0_D5 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture semiresidenziali Multi presidio	
17	<b>MOD ACC01_v4.0_D6 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture residenziali Multi presidio	
18	<b>MOD ACC01_v4.0_D7 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture Polivalenti Multi presidio	
19	<b>MOD ACC01_v4.0_D8 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per strutture che erogano Cure Domiciliari Multi presidio	
20	<b>MOD ACC01_v4.0_D9 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture di ricovero per acuti in regime ordinario Multi presidio	
21	<b>MOD ACC01_v4.0_D10 PIANO DI AUDIT:</b> Piano di audit per le strutture di assistenza ospedaliera in regime diurno Multi presidio	
22	<b>MOD ACC01_v4.0 SCHEDA DI ACCESSO:</b> Scheda di accesso	
23	<b>MOD ACC01_v4.0_5.1:</b> Rapporto di verifica con dichiarazione di conformità	
24	<b>MOD ACC01_v4.0_5.2:</b> Rapporto di verifica con dichiarazione di NON conformità	