

☐ originale☒ copia controllata informatica☐ copia controllata cartacea _____ N. _____☐ copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ☐ bozza

La sezione 9 del manuale descrive il sistema di monitoraggio e valutazione della qualità sanitaria, finalizzato a verificare le prestazioni, il raggiungimento degli obiettivi e l'efficacia dei processi assistenziali e organizzativi.

Redazione

Iole Foti, Infermerie, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico; **Gabriella Patanè**, Coordinatore, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico; **Federica Nicolosi**, Collaboratore Amministrativo, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico; **Marco Torrisi**, Dirigente Medico, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico

Verifica**Vincenzo Parrinello**

Responsabile U.O. per la Qualità e Rischio Clinico

Valentina Restivo

Referente per la Qualità Settore Amministrativo

Approvazione**Monica A. Castro**

Direttore Amministrativo

Antonio Lazzara

Direttore Sanitario

Ratifica**Giorgio Giulio Santonocito**

Direttore Generale

La presente sezione del manuale è la revisione della versione Ed. 4 rev. 00 del 28 agosto 2020, aggiornato per adeguarla ai requisiti previsti dal DA 20/2024 “Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture”, alla norma UNI ISO 7101:2024 “Gestione delle organizzazioni sanitarie – Sistemi di gestione della qualità nelle organizzazioni sanitarie – Requisiti” ed al manuale JCI ed. 8°-2025

INDICE

SEZIONE 9	Valutazione delle prestazioni	5
9.1	Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione	5
9.1.1	Generalità.....	5
9.1.2	Indicatori della qualità sanitaria	5
9.1.3	Metodi	9
9.1.4	Risultati	9
9.2	Audit interno	9
9.2.1	Generalità.....	9
9.2.2	Programma di audit interno	9
9.3	Riesame di direzione	10
9.3.1	Generalità.....	10
9.3.2	Elementi in ingresso per il riesame di direzione	10
9.3.3	Risultati del riesame di direzione	11

SEZIONE 9

Valutazione delle prestazioni

9.1

Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione

9.1.1

Generalità

L'AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania ha stabilito un sistema di monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione delle prestazioni e dell'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità, in coerenza con la Politica per la Qualità e con i requisiti applicabili garantendo che il sistema di monitoraggio sia attuato in modo efficace ed efficiente, assicurando la disponibilità di dati e informazioni attendibili, tempestivi e idonei a supportare i processi decisionali e il miglioramento continuo.

La Direzione Aziendale ha definito le responsabilità e le modalità di attuazione del sistema di monitoraggio, che interessa:

- a) l'intera organizzazione aziendale, comprese le articolazioni organizzative, le strutture operative e i servizi tramite gli indicatori di gestione tenuti sotto controllo dall'U.O. Controllo di gestione e SIS;
- b) gli obiettivi strategici e operativi tramite gli indicatori del monitoraggio della qualità i cui risultati sono diffusi mediante report elaborati dell'UOS per la Qualità e il Rischio, disponibili nella pagina “[report](#)” della sezione qualità e rischio del sito internet aziendale.

I risultati delle attività di monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione sono registrati e conservati quali informazioni documentate, costituendo evidenza dell'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità e supporto ai processi di riesame della Direzione e di miglioramento continuo.

9.1.2

Indicatori di gestione

Gli indicatori di gestione consentono alla Direzione di verificare i volumi di attività, l'efficienza, la sostenibilità economica e la performance organizzativa.

Tali indicatori comprendono:

- il numero di ricoveri/prestazioni,
- il numero di interventi chirurgici,
- la degenza media,
- il peso medio,
- il fatturato prodotto.

9.1.3

Indicatori della qualità sanitaria

L'AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania ha individuato i seguenti gli ambiti oggetto di monitoraggio nell'ambito del Sistema di Gestione per la Qualità, al fine di valutarne l'efficacia, l'efficienza e l'adeguatezza, nonché di promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni erogate:

- Esiti attività cliniche, come descritti nel report degli indicatori del PNE;
- Sicurezza del paziente, come descritto nelle relazioni di audit;
- Tempi di attesa, come descritto nei *report tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali* prodotti dall'UOS Governo delle liste di attesa, pubblicati nella pagina liste di attesa della sezione amministrazione trasparente del sito internet aziendale;
- Esperienza del servizio, attraverso le valutazioni della qualità percepita con i relativi report, elaborati dall'UOS Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione;
- Uso appropriato delle risorse e riduzione degli sprechi nella prescrizione di esami di laboratorio inappropriate, come descritto nelle relazioni predisposte dall'UOS per la Qualità e Rischio Clinico.

a) Esiti delle attività cliniche

Gli esiti delle attività cliniche e non cliniche sono monitorati al fine di valutare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza dei processi assistenziali e organizzativi.

In particolare, le attività cliniche sono monitorate attraverso:

- gli **indicatori del Programma Nazionale Esiti** (PNE), con particolare riferimento agli indicatori di esito, agli indicatori di appropriatezza relativi alle procedure a rischio di inappropriatezza, nonché agli indicatori di mortalità e di riammissione entro 30 giorni dalla dimissione;

- un sistema periodico di valutazione dell'**appropriatezza prescrittiva di specifiche indagini di laboratorio**, finalizzato a promuovere l'appropriatezza clinica e l'uso razionale delle risorse.

b) Sicurezza del paziente

Il monitoraggio degli aspetti inerenti alla sicurezza del paziente comprende la rilevazione e l'analisi degli eventi avversi, dei near miss, delle situazioni di rischio e dell'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese.

A tal fine, l'Azienda si avvale dei seguenti strumenti:

- il sistema di **segnalazione riservata e confidenziale dei near miss e degli eventi avversi**, mediante il modulo M_PQ-2_3 "[Segnalazione incidenti mancati/eventi avversi](#)";
- il sistema di **segnalazione delle cadute dei pazienti**, mediante il modulo M_R-S-3_2 "[Scheda di descrizione della caduta del paziente](#)";
- il sistema di **segnalazione degli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari**, mediante la scheda di segnalazione prevista dall'Allegato 2 delle "[Linee guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana](#)", approvate con D.A. n. 1603 del 21 dicembre 2023, disponibile nella sezione Modulistica della pagina aziendale dedicata alla Qualità e Rischio Clinico, anche tramite [modulo in versione informatica](#);
- il sistema di **rilevazione delle non conformità relative alle attività di sanificazione** delle aree classificate a rischio bassissimo, basso, medio e alto, nonché delle aree esterne, mediante i moduli [M PGS-37_7](#), [M PGS-37_8](#), [M PGS-37_9](#), [M PGS-37_10](#) e [M PGS-37_11](#), disponibili nella pagina "[Modulistica](#)" della sezione del sito web aziendale dedicata alla Qualità e Rischio Clinico;
- il monitoraggio dello **stato di attuazione e dell'efficacia delle azioni di miglioramento** pianificate, documentate nei Piani di Miglioramento mediante il modello [M PQ-4_1](#).

Le informazioni acquisite sono analizzate periodicamente dall'U.O. Qualità e Rischio Clinico e dalle strutture competenti e costituiscono elemento di supporto alla valutazione dei rischi, al monitoraggio delle prestazioni del Sistema di Gestione per la Qualità, alla definizione delle azioni di miglioramento e al Riesame della Direzione.

a) Strategie e i risultati di identificazione, minimizzazione e mitigazione del rischio (clinico e non clinico)

L'AOUP di Catania assicura la gestione sistematica dei rischi clinici e non clinici mediante l'identificazione, l'analisi, la valutazione, il trattamento e il monitoraggio dei fattori di rischio che possono incidere sulla sicurezza dei pazienti, degli operatori, dei visitatori, nonché sulla continuità e sulla qualità dei processi assistenziali e di supporto.

A tal fine, l'Azienda adotta metodologie e strumenti finalizzati alla rilevazione, valutazione e gestione dei rischi, tra cui:

- la valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori mediante il *Documento di Valutazione dei Rischi* (DVR), comprensivo delle misure di prevenzione e protezione e del relativo programma di miglioramento;
- la mappatura e l'analisi dei processi aziendali e dei relativi rischi, riportata nel punto 7 di ogni procedura aziendale;
- le attività di valutazione proattiva del rischio, mediante metodologie strutturate (quali, ove applicabili, FMEA/FMECA, Audit, Safety Walkaround e Global Trigger Tool);
- l'analisi reattiva degli eventi avversi e dei near miss, mediante Root Cause Analysis;
- il monitoraggio dell'attuazione e dell'efficacia delle azioni correttive, preventive e di miglioramento adottate;
- il riesame periodico dei rischi e delle misure di mitigazione nell'ambito delle attività di governo clinico e del Sistema di Gestione per la Qualità.

b) Continuità assistenziale e l'appropriatezza dei percorsi di cura

L'AOUP di Catania monitora la capacità dell'organizzazione di garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza dei percorsi di cura, assicurando l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali e la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso di cura.

In particolare, la continuità assistenziale è monitorata mediante:

- la corretta gestione delle dimissioni e dei trasferimenti intraospedalieri e interospedalieri;
- la continuità delle cure nelle transizioni tra i diversi setting assistenziali, nonché tra l'Azienda e gli altri erogatori di servizi sanitari e sociosanitari;
- la completezza e la tempestività della documentazione clinica e delle informazioni trasmesse in occasione dei trasferimenti e delle dimissioni;
- l'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) e dei percorsi organizzativi adottati dall'Azienda;
- gli esiti delle attività di coordinamento con i servizi territoriali, le strutture della rete ospedaliera e gli altri soggetti coinvolti nella presa in carico del paziente.

Il monitoraggio è effettuato attraverso:

- la verifica della corretta compilazione della lettera di dimissione e della tempestiva consegna al paziente;
- il tempo di permanenza in Pronto Soccorso (boarding)
- il monitoraggio dei tempi di dimissione e dei trasferimenti intraospedalieri e interospedalieri;
- la verifica della corretta attuazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) aziendali;
- il monitoraggio della presa in carico dei pazienti fragili e dei pazienti con patologie croniche, anche mediante audit clinico-organizzativi;
- la verifica della completezza della documentazione clinica trasmessa in occasione del trasferimento del paziente ad altra struttura o ad altro livello assistenziale;
- il monitoraggio delle riammissioni ospedaliere entro 30 giorni per patologie selezionate, quale indicatore indiretto della continuità e dell'appropriatezza delle cure;
- la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e delle dimissioni mediante audit delle cartelle cliniche e indicatori aziendali;
- il monitoraggio delle consulenze interne e dei tempi di presa in carico da parte delle strutture specialistiche coinvolte nel percorso assistenziale;
- le dimissioni protette verso ADI, RSA o altre strutture territoriali.

c) Tempi di attesa

Il monitoraggio dei tempi di attesa è effettuato attraverso:

- la rilevazione dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, con riferimento alle classi di priorità previste dalla normativa vigente;
- il monitoraggio dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici programmati, distinti per classe di priorità;
- la rilevazione dei tempi di permanenza e di presa in carico dei pazienti in Pronto Soccorso, nonché dei tempi di trasferimento ai reparti di degenza;
- il monitoraggio dei tempi di erogazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ritenute prioritarie;
- la verifica periodica del rispetto degli standard aziendali e regionali in materia di liste di attesa;
- l'analisi degli scostamenti rispetto agli obiettivi programmati e l'adozione delle conseguenti azioni di miglioramento.

d) Esperienza del servizio

L'AOUP di Catania monitora l'esperienza dell'utente del servizio al fine di valutare la qualità percepita dell'assistenza, l'accessibilità ai servizi, l'efficacia della comunicazione, il coinvolgimento dell'utente nei processi decisionali e l'umanizzazione delle cure, promuovendo il miglioramento continuo dei percorsi assistenziali.

Le informazioni raccolte sono analizzate periodicamente dalla Direzione Aziendale e dalle strutture competenti e costituiscono elemento di valutazione dell'efficacia dei processi

assistenziali e organizzativi, nonché supporto alla pianificazione delle azioni di miglioramento.

e) **Uso appropriato delle risorse e riduzione degli sprechi**

L'AOUP di Catania promuove l'utilizzo appropriato delle risorse anche mediante l'applicazione dei principi della **Lean Organization**, finalizzati all'individuazione e alla riduzione delle attività che non generano valore per il paziente.

A tal fine ha identificato 7 tipologie di sprechi, che riguardano sia aspetti organizzativi che clinici:

1. Esecuzione routinaria di indagini di laboratorio inappropriate (**sovra-lavorazione**), come ad esempio richiedere routinariamente l'azotemia per valutare la funzionalità renale, l'AST per valutare la funzionalità epatica, l'amilasi per valutare il danno pancreatico, il CPK-MB per la diagnosi di infarto miocardico;
2. Esecuzione di prestazioni sanitarie in un setting assistenziale inappropriate, ad esempio erogare una prestazione ricovero ordinario piuttosto che in DH, eseguire un intervento di piccola chirurgia in sala operatoria piuttosto che in un ambulatorio chirurgico (**sovra-produzione**);
3. Reinterventi chirurgici o prolungamento della degenza (**ri-lavorazione**), per errori ed eventi avversi;
4. Attese non necessarie, come ad esempio, prima dell'avvio dell'attività chirurgica in sala operatoria o tra un intervento ed un altro, approvvigionamenti incongrui, sotto-utilizzo di tecnologie sanitarie (**giacenza**);
5. Scarsa attenzione alle opinioni ed alle idee innovative dei professionisti (**intelletto**);
6. Gestione dei trasporti dei pazienti per eseguire consulenze all'interno dello stesso presidio ospedaliero (**trasporto**);
7. Esecuzione di attività assistenziali inappropriate o non basate sulle evidenze (**movimento**).

Il monitoraggio è effettuato attraverso:

- l'analisi dell'appropriatezza prescrittiva di farmaci, dispositivi medici, esami diagnostici e prestazioni sanitarie;
- il monitoraggio dei consumi di farmaci, dispositivi medici, materiali sanitari e altri beni di consumo, anche mediante indicatori di utilizzo e di spesa;
- la rilevazione degli sprechi e delle non conformità nei processi logistici, assistenziali e di supporto;
- il monitoraggio dei consumi energetici, idrici e delle altre risorse, nonché della produzione e della corretta gestione dei rifiuti sanitari e non sanitari;
- la valutazione dell'attuazione di interventi di efficientamento organizzativo e di razionalizzazione dei processi;
- il monitoraggio degli obiettivi aziendali di sostenibilità e dell'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese.

Le informazioni raccolte sono analizzate periodicamente dalla Direzione Aziendale e dalle strutture competenti al fine di individuare opportunità di miglioramento, ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili e promuovere la sostenibilità economica, ambientale e organizzativa dell'Azienda.

f) **Elementi e processi prioritari individuati dalla Direzione Aziendale**

La Direzione Aziendale ha individuato e monitora gli elementi e i processi ritenuti prioritari per il conseguimento degli obiettivi strategici, la gestione dei rischi e il mantenimento dell'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità.

Gli elementi prioritari oggetto di monitoraggio sono individuati dalla Direzione Aziendale sulla base:

- dell'analisi del contesto,
- dei rischi,
- degli audit,
- degli indicatori.

Sono oggetto di monitoraggio prioritario:

- il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi definiti dalla Direzione Aziendale;
- lo stato di attuazione dei Piani di Miglioramento e delle azioni correttive e preventive;
- l'efficacia dei processi aziendali ritenuti critici per la qualità e la sicurezza delle cure;
- gli indicatori di performance delle strutture organizzative e dei processi trasversali;
- gli esiti degli audit interni ed esterni, delle verifiche ispettive e dei procedimenti di autorizzazione e accreditamento;
- l'attuazione delle disposizioni normative, ministeriali e regionali applicabili.

I risultati del monitoraggio sono oggetto di analisi periodica nell'ambito del Riesame della Direzione e costituiscono elemento di supporto alla pianificazione strategica, all'allocazione delle risorse e al miglioramento continuo del Sistema di Gestione per la Qualità.

9.1.4

Metodi

L'AOUP di Catania ha determinato che i metodi che devono essere utilizzati dal Sistema di Gestione per la Qualità includono anche:

- a) gli audit interni ed esterni;
- b) l'utilizzo di indicatori clinici e non clinici (di sistema/organizzativi/di servizio o di programma);
- c) l'utilizzo di dati provenienti dai sistemi informativi sanitari interni;
- d) il benchmarking.

I dati sono raccolti e ottenuti da fonti affidabili, quali quelle istituzionali, e si basano su criteri statistici e scientifici.

9.1.5

Risultati

L'AOUP di Catania assicura che i risultati del Sistema di Gestione per la Qualità sanitaria siano riesaminati, analizzati e utilizzati per orientare gli indirizzi strategici della qualità dell'organizzazione e:

- a) esprime se i risultati soddisfano gli obiettivi stabiliti dall'organizzazione;
- b) definisce un piano di miglioramento per affrontare i casi di non conformità rispetto agli obiettivi dichiarati;
- c) condivide i risultati e le proposte di miglioramento con gli stakeholder interni ed esterni appropriati.

9.2

Audit interno

9.2.1

Generalità

L'AOUP di Catania conduce audit interni a intervalli pianificati per fornire informazioni volte a stabilire se il sistema di gestione della qualità nell'organizzazione sanitaria:

- d) si conforma:
 - ai requisiti propri dell'organizzazione per il suo sistema di gestione della qualità nell'organizzazione sanitaria;
 - ai requisiti del presente documento;
- e) è efficacemente attuato e mantenuto.

Le modalità di pianificazione e conduzione degli audit interni e degli audit clinici, nonché le modalità di gestione della documentazione dei risultati degli audit medesimi sono descritte nella Procedura del Sistema di Gestione per la Qualità PQ-3 “[Modalità della pianificazione e della conduzione degli audit e della gestione della documentazione dei risultati](#)”.

La Procedura del Sistema di Gestione per la Qualità PQ-3 è stata predisposta prendendo in considerazione anche i requisiti della norma UNI EN ISO 19011:2026 “*Linee guida per audit di sistemi di gestione*”.

9.2.2

Programma di audit interno

L'AOUP di Catania pianifica, stabilisce, attua e mantiene un programma di audit, inclusi la frequenza, i metodi, le responsabilità, i requisiti di pianificazione e la rendicontazione.

Nel definire il programma di audit interno, L'AOUP di Catania considera l'importanza dei processi interessati e i risultati degli audit precedenti. Inoltre, come previsto al punto 8.1.1 della Procedura del Sistema di Gestione per la Qualità PQ-3 “[Modalità della pianificazione e](#)

della conduzione degli audit e della gestione della documentazione dei risultati", gli obiettivi del programma di audit sono stabiliti dal Responsabile dell'U.O. per la Qualità e Rischio Clinico ed approvati dal Direttore Generale e sono definiti sulla base:

- delle priorità di gestione,
- della politica aziendale,
- dei requisiti del sistema di gestione per la qualità,
- della valutazione del rischio.

Attraverso la Procedura del Sistema di Gestione per la Qualità PQ-3, l'AOUP di Catania:

- a) definisce gli obiettivi, i criteri e il campo di applicazione di ciascun audit;
- b) seleziona gli auditor e conduce gli audit in modo da assicurare l'obiettività e l'imparzialità del processo di audit;
- c) assicura che i risultati degli audit siano riferiti ai dirigenti pertinenti in modo tempestivo;
- d) assicura che gli audit siano condotti da personale addestrato e qualificato;
- e) intraprende le opportune azioni correttive senza indebito ritardo.

Infatti, la Procedura del Sistema di Gestione per la Qualità PQ-3 stabilisce:

- L'estensione del programma di audit,
- le responsabilità nella pianificazione dell'audit,
- il controllo ed il riesame del programma di audit,
- le modalità di svolgimento dell'audit (Costituzione del gruppo di audit, riunione di apertura, svolgimento dell'audit, riunione di chiusura),
- i criteri di qualificazione degli auditor.

Gli audit interni sono eseguiti come minimo una volta ogni dodici mesi.

Le informazioni documentate quale evidenza dell'attuazione del programma o dei programmi di audit e dei risultati degli audit stessi sono riportate nei moduli:

- M_PQ-3_1 [programma annuale audit](#)
- M_PQ-3_2 [piano audit](#)
- M_PQ-3_3 [relazione di audit](#)
- M_PQ-3_4 [albo auditor](#)

9.3

9.3.1

Riesame di direzione

Generalità

La Direzione Aziendale riesamina il sistema di gestione della qualità sanitaria dell'organizzazione, a intervalli pianificati, per assicurarne la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia, nonché l'allineamento con la direzione strategica dell'organizzazione.

9.3.2

Elementi in ingresso per il riesame di direzione

Il riesame di direzione include:

- a) lo stato delle azioni derivanti da precedenti riesami di direzione;
- b) i cambiamenti nelle questioni esterne e interne pertinenti al sistema di gestione della qualità nell'organizzazione sanitaria;
- c) i cambiamenti nei bisogni e nelle aspettative delle parti interessate pertinenti al sistema di gestione della qualità nell'organizzazione sanitaria;
- d) le informazioni sulle prestazioni del sistema di gestione della qualità nell'organizzazione sanitaria, inclusi i trend relativi a:
 1. non conformità e azioni correttive;
 2. risultati del monitoraggio e della misurazione;
 3. risultati degli audit;
 4. esperienza dell'utente del servizio e riscontri (feedback) dalle parti interessate;
 5. la misura in cui gli obiettivi della qualità sono stati conseguiti;
 6. la misura in cui gli indicatori sanitari stabiliti sono stati soddisfatti;
 7. prestazioni dei processi e conformità dei servizi;
 8. risultati del monitoraggio e della misurazione; (nota: ripetuto nel testo originale)
 9. sicurezza del paziente;
 10. gestione dei rifiuti;
 11. prestazioni dei fornitori esterni;
- e) l'adeguatezza delle risorse (umane e di altro tipo);

- f) le finanze interne e i finanziamenti da partner esterni;
- g) l'accessibilità dei servizi sanitari per tutte le persone;
- h) la gestione del rischio;
- i) le opportunità di miglioramento continuo.

9.3.3

Risultati del riesame di direzione

I risultati del riesame di direzione includono le decisioni relative alle opportunità di miglioramento continuo e a qualsiasi esigenza di modifiche al sistema di gestione della qualità nell'organizzazione sanitaria.

I risultati dei riesami di direzione sono registrate nel modulo M_MQ-AOUP-9_1.

I risultati dei riesami di direzione sono fornite agli stakeholder quando stabilito da specifici accordi.

Indice di revisione	Motivo della revisione	Data
Ed 0 Rev. 00	Emissione	10/11/2004
Ed 0 Rev. 01	Risoluzione NC ente di certificazione	26/11/2004
Ed 2 Rev. 00	Accorpamento Azienda Policlinico e AOU Vittorio Emanuele-Ferrarotto-S. Bambino	17/12/2009
Ed 2 Rev. 00	Applicazione standard JCI adottati dalla Regione Siciliana con DA 12 agosto 2011 e adeguamento alla norma UNI EN ISO 9001:2008	13/12/2011
Ed 3 Rev. 00	Revisione entrata in vigore norma UNI EN ISO 9001:2015	04/09/2016
Ed 4 Rev. 00	Adeguamento del sistema di gestione per la qualità al DA n. 421 “Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture”, già adottati con il DA n. 319 del 2 marzo 2016, al DA n. 724 “Aggiornamento delle disposizioni in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Modifiche al decreto assessoriale 17 aprile 2003, n. 463”	17/10/2022