



ALLEGATO B – DOCUMENTO ORGANIZZATIVO CTO

Documento Organizzativo

Comitato Tecnico Operativo (CTO)



SOMMARIO

Introduzione	2
Riferimenti normativi	2
Acronimi	3
Cap. 1 Comitato Tecnico Operativo (CTO) - Procedura Operativa Autorizzazione all'esercizio	4
1.1 Ricezione e protocollazione della domanda inviata dal Comune\Suap	4
1.2 Istruttoria e procedimento e verifica coerenza istanza	4
1.3 Richiesta regolarizzazione domanda - integrazioni - sospensione procedimento	4
1.4 Trasmissione documentazione per organizzazione visita sul campo	4
Cap. 2 Comitato Tecnico Operativo (CTO) - Procedura operativa accreditamento	5
2.1 Attivazione GAAR per accreditamento istituzionale/rinnovo	5
Cap. 3 Comitato Tecnico Operativo (CTO) – Attività Ordinarie	5
3.1 Validazione documentazione	5
3.2 Definizione del gruppo di valutazione	6
3.3 Rinuncia del valutatore alla visita	6
3.4 Programmazione della visita e lerrera concocazione GAAR	7
3.5 Invio documentazione al GAAR	7
3.6 Ricevimento verbale	8
3.7 Gestione delle prescrizioni	8
3.8 Riesame	8
3.9 Attestato visite GAAR	9
3.10 Fatturazione	9
3.11 Valutazione componenti GAAR	9
3.12 Valutazione personale del Comitato Tecnico Operativo	9
3.13 GAAR - Cartelle digitali valutatori	10
3.14 OTA - Cartelle digitali CTO	10
Cap. 4 Gestione della documentazione	10
4.1 Elaborazione, gestione e tenuta sotto controllo della diversa documentazione in uso	10
4.2 Archiviazione	11
Allegati: Istruzioni Operative	12
Allegati: Modulistica	26



Introduzione

Questo documento descrive le attività del Comitato Tecnico Operativo (CTO) in seno all'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA), costituito all'interno dell'ARS Settore Territorio ed Integrazione Socio Sanitaria in ottemperanza all'art. 5 della L.R. n. 21/2016 e s.m.i.

Riferimenti normativi:

L.R. n. 21 del 30 settembre 2016 - Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati;

Intesa Stato Regioni n°32 del 19/02/2015 (accreditamento strutture sanitarie) recepita con DGR 942 del 26/10/2015 (gruppo di lavoro istituito con DDS n°51 del 7/7/2015);

Decreto Direttore Agenzia Regionale Sanitaria n. 45 27 giugno 2022 Revisione e aggiornamento DGR 522 DEL 23/4/2018 Legge Regionale 30 settembre 2016, n.21 e s.m.i. - costituzione e funzionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.),

Decreto Dirigente Settore Territorio e Integrazione Socio Sanitaria - ARS n.13 del 18 luglio 2022 "DGR n. 45 del 27 giugno 2022 23/4/2018 Legge Regionale 30 settembre 2016, n.21 e s.m.i. – "Costituzione e funzionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) ": nomina del Coordinatore dell'Organismo Tecnicamente Accreditante - OTA, istituzione del Comitato Tecnico Scientifico Regionale per l'Accreditamento - CTSR e individuazione dei Componenti del Comitato Tecnico Operativo – CTO;

Decreto dirigente settore territorio ed integrazione socio sanitaria – ARS, n. 27 del 17 luglio 2023, "modalità operative per lo svolgimento dell'audit di autorizzazione all'esercizio o accreditamento istituzionale e per la redazione dei verbali";

Decreto dirigente settore territorio ed integrazione socio sanitaria, n. 28 del 17 luglio 2023 "Revisione decreto n.2 del 9 febbraio 2023 - Legge regionale n. 21/2016 – Modifica del Decreto 14/AST/2021 – Costituzione e Funzionamento del Gruppo di Autorizzazione e Accreditamento Regionale (GAAR);

Decreto dirigente settore territorio ed integrazione socio sanitaria – ARS, n.29 17 luglio 2023. "attività di pre-audit autorizzazione e accreditamento",

Decreto dirigente settore territorio ed integrazione socio sanitaria – ARS, n.30 17 luglio 2023. "regolamento attività ispettiva ai sensi dei Decreti: "Decreto Direttore Dipartimento salute n. 38 del 1 settembre 2022 – Delega attività ispettiva in materia sanitaria e socio- Sanitaria all'ARS. -Decreto n.171 del 20 febbraio 2023 – Piano annuale dell'attività ispettiva ordinaria sulle strutture sanitarie e socio-sanitarie – Anno 2023",

Decreto dirigente settore territorio ed integrazione socio sanitaria – ARS, n.31 17 luglio 2023. "Valutazione individuale Gruppo Autorizzazione a Accreditamento Regionale – GAAR"

Circolare 1/2022 L.R. 21/2016 Autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie,

Circolare 2/2022 - Strutture socio-sanitarie autorizzate ai sensi della Legge regionale 20/2022 – Chiarimenti applicativi sui nuovi manuali di autorizzazione (DD.G.R.M. 937, 938 e 940 del 2020) e di accreditamento (DGR 1572/2019).



Acronimi

- **S.S.R.:** Servizio Sanitario Regionale
- **A.R.S.:** Agenzia Regionale Sanità
- **SETTORE:** Settore Autorizzazione ed Accreditementi
- **O.T.A:** Organismo tecnicamente Accreditante
- **G.A.A.R:** Gruppo di Autorizzazione e Accreditemento Regionale
- **S.S.N.:** Sistema Sanitario Nazionale
- **CTO:** Comitato Tecnico Operativo



CAP 1. Comitato Tecnico Operativo (CTO) - Procedura Operativa Autorizzazione all'esercizio

1.1 Ricezione e protocollazione della domanda inviata dal comune\SUAP

Il Comune\Suap invia la domanda con i relativi allegati, previsti nel Modello AUT 2, alla PEC dell'OTA (ota.aut2.esercizio@emarche.it).

L'addetto alla protocollazione protocolla la domanda in ingresso.

Tempistiche: Attività giornaliera (dalla data della ricezione della domanda decorrono 60 gg utili per comunicare al Comune\Suap l'esito del procedimento)

Strumentazione: PEC e Paleo

1.2 Istruttoria e procedimento e verifica coerenza istanza

Il responsabile del Procedimento verifica la valutazione dell'istanza AUT2:

- Modello di domanda AUT2 firmato;
- leggibilità e completezza dell'AUT 2 e dei relativi allegati;
- copia del documento di identità in corso di validità;
- attestazione versamento diritti di segreteria;
- presenza di procura da parte del titolare, in caso di necessità;
- firma e data apposta su ogni pagina schede requisiti;
- copia della autorizzazione alla realizzazione o copia del precedente esercizio rilasciata dal Comune\Suap

Tempistiche: Attività giornaliera

1.3 Richiesta regolarizzazione domanda – integrazioni – sospensione procedimento

1.3.1 Il responsabile del procedimento In caso di mancata chiarezza e/o completezza della documentazione, (es. schede manuali non pertinenti o non complete) si interfaccia con il responsabile del procedimento del Comune\Suap chiedendo una integrazione documentale, formalizzata con nota inviata via pec al Comune\Suap e p.c. alla Struttura richiedente.

1.3.2 L'integrazione documentazione deve pervenire all'OTA tramite il Comune\Suap

1.3.3 L'istruttoria si intende sospesa fino all'acquisizione di tutta la documentazione/chiarimenti richiesti.

1.4 Trasmissione documentazione per organizzazione visita sul campo

Il responsabile del Procedimento formalizza il procedimento con lettera di Attivazione GAAR, trasferisce la documentazione nel sistema Paleo e successivamente inserisce la stessa nella cartella condivisa L-R.21/2016 - Autorizzazioni.

In allegato A la lettera di attivazione GAAR: Allegato A - Modello Base attivazione GAAR e Richiesta Integrazioni SUAP

Tempistiche: Attività giornaliera

Strumentazione: Paleo (solo ID no protocollo)

CAP 2 Comitato Tecnico Operativo (CTO) - Procedura Operativa Accreditamento



2.1 Attivazione GAAR per Accreditamento Istituzionale /rinnovo

Il Settore Autorizzazioni ed Accreditementi del Dipartimento salute invia all'OTA la richiesta di attivazione del GAAR per la verifica dei requisiti di accreditamento (livello base, Avanzato eccellenza) con i relativi allegati:

- modello di domanda di Accreditamento
- schede requisiti sottoscritte ed auto dichiarate,
- copia autorizzazione all'esercizio rilasciata dal Comune\Suap;
- cronoprogramma Evidenze di III tipo (avanzato) e cronoprogramma Evidenze di IV tipo (eccellenza), se richiesto in prima istanza livello base¹;
- cronoprogramma Evidenze di IV tipo (eccellenza), se richiesto in prima istanza livello avanzato²;
- dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti soggettivi generali;
- dichiarazione dei servizi/prestazioni alla persona esternalizzati;
- documento di identità valido;
- copia versamento bollo digitale;
- per i soggetti esenti da imposta di bollo dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- per i Laboratori Analisi dichiarazione sostitutiva atto di notorietà.

Tempistiche: Attività giornaliera

Strumentazione: PEC e Paleo

Il responsabile del Procedimento protocolla in ingresso nel sistema Paleo la Richiesta di Attivazione GAAR con la relativa documentazione e successivamente inserisce la stessa nella cartella condivisa L-R.21/2016 - Accreditementi.

CAP 3 Comitato Tecnico Operativo (CTO) - Attività ordinarie

3.1 Validazione documentazione

Il responsabile di procedimento valida la documentazione pervenuta tramite pec dal Comune\Suap per quanto riguarda l'autorizzazione all'esercizio e dal Settore Autorizzazione ed Accreditementi per quanto riguarda l'accREDITAMENTO istituzionale.

3.2 Definizione del gruppo di valutazione

Il numero dei valutatori viene determinato sulla base del Decreto ARS n. n. 28 del 17 luglio 2023 "Revisione decreto n.2 del 9 febbraio 2023 - Legge regionale n. 21/2016 – Modifica del Decreto 14/AST/2021 – Costituzione e Funzionamento del Gruppo di Autorizzazione e Accreditemento Regionale (GAAR);

¹ Quando la Struttura, in prima istanza, richiede la visita per il rilascio dell'accREDITAMENTO di livello avanzato e/o di eccellenza, devono essere verificate anche le evidenze di livello base e/o avanzato. Tale valutazione deve comparire nel Verbale.

² Quando la Struttura, in prima istanza, richiede la visita per il rilascio dell'accREDITAMENTO di livello avanzato e/o di eccellenza, devono essere verificate anche le evidenze di livello base e/o avanzato. Tale valutazione deve comparire nel Verbale.



La composizione numerica del GAAR varia da 2 a 6 valutatori a seconda del tipo di struttura e del numero dei posti letto da visitare.

TIPOLOGIA STRUTTURA	POSTI / POSTI LETTO	TARIFFA FORFETTARIA SINGOLO VALUTATORE	NUMERO VALUTATORI PER VISITA
Ambulatoriale	///	€ 540,00	2
Residenziale / Semiresidenziale	< 20	€ 810,00	2
	20-100 *	€ 1.080,00	3
Ospedaliera	< 100	€ 1.620,00	3
	100 - 150	€ 2.160,00	5
	> 150	€ 4.320,00	6

*se la struttura supera il numero di posti/posti letto, nello stesso stabile, si organizza un'unica visita

Il coordinatore dell'OTA identifica dall'albo del GAAR i nominativi del gruppo di valutazione e tra questi il team leader.

Il Team di Audit è composto da un Team Leader, un numero di valutatori come da tabella ed eventualmente un valutatore in training con il ruolo di "Osservatore".

Criteri per la definizione del Gruppo GAAR:

- N. valutatori (in base alla DGR 47/2022)
- uniforme distribuzione delle visite tra i valutatori
- specificità del CV del valutatore rispetto alla visita (es. competenze relative al "percorso sangue")
- expertise professionale specifica (es. strutture residenziali psichiatriche, valutazione requisiti impiantistici, tecnologici, strutturali...)
- disponibilità date
- Azienda Sanitaria Territoriale (AST): il valutatore non può effettuare visite in strutture con sede geografica nella stessa AST di appartenenza

Il team effettua un pre audit secondo quanto definito nel Decreto n. 29 del 17/07/2023 attività di pre-audit autorizzazione e accreditamento.

Allegato R: Scheda Attività tutoraggio/training sul campo

3.3 Rinuncia del valutatore alla visita

Laddove il valutatore si trovi nella impossibilità di accettare l'incarico e/o partecipare alla visita già assegnata, deve darne tempestiva comunicazione telefonica e scritta via mail.

In caso di impossibilità di un valutatore a partecipare alla visita programmata, il CTO provvede alla sostituzione.

Di tale modifica viene data comunicazione via PEC al team, alla struttura e agli enti in cui operano i valutatori. Il materiale documentale per la visita viene inviato al valutatore subentrato nel gruppo di verifica.



3.4 Programmazione della visita e lettera convocazione GAAR

Il CTO predispose la lettera di convocazione visita, firmata dal coordinatore OTA, che viene inviata tramite PEC alla struttura oggetto di verifica, ai valutatori del GAAR e, per conoscenza, agli enti ove i valutatori lavorano.

Nel caso di Richiesta di Accreditamento Avanzato e/o eccellente, il CTO convoca i valutatori GAAR che hanno precedentemente effettuato la visita presso la struttura per la richiesta di accreditamento base e li incarica di eseguire una verifica documentale.

Nella lettera di convocazione visita GAAR viene indicata la tipologia di visita (autorizzazione, accreditamento istituzionale, verifica documentale per livelli Avanzato ed eccellente di accreditamento), la data e l'ora, nonché la composizione del team. Nella lettera inoltre viene indicato che i valutatori, in conflitto di interesse, devono comunicare tempestivamente all'Ota l'impossibilità di accettare l'incarico.

In allegato le lettere di convocazione delle visite:

Allegato B: lettera di convocazione visita per Esercizio

Allegato C: lettera di convocazione visita per Accreditamento

Allegato D: lettera di trasmissione documentazione per verifica documentale avanzamento accreditamento

3.5 Invio documentazione al gruppo GAAR

I documenti utili al pre-audit e alla visita vengono inviati via pec al GAAR.

Le modalità di programmazione della visita sono dettagliate nelle specifiche istruzioni operative (Allegato 2 ISTRUZIONI OPERATIVE Attivazione GAAR).

Il materiale necessario al pre-audit e alla visita viene inviato via PEC ai valutatori, con relativi allegati:

- Lettera attivazione GAAR (esercizio e accreditamento)
- Modello di domanda di autorizzazione / accreditamento
- Autorizzazione del Comune\Suap
- Schede requisiti come da manuale vigente (esercizio / accreditamento)
- Dichiarazione servizi esternalizzati
- Format Piano di Audit
- Verbale di visita (esercizio³ / accreditamento / verifica documentale) struttura sanitaria e socio-sanitaria (o percorso sangue (esercizio / accreditamento) di Servizi Trasfusionali e Unità di raccolta Sangue.

In allegato i verbali delle visite:

Allegato E: Verbale per autorizzazione Esercizio: relativo a strutture residenziali e semiresidenziali

Allegato F: Verbale per autorizzazione Esercizio strutture ospedaliere

Allegato G: Verbale per autorizzazione Esercizio – case mix

Allegato H: Verbale per Accreditamento

Allegato I: verbale per Accreditamento Verifica documentale

Allegato L: Format Piano di Audit

³ Si specifica che i verbali di visita per l'autorizzazione all'esercizio si differenziano a seconda del tipo di visita da effettuare: visita relativa a strutture residenziali o semi residenziali. (DGR 937 e 938 del 2020), visita relativa a strutture ospedaliere (DGR 1571 del 2019 e DGR 1669 del 2019).



3.6 Ricevimento verbale

Il team leader invia il verbale di visita, unitamente al Piano di Audit, tramite PEC ota.aut2.esercizio@emarche.it al CTO entro 10 giorni dalla data di effettuazione della visita. Il CTO visiona i verbali con il Coordinatore OTA (questa attività è formalizzata nel format valutazione).

Il CTO trasmette il verbale al Settore Autorizzazione ed Accreditamenti per l'accreditamento tramite PEC ed al Comune\Suap e per conoscenza al Settore Autorizzazione ed Accreditamenti, per l'esercizio tramite PEC, entro 5 giorni dal ricevimento degli stessi.

Giornalmente viene effettuata la valutazione dei verbali di audit dal CTO e il Coordinatore OTA e in caso di necessità anche con il GAAR. In particolare il martedì la Coordinatrice OTA e la Segreteria organizzativa CTO si incontrano per la condivisione delle informazioni, delle comunicazioni interne e la visione di verbali. Questa attività viene riportata a verbale.

La modalità di ricevimento verbale e trasmissione è dettagliata nella istruzione operativa

(Allegato 3 ISTRUZIONI OPERATIVE Trasmissione Verbale).

In allegato le lettere di trasmissione verbali delle visite:

Allegato N: lettera di trasmissione verbale per Esercizio

Allegato O: lettera di trasmissione verbale per Accreditamento Istituzione

Allegato P: lettera di trasmissione verifica documentale e avanzamento accreditamento

Allegato S: Format valutazione Verbale e Format valutazione piano di audit

3.7 Gestione delle Prescrizioni

Nel caso di prescrizioni, il CTO le registra nel file "Elenco pratiche OTA" e le monitorizza relativamente alle scadenze previste per l'assolvimento.

Alla scadenza la struttura invia all'OTA l'assolvimento prescrizioni, il CTO le trasmette al GAAR che si esprime sull'assolvimento/non assolvimento prescrizioni attraverso l'apposito verbale che viene trasmesso all'Ota e alla struttura.

Il CTO trasmette l'assolvimento/non assolvimento prescrizioni al Comune\Suap o al Settore Autorizzazione ed Accreditamenti.

La modalità di gestione delle prescrizioni è dettagliata nella istruzione operativa (Allegato 4 ISTRUZIONE OPERATIVA Gestione Prescrizioni).

Allegato Q: Lettera trasmissione assolvimento prescrizioni

3.8 Riesame

Nel caso di diniego delle autorizzazioni e/o accreditamento o nel caso le stesse contengano prescrizioni la struttura può presentare al Comune\Suap o al Settore Autorizzazioni Accreditamento le proprie controdeduzioni mediante richiesta di riesame. Il CTO invia la richiesta al GAAR che ha espresso il parere di diniego o di prescrizioni che dovrà formulare una risposta da inviare al Coordinatore OTA.

Il Coordinatore OTA invia la risposta del GAAR al Comune\Suap o al Settore Autorizzazioni Accreditamento.

3.9 Attestato visita GAAR

Nel mese successivo a quello di effettuazione della visita, il CTO predispone un attestato di partecipazione alle attività del GAAR. Tale attestato viene inviato via PEC ai valutatori e all'ente



presso cui lavora il valutatore e inserito nel fascicolo personale del valutatore Cartella informatizzata L.R. 21/2016.

La modalità di predisposizione dell'attestato visite GAAR e trasmissione ai valutatori è dettagliata nella istruzione operativa (Allegato 6 ISTRUZIONE OPERATIVA Attestati visite GAAR).

Allegato M: Attestato di Vista GAAR

3.10 Fatturazione

L'OTA attiva l'Ufficio competente dell'ARS per l'invio di apposita fattura ad ogni soggetto richiedente la visita entro 10 giorni dall'effettuazione della stessa, prevedendo il pagamento entro 60 giorni dal ricevimento della fattura ai fini del rilascio del decreto dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale. La contabilizzazione delle entrate di cui sopra è tenuta su apposito conto del bilancio dell'ARS. Gli oneri economici conseguenti l'attivazione del gruppo valutatori del GAAR trovano copertura in apposito conto del bilancio dell'Agenzia Regionale Sanitaria

All'inizio di ogni mese il CTO invia al funzionario del Settore Affari Generali dell'Agenzia Regionale Sanitaria, tramite PEC, la lettera di riepilogo di fatturazione delle visite effettuate nel mese precedente e, per ogni visita, allega la scheda tecnica per l'emissione della fattura\ nota di addebito estrapolata dal verbale di visita.

La tariffa forfettaria per singolo valutatore è riportata nella Figura relativa alla costituzione GAAR e tariffazione (Decreto ARS 28/2023).

La modalità e il percorso relativi alla fatturazione delle visite GAAR sono dettagliati nella istruzione operativa (Allegato 5 ISTRUZIONE OPERATIVA Fatturazione).

3.11 Valutazione componenti GAAR

Al termine di ogni visita, il Gruppo di verifica viene valutato:

- dalla struttura oggetto di visita,
- dal Coordinatore OTA, secondo quanto previsto dal decreto n.31 del 17/07/2023 Valutazione individuale Gruppo Autorizzazione e Accreditamento Regionale – GAAR.

La permanenza negli elenchi GAAR è subordinata al giudizio di sufficienza corrispondente ad un punteggio scheda di \geq di 54. In caso di non raggiungimento di un punteggio individuale \geq 53 per 2 annualità consecutive, il professionista verrà rimosso dagli elenchi GAAR.

Allegato R: Scheda attività tutoraggio/training sul campo

Allegato T: Scheda di Valutazione team valutazione GAAR da parte della struttura

Allegato U: Scheda di valutazione individuale GAAR

3.12 Valutazione personale del Comitato Tecnico Operativo

Il Coordinamento Regionale OTA provvede ad effettuare una valutazione individuale del personale assegnato all'OTA entro il 31/12 di ogni anno.

Allegato V: Valutazione CTO

3.13 GAAR – Cartella digitale valutatori

La cartella Valutatori contiene le sotto cartelle individuali per ogni componente GAAR, denominate con il cognome del Valutatore. All'interno di ogni cartella componente GAAR sono presenti ulteriori sotto cartelle, come di seguito nominate:



- Curriculum Vitae: contiene il Curriculum Vitae del valutatore GAAR;
- Attestati: contiene gli attestati di partecipazione alle visite GAAR degli anni 2021 2022 2023;
- Schede di Valutazione: contiene le schede di valutazione compilate dalla struttura dopo lo svolgimento delle visite GAAR;
- Conflitto di interessi: contiene il documento di dichiarazione di assenza del conflitto di interessi, comprensivo della dichiarazione di accettazione e osservazione del codice deontologico approvato e trasmesso dall'OTA;
- Comunicazioni e rinuncia visite: contiene le comunicazioni di rinuncia o indisponibilità alle visite GAAR trasmesse dal valutatore;
- Pre audit: contiene il documento di pre audit redatto dai valutatori individuati per la visita GAAR.

3.14 OTA - Cartella digitale CTO

La cartella componenti CTO contiene le sotto cartelle individuali denominate con il cognome di ogni componente CTO.

CAP 4 Gestione della documentazione

Il processo di gestione della documentazione adottato presso l'OTA, nell'ambito delle proprie competenze, deve prendere in considerazione gli atti che costituiscono parte integrante del sistema gestione qualità assicurando che gli stessi siano prodotti ed adeguati allo scopo: redatti accuratamente nella forma e nei contenuti, aggiornati all'occorrenza e resi disponibili alle funzioni interessate.

4.1 Elaborazione, gestione e tenuta sotto controllo della diversa documentazione in uso

I documenti, quali ad esempio Delibere di Giunta Regionale e Decreti dei Dirigenti di Settore, sono elaborati mediante l'uso il sistema di gestione digitale degli atti amministrativi "open ACT" quale sistema informatico gestionale. Durante l'utilizzo di "open ACT" nel menu tendina deve essere scelta la tipologia di documento (decreto, delibera ecc.), il nominativo e la qualifica del redattore.

Il format base (allegato 2) preconstituito nel programma informatizzato prevede:

OGGETTO,

DECRETATO,

DOCUMENTO ISTRUTTORIO: *normativa di riferimento, motivazione, esito dell'istruttoria,*

FIRMA DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

FIRMA DEL DIRIGENTE.

Al termine del processo di redazione e approvazione con la firma del dirigente il documento viene pubblicato nel Sito istituzionale "norme.marche.it" ARS e quelli specifici dell'OTA nel seguente sito: <https://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Altre-attivit%C3%A0-ARS#Presentazione>

I documenti sono tenuti sotto controllo dal Responsabile del Procedimento – Coordinatore OTA o suo delegato e dal Dirigente del Settore Territorio e integrazione Socio Sanitaria, in conformità ai seguenti requisiti:

- a) approvare i documenti per la loro adeguatezza, prima della relativa emissione - Dirigente;
- b) riesaminare ed aggiornare, per quanto necessario, e riapprovare i documenti – responsabile procedimento e Dirigente;
- c) assicurare che le modifiche e lo stato di revisione vigente dei documenti siano identificati - responsabile procedimento e Dirigente;



- d) assicurare che le versioni pertinenti dei documenti applicabili siano disponibili nei punti di utilizzazione - responsabile procedimento;
- e) prevenire l'utilizzazione involontaria di documenti obsoleti, ed adottare una loro adeguata identificazione, qualora siano conservati per qualsiasi scopo, responsabile procedimento.

La documentazione in originale, in formato digitale, è conservata presso la cartella condivisa all'interno dell'OTA ed è monitorata in termini di scadenza mediante l'utilizzo della tabella "elenco documentazione"

4.2 Archiviazione

L'accesso all'archivio è consentito al personale del CTO autorizzato.

Il Responsabile dell'archiviazione, identificato nel CTO, ha la responsabilità di eliminare il documento obsoleto, di inserire la revisione dello stesso o di inserire nuovi documenti secondo le modalità descritte nella seguente tabella:

ELENCO DOCUMENTAZIONE

TIPOLOGIA DGR/ DECRETO	OGGETTO e DATA PRIMA EMISSIONE	OGGETTO - DATA E NUMERO REVISIONE	OGGETTO - DATA E NUMERO REVISIONE	OGGETTO - DATA E NUMERO REVISIONE	OGGETTO - DATA E NUMERO REVISIONE	OGGETTO - DATA E NUMERO REVISIONE	OGGETTO - DATA E NUMERO REVISIONE

Data ____ / ____ / ____

Firma Addetto CTO



Allegati: Istruzioni Operative



Allegato 1

ISTRUZIONI OPERATIVE identificazione GAAR per visite

Creazione della cartella della struttura (vedi ISTRUZIONI OPERATIVE percorso "Attivazione GAAR")

Nel percorso di autorizzazione e di accreditamento (accreditamento istituzionale o verifica documentale) è stato predisposto il file denominato "SCHEDA STRUTTURA NUOVA BASE" (Fig. 4)

Note di compilazione:

SCHEDA DI LAVORO	
Richiesta attivazione GAAR Prot. n. [] Data []	
TIPO RICHIESTA <input type="checkbox"/> Autorizzazione <input type="checkbox"/> Accreditamento istituzionale <input type="checkbox"/> Rinnovo accreditamento	LEGALE RAPPRESENTANTE SOCIETA'/ENTE/AZIENDA/STUDIO Denominazione: [] Indirizzo: [] Telefono: [] Pec: []
STRUTTURA DA VISITARE Nominativo struttura: [] Indirizzo: [] Prestazioni: [] Regime: <input type="checkbox"/> studio <input type="checkbox"/> ambulatoriale <input type="checkbox"/> territoriale <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno con una dotazione di n. [] <input type="checkbox"/> semiresidenziale con una dotazione di n. [] p. tipologia [] ORPS <input type="checkbox"/> residenziale con una dotazione di n. [] p.l. tipologia [] ORPS	
Documentazione allegata <input type="checkbox"/> mod. AUT 2 / ACCR <input type="checkbox"/> precedente decreto <input type="checkbox"/> schede requisiti (vedi manuale) <input type="checkbox"/> servizi esternalizzati <input type="checkbox"/> autorizzazione Comune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lettera avvio procedimento <input type="checkbox"/>	
DATA VISITA: []	VALUTATORI: [] [] []
<input type="checkbox"/> STRUTTURA AVVISATA <input type="checkbox"/> VALUTATORI AVVISATI <input type="checkbox"/> MATERIALE INVIATO AL GA <input type="checkbox"/> LETTERA CONVOCAZIONE VISITA ID: [] PROT: [] <input type="checkbox"/> LETTERA TRASMISSIONE VERBALE ID: [] PROT: [] <input type="checkbox"/> FATTURAZIONE ID: []	
NOTE: []	

- Numero di protocollo in ingresso della attivazione da parte della PF Accreditamenti

Tipologia di richiesta (AUT/ACCR)

- il modulo di autorizzazione / accreditamento (legale rappresentante, società titolare della struttura, informazioni di contatto - telefono e pec)

- la lettera di attivazione GAAR e della istanza di autorizzazione / accreditamento (dati della struttura, prestazioni e regime)

- Verifica degli allegati necessari

- Registrazione dello stato di avanzamento della pratica



2. Nel file di riepilogo mensile della fatturazione in cui viene riportato il nominativo del valutatore, l'Ente di appartenenza, la data della visita, il luogo, la tipologia (Autorizzazione o accreditamento) e l'importo corrisposto.

RIEPILOGO MESE DI								
						ID:	data	
NOMINATIVI VALUTATORI	ENTE DI APPARTENENZA	STRUTTURA VISITATA IN AUTORIZZAZIONE	STRUTTURA VISITATA IN ACCREDITAMENTO	TARIFFA FORFETTARIA PER SINGOLO VALUTATORE	IMPORTO FATTURATO	% RIMBORSO	IMPORTO RIMBORSABILE	IMPORTO DA RIMBORSARE
						95%	0,00	0,00
						95%	0,00	0,00
						95%	0,00	0,00
						95%	0,00	0,00
						95%	0,00	0,00
						95%	0,00	0,00
						95%	0,00	0,00
						95%	0,00	0,00



Allegato 2

ISTRUZIONI OPERATIVE Attivazione GAAR

Ricezione della domanda attivazione GAAR

AUT. ESERCIZIO	ACCREDITAMENTO / RINNOVO
L'ufficio competente O.T.A. valida e inserisce la domanda con i relativi allegati nella cartella condivisa.	Il Settore Autorizzazione Accreditamenti invia la domanda con i relativi allegati alla segreteria OTA tramite PEC. La segreteria OTA protocolla in ingresso la documentazione, la valida e inserisce la domanda con i relativi allegati nella cartella condivisa.

Creazione cartella struttura nella cartella OTA

Nella Cartella condivisa OTA/LR21-2016/AUT O ACCR:

- si crea una cartella specifica per la struttura nominata: PROT + TIPOLOGIA PRESTAZIONE + NOME DELLA STRUTTURA + COMUNE\SUAP.
- all'interno della cartella viene salvata la lettera di attivazione GAAR e si crea un'ulteriore sottocartella nominata "DOCUMENTI" dove vengono salvati tutti gli allegati presenti nella pec.

Analisi domanda e creazione scheda struttura

Si analizza la domanda (modello AUT o ACCR) e si controllano le schede dei requisiti (controllo con manuale e confronto con Coordinatore OTA).

Una volta attestata la correttezza della documentazione si procede alla compilazione della scheda struttura che dovrà contenere tutte le informazioni anagrafiche della struttura e del legale rappresentante, le indicazioni relative alla tipologia e il tipo di visita da effettuare e che dovrà essere aggiornata di pari passo con tutti i passaggi effettuati (programmazione visita, invio materiale, trasmissione verbale al Comune\Suap o al Settore Autorizzazione Accreditamenti, ID di fatturazione).

Programmazione visita

Per la programmazione delle visite GAAR si selezionano i valutatori e si definisce una data per la visita da proporre alla struttura.

Il numero dei valutatori da inviare nella specifica struttura viene individuato in base alle disposizioni Del Decreto ARS 2/2023 controllando sia la compatibilità di Azienda Sanitaria Territoriale sia il numero di visite per valutatore.

Si contatta telefonicamente la Struttura per proporre e concordare la data di verifica.

Comunicazione della visita a GAAR, Struttura ed Enti SSR / Invio materiale per il pre - audit al GAAR

Si predisporre la lettera notifica visita che verrà creata utilizzando la copia base che si trova nella cartella "COPIE BASE" presente nelle cartelle specifiche AUTORIZZAZIONE o ACCREDITAMENTO.

Si rinomina la lettera "LETTERA VISITA+NOME STRUTTURA + COMUNE\SUAP" e si trasforma in pdf e attraverso PALEO si invia al Coordinatore OTA per firma, insieme alla scheda di valutazione della GAAR da parte della struttura.

Percorso PALEO firma lettera:

la lettera in pdf viene inviata alla firma del Coordinatore OTA nella seguente modalità:

- nuovo documento interno



- inserire file documento principale
- inserire allegato Scheda di valutazione da parte della struttura
- data
- oggetto: convocazione Visita GAAR + nome struttura + Comune\Suap
- modello: Coordinatore OTA firma
- tipo documento PEC
- salva

Su inoltro compare l'ID in rosso che viene riportato sulla scheda struttura.

La copia firmata dal Coordinatore OTA che si riceve attraverso la posta PALEO deve seguire il seguente percorso:

- visualizza
- predisponi uscita
- inserisci i destinatari (si inseriscono i nomi nella lettera), poi si clicca riporta poi si clicca dettaglio poi si inserisce la PEC della struttura e dei valutatori e quanti in indirizzo
- protocolla
- spedisce
- si torna su file principale e si clicca su versione stampabile e si salva nella cartella specifica con il nome "copia firmata e protocollata lettera visita + nome struttura + Comune\Suap"

La lettera si invia con Paleo a:

Struttura
Valutatori
Enti di appartenenza valutatori

Gli allegati per il pre-audit si inviano ai valutatori con PEC:

attraverso la seguente procedura:

1. entrare nella pec ota.ars@emarche.it
2. selezionare "INDIRIZZI"
3. scegliere tutti i destinatari cliccando su "A" e confermare cliccando su "USA INDIRIZZI" che si trova in fondo alla pagina
4. selezionare priorità alta
5. inserire l'oggetto "invio documentazione visita del ..."
6. Allegare il verbale di visita (cartella "COPIE BASE") e tutti i file della cartella "DOCUMENTI" creata all'interno della cartella della struttura
7. invia

nb: nel caso in cui la documentazione supera la dimensione necessaria di accettazione con invio PEC la trasmissione viene effettuata attraverso il programma we transfer.

cartella struttura

In questa cartella si devono salvare:

- file richiesta attivazione GAAR + nome struttura + Comune\Suap
- lettera notifica visita che verrà creata utilizzando la copia base che si trova nella cartella "COPIE BASE" presente nelle cartelle specifiche AUT o ACCR RINNOVO o ACCR IST
- verbale ricevuto via PEC
- lettera trasmissione verbale P.F. Accreditamenti che verrà creata utilizzando la copia base che si trova nella cartella "COPIE BASE" presente nelle cartelle specifiche AUT o ACCR RINNOVO o ACCR IST
- scheda struttura che verrà creata utilizzando la copia base che si trova nella cartella "COPIE BASE" presente nelle cartelle specifiche AUT o ACCR



Allegato 3

ISTRUZIONI OPERATIVE Trasmissione verbale

Ricezione del verbale da parte del GAAR

Si visiona la PEC ota.ars@emarche.it

Si salva il verbale con la dicitura "VERBALE VISITA+ NOME STRUTTURA+COMUNE\SUAP" nella cartella specifica della struttura (già creata).

Si salvano eventuali allegati al verbale con la dicitura "ALLEGATO AL VERBALE+NOME FILE"

Si controlla il verbale (presenza prescrizioni, correttezza formale) e ci si confronta con il Coordinatore OTA.

Trasmissione verbale

Si predisporre la lettera trasmissione verbale per il Comune\Suap o per Il Settore Autorizzazioni Accreditamenti a seconda che si tratti di esercizio o accreditamento. La lettera verrà creata utilizzando la copia base che si trova nella cartella "COPIE BASE" presente nelle cartelle specifiche AUT o ACCR. Il file deve essere nominato nel seguente modo: "TRASMISSIONE VERBALE + NOME STRUTTURA + COMUNE\SUAP".

Una volta creato il file word lettera si segue il seguente percorso: file – esporta – crea pdf - pubblica che in automatico si salva nella cartella specifica.

NOTA: il file .doc viene mantenuto fino all'arrivo del pdf firmato.

Percorso PALEO firma lettera:

la lettera in pdf viene inviata alla firma del Coordinatore OTA nella seguente modalità:

- nuovo documento interno
- inserire file documento principale
- inserire eventuali allegati
- data
- oggetto: Trasmissione verbale + nome struttura + Comune\Suap
- modello: Coordinatore OTA firma
- tipo documento PEC
- salva

Su inoltro compare l'ID in rosso che viene riportato sulla scheda struttura.

La copia firmata dal Coordinatore OTA che si riceve attraverso la posta PALEO deve seguire il seguente percorso:

- visualizza
 - predisponi uscita
 - inserisci i destinatari (si inseriscono i nomi nella lettera), poi si clicca riporta poi si clicca dettaglio poi si inserisce la PEC della struttura e dei valutatori e quanti in indirizzo
 - protocolla
 - spedisce
- si torna su file principale e si clicca su versione stampabile e si salva nella cartella specifica con il nome "copia firmata e protocollata verbale".

Percorso se presenti prescrizioni

In caso di ricezione di verbale con presenza di prescrizioni occorre un Confronto con Coordinatore OTA.

Inserire le prescrizioni nel file Excel (percorso: cartella OTA/legge regionale 21/riepilogo visite) indicando:

- data visita
- struttura



- scadenza
- esito

Si procede come sopra evidenziando nella lettera “trasmissione verbale” la presenza di prescrizioni.

Si monitorizza la scadenza delle prescrizioni e in prossimità della scadenza si contatta la struttura al fine di verificare l’assolvimento delle stesse.

Nella cartella della struttura si crea una sottocartella “PRESCRIZIONI” inserendo all’ interno il verbale in pdf e i successivi documenti:

- Documentazione fornita dalla struttura
- corrispondenza tra GAAR e struttura

Rimangono nella cartella generale della struttura i seguenti documenti:

- Lettera di trasmissione verbale con prescrizioni (e relativa copia firmata e protocollata)
- Attestazione del GAAR di assolvimento/ non assolvimento prescrizioni.

Si invia il verbale con lettera di trasmissione al Comune\Suap in caso di autorizzazione all’esercizio e al Settore Autorizzazioni e Accreditamenti (vedi Percorso PALEO trasmissione lettera firmata).



Allegato 4

ISTRUZIONI OPERATIVE Gestione Prescrizioni

Prescrizioni

Il CTO prende visione del verbale e valuta le prescrizioni.

Il protocollista invia il verbale al Comune\Suap nel caso di autorizzazione all'esercizio o al Settore Autorizzazioni Accreditamenti nel caso di accreditamento istituzionale, evidenziando nella lettera di trasmissione verbale la presenza di prescrizioni (previo confronto con il Coordinatore OTA).

Il protocollista registra nel file .xls (percorso: cartella OTA/legge regionale 21/riepilogo visite) la tipologia ed i termini delle prescrizioni. Precisamente indica:

- data visita
- struttura
- scadenza
- esito

Inoltre monitorizza i termini e contatta la struttura in prossimità della scadenza.

Assolvimento / non assolvimento delle prescrizioni

La struttura presenta la proposta di assolvimento delle prescrizioni al GGAR, che attesta l'assolvimento / non assolvimento delle stesse.

Il Team leader del GAAR invia la proposta di assolvimento / non assolvimento al Coordinatore OTA e alla struttura.

Il protocollista predispose la lettera di trasmissione verbale di chiusura con assolvimento / non assolvimento prescrizioni, la invia alla firma del Coordinatore OTA e la invia al Comune\Suap o al Settore Autorizzazioni Accreditamento tramite Paleo.

Il protocollista registra nel file .xls l'esito delle prescrizioni.

Trasmissione assolvimento prescrizioni

Si predispose la lettera trasmissione assolvimento/non assolvimento prescrizioni che verrà creata utilizzando la copia base che si trova nella cartella "COPIE BASE" presente nelle cartelle specifiche AUT o ACCR. Il file deve essere nominato nel seguente modo: "LETTERA TRASMISSIONE ASSOLVIMENTO/NON ASSOLVIMENTO PRESCRIZIONI + NOME STRUTTURA + COMUNE\SUAP".

Una volta creato il file word lettera si segue il seguente percorso: file – esporta – crea pdf - pubblica che in automatico si salva nella cartella specifica.

NOTA: il file .doc viene mantenuto fino all'arrivo del pdf firmato.

Percorso PALEO firma lettera:

la lettera in pdf viene inviata alla firma del Coordinatore OTA nella seguente modalità:

- nuovo documento interno
- inserire file documento principale
- inserire eventuali allegati
- data
- oggetto: trasmissione assolvimento\non assolvimento prescrizioni + nome struttura + Comune\Suap
- modello: Coordinatore OTA firma
- tipo documento PEC
- salva

Su inoltro compare l'ID in rosso che viene riportato sulla scheda struttura.



La copia firmata dal Coordinatore OTA che si riceve attraverso la posta PALEO deve seguire il seguente percorso:

- visualizza
- predisponi uscita
- inserisci i destinatari: Comune\Suap in caso di autorizzazione all'esercizio o Settore Autorizzazione Accreditamento in caso di Accreditamento istituzionale)
- protocolla
- spedisce
- si torna su file principale e si clicca su versione stampabile e si salva nella cartella specifica con il nome "copia firmata e protocollata trasmissione assolvimento prescrizioni".



Allegato 5

ISTRUZIONI OPERATIVE Fatturazione visite GAAR al Settore Affari Generali ARS

Allocazione dei documenti nella sottocartella - cartella OTA

Nella cartella condivisa \\10.252.0.97\ota\LR_21_2016\FATTURAZIONE sono state create le sottocartelle “PDF fatturazioni” e “XLS fatturazioni visite”.

- 1) sottocartella PDF: sono state create le sottocartelle relative all’anno, con all’interno le sottocartelle relative al mese di fatturazione e un file .docx “base lettera consuntivi visite GAAR” che serve per creare la lettera di trasmissione finale da allegare alle singole fatture. La lettera di trasmissione e le fatture allegate vanno inviate via Paleo al Funzionario del settore Affari generali. La sottocartella è reperibile all’indirizzo \\10.252.0.97\ota\LR_21_2016\FATTURAZIONE\PDF fatturazioni \202023_
- 2) sottocartella XLS: sono state create le sottocartelle relative all’anno, con all’interno i file .xls relativi al mese di fatturazione da inviare via mail al Funzionario della PF Affari generali. La sottocartella è reperibile all’indirizzo \\10.252.0.97\ota\LR_21_2016\FATTURAZIONE\XLS fatturazioni visite\2023_

Sottocartella PDF: verifica dati e preparazione della lettera di trasmissione fatturazioni

1 – Estrapolare la parte del verbale di visita relativa alla fatturazione (“SCHEMA TECNICA PER L’EMISSIONE DELLA FATTURA / NOTA DI ADDEBITO”) e copiarla nella sottocartella “PDF fatturazioni”.

Ciascun file va rinominato con un numero progressivo determinato dall’ordine cronologico della visita nel mese di riferimento, seguito da “fattura + nome della struttura”. (es.: 1 – fattura struttura Xxx);

2 – riportare i dati delle visite effettuate (rispettando lo stesso ordine cronologico delle fatture) nella lettera “base lettera consuntivi visite GAR”, indicando nella griglia:

- (A) data della visita
- (B) denominazione e indirizzo della struttura visitata
- (C) nominativi del gruppo dei valutatori
- (D) tipo di visita (AUT, ACCR, RINN ACCR).

	data	struttura	valutatori	visita
1	(A)	(B)	(C)	(D)
2				
...				


Terminato l’inserimento rinominare la lettera di riepilogo fatturazione visite “mese + consuntivi visite GAR”. Una volta creato il file word della lettera si segue il seguente percorso: file – esporta – crea pdf - pubblica che in automatico salva in formato PDF nella sottocartella specifica.

La lettera di trasmissione e le fatture allegate vanno inviate via Paleo al Funzionario della PF Affari generali (è sufficiente il solo ID, non occorre dare un numero di protocollo).

Una volta inviata, sostituire la lettera in pdf nella sottocartella con quella riportante l’ID.



Base lettera consuntivi visite GAAR

 **AGENZIA REGIONALE SANITARIA**
Organismo Tecnicamente Accreditante

Alla cortese attenzione: Dr.ssa Eleonora Della Ciana
Sede

Oggetto: fatturazione visite GAR – [] 2022

Si trasmette in allegato alla presente nota copia fotostatica delle schede relative alle visite effettuate presso le strutture sotto riportate ai fini dell'emissione di regolare fattura.

	data	struttura	valutatori	visita
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

I dati delle spettanze da corrispondere ai valutatori per le verifiche effettuate, da inoltrare con comunicazione trimestrale alle aziende convenzionate ASUR/AV/INRCA/AO per l'emissione della fattura all'ARS relativamente alle attività svolte dal proprio personale, vengono trasmessi a cadenza mensile (fine mese) con un file excel riepilogativo di tutte le schede fatture trasmesse nel corso del mese stesso.

Cordiali saluti.

Responsabile del procedimento:
Patrizia Giulietti

- AGENZIA REGIONALE SANITARIA -
Via Gentile da Fabriano 3 - 60125 Ancona - Tel. 071 8064121 - Fax 071 8064153 - P.IVA 01486510421
- email: agenzia_sanitaria@regione.marche.it - PEC: regione.marche.serv@emarche.it

Percorso PALEO invio lettera:

la lettera in pdf viene inviata al Funzionario della PF Affari generali nella seguente modalità:

- nuovo documento principale
- inserire file documento principale
- inserire allegati
- oggetto: trasmissione fatture visite GAR mese di ...
- modello: Funzionario Settore Affari generali



- tipo documento PEC
- salva

Su inoltro compare l'ID in rosso che viene riportato sulla stampa della lettera di riepilogo fatturazione visite.

Sottocartella XLS: verifica dati e preparazione del file.xls di riepilogo

- 1 – utilizzare il primo foglio di lavoro come prototipo, duplicarlo per creare un nuovo foglio di lavoro per ogni mese
- 2 – rinominare il foglio di lavoro con il numero cronologico e la denominazione del mese (nel file inserire le visite in ordine cronologico)
- 3 – compilare nel dettaglio la griglia immettendo nell'ordine:
 - (A) nominativo del valutatore (uno per riga)
 - (B) ente di appartenenza
 - (C) struttura visitata in Autorizzazione all'esercizio (data, denominazione, indirizzo)
 - (D) struttura visitata in Accreditamento / Rinnovo (data, denominazione, indirizzo)
 - (E) (F) tariffa forfettaria come da DGR 47/2022
 - (G) (H) (I) % di rimborso, importo rimborsabile e importo da rimborsare che vengono compilate in automatico dal foglio di calcolo

NOMINATIVI VALUTATORI	ENTE DI APPARTENENZA	STRUTTURA VISITATA IN AUTORIZZAZIONE	STRUTTURA VISITATA IN ACCREDITAMENTO	TARIFFA FORFETTARIA PER SINGOLO VALUTATORE	IMPORTO FATTURATO	% RIMBORSO	IMPORTO RIMBORSABILE	IMPORTO DA RIMBORSARE
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)

- 4 – inviare il file via mail al Funzionario del Settore Affari generali.

TIPOLOGIA STRUTTURA	POSTI / POSTI LETTO	TARIFFA FORFETTARIA PER SINGOLO VALUTATORE	NUMERO VALUTATORI PER VISITA
Ambulatoriale	///	€ 540,00	2
Residenziale / Semiresidenziale	< 20	€ 810,00	2
	20-100	€ 1.080,00	3
Ospedaliera	< 100	€ 1.620,00	3
	100 - 150	€ 2.160,00	5
	> 150	€ 4.320,00	6



Allegato 6

ISTRUZIONI OPERATIVE Invio Attestati visite GAAR a Valutatori ed Enti

Allocazione dei documenti nella sottocartella cartella OTA

Nella cartella condivisa ota\LR_21_2016\GAAR\CARTELLE VALUTATORI\ATTESTATI sono state create le sottocartelle ATTESTATI relative ad ogni valutatore del gruppo di accreditamento regionale.

All'interno di ogni sottocartella è stata creata una lettera base .docx per l'attestato mensile delle visite effettuate (denominato "cognome valutatore attestato visite GAAR 2022")

Verifica dati e preparazione degli attestati

Stampare la lettera di riepilogo fatturazione visite per il mese di interesse, reperibile nel percorso \\10.252.0.97\ota\LR_21_2016\FATTURAZIONE\PDF fatturazioni Eleonora Della Ciana\anno, dalla quale si recuperano i dati delle visite effettuate da ogni valutatore nel mese di riferimento e si inseriscono nel file .docx dell'attestato.

Si predisporre la lettera di attestato che verrà creata utilizzando la copia base (formato .doc) che si trova nella sottocartella denominata "cognome nome valutatore" presente nelle cartelle specifiche di ogni singolo valutatore.

Si rinomina la lettera "cognome valutatore attestato visite GAR mese anno", poi va esportata in formato .pdf per l'inserimento su Paleo e si invia al Coordinatore OTA per la firma.

Percorso PALEO firma lettera:

la lettera in pdf viene inviata alla firma del Coordinatore OTA nella seguente modalità:

- nuovo documento interno
- inserire file documento principale
- inserire eventuali allegati
- data
- oggetto: trasmissione attestato + Mese anno + Cognome valutatore
- modello: Coordinatore OTA firma
- tipo documento PEC
- salva

Su inoltro compare l'ID in rosso che viene riportato sulla scheda struttura.

La copia firmata dal Coordinatore OTA che si riceve attraverso la posta PALEO deve seguire il seguente percorso:

- visualizza
 - predisponi uscita
 - inserisci i destinatari (si inseriscono i nomi nella lettera), poi si clicca riporta poi si clicca dettaglio poi si inserisce la PEC della struttura e dei valutatori e quanti in indirizzo
 - protocolla
 - spedisce
- si torna su file principale e si clicca su versione stampabile e si salva nella cartella specifica del singolo Valutatore GAAR.



Allegati: Modulistica



Allegato A

Lettera Modello Base Attivazione GAAR e richiesta integrazioni SUAP



AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Regione Marche



Al Coordinatore
dell'Organismo Tecnicamente Accreditante OTA

Oggetto: L.R. 21/2016, art. 9, comma 2 – D.G.R. n.
Richiesta attivazione GAAR per la verifica del rispetto dei requisiti della
struttura denominata
“.....”

Con riferimento all'istanza in oggetto, pervenuta tramite pec il registrata al ns.
prot. n. relativa a:

- Struttura:
- Richiedente:
- Prestazioni:

Si chiede l'attivazione del GAAR, quale organismo deputato ai sensi della DGR n.28 del 17/07/2023, per la verifica del rispetto dei requisiti minimi di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria di cui al manuale regionale vigente.

Responsabile del procedimento

(-----)

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n.82/2005, modificato ed integrato dal D.Lgs. 235/2010 e dal D.P.R. 445/2000, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

- AGENZIA REGIONALE SANITARIA -

Via Gentile da Fabriano 3 - 60125 Ancona - Tel. 071 8064121 - Fax 071 8064153 - P.IVA 01486510421

- email: agenzia.sanitaria@regione.marche.it - PEC: regione.marche.ars@emarche.it

Richiesta integrazioni Suap



Trasmissione Via PEC

Alla cortese attenzione
Comune.....
suap.@pec.it

E p.c. struttura
.....@pec.it

Pratica SUAP

Oggetto: L.R. 21/2016, art. 9, comma 2 – D.G.R. n. []
Domanda per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della struttura denominata []
Richiesta regolarizzazione domanda.

Con riferimento all'istanza in oggetto, pervenuta il e registrata al ns. prot. n. si comunica che la domanda risulta carente della seguente documentazione:

-
-
-

La documentazione dovrà pervenire tramite il Comune all'indirizzo pec dell'OTA ota.aut2.esercizio@emarche.it; l'istruttoria si intende sospesa fino all'acquisizione dei documenti richiesti.

Con i migliori saluti.

IL RESPONSABILE DELL'ISTRUTTORIA

(-----)

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n.82/2005, modificato ed integrato dal D.Lgs. 235/2010, dal D.P.R. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

- AGENZIA REGIONALE SANITARIA -

Via Gentile da Fabriano 3 - 60125 Ancona - Tel. 071 8064121 - Fax 071 8064153 - P.IVA 01486510421

- email: agenzia.sanitaria@regione.marche.it - PEC: regione.marche.ars@emarche.it

Allegato B

Lettera convocazione visita per Esercizio



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Notifica visita di verifica dei requisiti minimi di autorizzazione	
---------------------------------	--	--

Trasmissione via PEC

Alla cortese attenzione: legale rappresentante

Spett.li Valutatori

e. p. c. Direttore AST
→ Area risorse umane

Oggetto: verifica del possesso dei requisiti per il rilascio di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria. L.R. n. 21/2016 - DGR

Richiedente:	Legale Rappresentante della	sita a	() in Via	n.
Struttura:	" " sita a	in Via	n.	,
prestazioni per cui è richiesta la verifica:				
regime:				

Si stabilisce che in data avrà luogo la visita per la valutazione del possesso dei requisiti ai sensi della normativa in oggetto a partire dalle ore circa.

Il gruppo di valutatori è composto da:

- (Team Leader)
-
-

ed effettuerà la verifica fuori orario di servizio così come previsto dalla convenzione stipulata tra l'AST/INRCA/AOUM e l'ARS.

Si precisa che, in preparazione del sopralluogo, il gruppo stesso effettuerà un pre-audit al fine di visionare anticipatamente tutta la documentazione prodotta dalla Struttura. Sarà facoltà dei valutatori richiedere documentazione integrativa da produrre al momento del sopralluogo.

I valutatori, in conflitto di interesse, devono comunicare tempestivamente all'Ota l'impossibilità di accettare l'incarico.

Effettuata la visita, si richiede alla struttura di restituire compilata all'OTA la scheda di valutazione allegata: "Scheda di valutazione team di valutazione GAAR da parte delle strutture".

Cordiali saluti.

Il Coordinatore OTA
Dott.ssa Sonia Tonucci

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. n.82/2005, modificato ed integrato dal D.Lgs. 235/2010 e dal D.P.R. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

Responsabile del procedimento:
Patrizia Giulietti



Regione Marche

- AGENZIA REGIONALE SANITARIA -

Via Gentile da Fabriano 3 - 60125 Ancona - Tel. 071 8064121 - Fax 071 8064153 - P.IVA 01486510421

- email: agenzia.sanitaria@regione.marche.it - PEC: regione.marche.ars@emarche.it

Allegato C

Lettera convocazione visita per Accreditamento



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Notifica visita di verifica dei requisiti di accreditamento	
--	--	--

Trasmissione via PEC

Alla cortese attenzione: legale rappresentante

Spett.li Valutatori

-

e. p. c. Direttore AST

→ Area risorse umane

Oggetto: verifica del possesso dei requisiti per il rilascio di accreditamento istituzionale.
L.R. n. 21/2016 - DGR n. 1572 del 16/12/2019.

Richiedente:	Legale Rappresentante della	sita a	() in Via	n.
Struttura:	" " sita a	in Via	n.	,
prestazioni per cui è richiesta la verifica:				
regime:				

Si stabilisce che in data _____ avrà luogo la visita per la valutazione del possesso dei requisiti ai sensi della normativa in oggetto a partire dalle ore _____ circa.

Il gruppo di valutatori è composto da:

- _____ (Team Leader)
- _____
- _____

ed effettuerà la verifica fuori orario di servizio così come previsto dalla convenzione stipulata tra l'AST/INRCA/AOUM e l'ARS.

Si precisa che, in preparazione del sopralluogo, il gruppo stesso effettuerà un pre-audit al fine di visionare anticipatamente tutta la documentazione prodotta dalla Struttura. Sarà facoltà dei valutatori richiedere documentazione integrativa da produrre al momento del sopralluogo.

I valutatori, in conflitto di interesse, devono comunicare tempestivamente all'Ota l'impossibilità di accettare l'incarico.

Si richiede invece alla struttura di restituire compilata all'OTA la scheda di valutazione allegata: "Scheda di valutazione team di valutazione GAAR da parte delle strutture".

Cordiali saluti.

Il Coordinatore OTA
Dott.ssa Sonia Tonucci

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. n.82/2005, modificato ed integrato dal D.Lgs. 235/2010 e dal D.P.R. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

Responsabile del procedimento:
Patrizia Giulietti



Regione Marche

- AGENZIA REGIONALE SANITARIA -

Via Gentile da Fabriano 3 - 60125 Ancona - Tel. 071 8064121 - Fax 071 8064153 - P.IVA 01486510421

- email: agenzia.sanitaria@regione.marche.it - PEC: regione.marche.ars@emarche.it



**Lettera Trasmissione Documentazione per verifica documentale Avanzamento
Accreditamento**



Alla cortese attenzione

Spettabili Valutatori
Valutatore 1
Valutatore 2

**Oggetto: verifica del possesso dei requisiti per il rilascio di accreditamento
istituzionale. L.R. n. 21/2016 - DGR n. 1572 del 16/12/2019.
Accreditamento Istituzionale della struttura “**”

**Trasmissione documentazione per verifica requisiti di accreditamento Livello
..... (Visita Livello Base effettuata in data .././... – Avanzamento Livello)**

In riferimento alla richiesta attivazione GAAR prot. n.|R_MARCHE|ARS|ARS|A
del si trasmette la documentazione per “verifica documentale” dei requisiti di
accreditamento Livello per la struttura in oggetto e relativo verbale di verifica.

Il verbale dovrà pervenire all'indirizzo pec dell'OTA ota.ars@emarche.it entro 15 giorni dalla
ricezione della presente.

Cordiali saluti.

Il Responsabile del Procedimento
(.....)

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n.82/2005, modificato ed
integrato dal D.Lgs. 235/2010, dal D.P.R. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il
documento cartaceo e la firma autografa.

- AGENZIA REGIONALE SANITARIA -

Via Gentile da Fabriano 3 - 60125 Ancona - Tel. 071 8064121 - Fax 071 8064153 - P.IVA 01486510421
- email: agenzia.sanitaria@regione.marche.it - PEC: regione.marche.ars@emarche.it



Allegato E

Verbale per Autorizzazione Esercizio- Strutture Residenziali e Semi Residenziali

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali	
--	---	--

Al Coordinatore dell'Organismo Tecnicamente Accreditante - OTA

Data della visita: [redacted]

1) DATI STRUTTURA

denominazione	[redacted]
indirizzo	[redacted]
prestazioni	[redacted]
Tipologia di attività ricompresa nel Manuale di Autorizzazione/ regime	<input type="checkbox"/> Residenziale con una dotazione di [redacted] p.l. (tipologia [redacted], ORPS [redacted])
	<input type="checkbox"/> Semiresidenziale con una dotazione di [redacted] p. (tipologia [redacted], ORPS [redacted])

Responsabile/legale rappresentante:

Nome e Cognome	[redacted]
Nata/o (data e luogo)	[redacted]
Residenza	[redacted]

Richiesta di rilascio di autorizzazione all'esercizio dell'attività socio sanitaria (art. 9 L.R. n. 21/2016) presentata in Comune in data [redacted].



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali	
--	---	--

2) PARTECIPANTI ALLA VISITA DI AUTORIZZAZIONE



Presenti per GAAR	Presenti per la struttura
TEAM LEADER []	NOME: [] QUALIFICA: []
COMPONENTE []	NOME: [] QUALIFICA: []
COMPONENTE []	NOME: [] QUALIFICA: []
COMPONENTE []	NOME: [] QUALIFICA: []
COMPONENTE []	NOME: [] QUALIFICA: []
COMPONENTE []	NOME: [] QUALIFICA: []
OSSERVATORE []	NOME: [] QUALIFICA: []



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	<p>Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p>Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali</p>	
--	---	--

3) ESTENSIONE DELLA VISITA

Viste le allegate copie del Manuale di Autorizzazione autocompilate e firmate, si è proceduto alla verifica dei requisiti compresi nei seguenti paragrafi:

Requisiti generali (Titolo per esteso)	N° Requisiti	Nome Tipologia (per esteso)	Codice paragrafo (sigla)	Evidenze	Note



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali	
--	---	--

4) RELAZIONE DI SINTESI

In data odierna, i sottoscritti componenti GAAR Marche hanno avuto accesso alla struttura denominata.....
 sita
 per la verifica del possesso dei requisiti minimi di autorizzazione ai sensi della L.R. 21/2016.
 Visitata la struttura, esaminata la documentazione e sentito il personale presente, si rileva quanto segue:

- la totale conformità di tutti i requisiti applicabili previsti dal manuale di autorizzazione;
- la parziale conformità dei requisiti applicabili previsti dal manuale di autorizzazione,
- l'assenza dei seguenti requisiti.....

5) GRIGLIA EVENTUALI PRESCRIZIONI

Requisiti generali (Titolo per esteso)	N° Requisiti	Nome Tipologia (per esteso)	Codice paragrafo (sigla)	Ipotesi Prescrittiva	Scadenza

Per quanto sopra esposto:

- si propone il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio
- si propone il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, con prescrizioni
- si propone il diniego all'autorizzazione all'esercizio

Firma del team leader: _____



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali
---------------------------------	---

6) SCHEDA TECNICA PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA/NOTA DI ADDEBITO

Visita di Autorizzazione - Generalità struttura


Data della visita

Legale Rappresentante	<input type="text"/>
DENOMINAZIONE della Società/ Ente / Azienda / Studio	<input type="text"/>
Sede	<input type="text"/>
P. IVA	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>
codice destinatario per fatturazione elettronica	<input type="text"/>
recapiti	Telefono <input type="text"/> Fax <input type="text"/> e-mail <input type="text"/>
Denominazione della Struttura oggetto della verifica	<input type="text"/>
Sede	<input type="text"/>

TIPOLOGIA STRUTTURA	POSTI LETTO	TARIFFA forfettaria per singolo valutatore	NUMERO VALUTATORI PER VISITA	
Ambulatoriale	//	€ 540,00	2	<input type="checkbox"/>
Residenziale e semiresidenziale	< 20	€ 810,00	2	<input type="checkbox"/>
	20-100	€ 1.080,00	3	<input type="checkbox"/>
Ospedaliera	< 100	€ 1.620,00	3	<input type="checkbox"/>
	100-150	€ 2.160,00	5	<input type="checkbox"/>
	>150	€ 4.320,00	6	<input type="checkbox"/>

Firma del team leader: _____



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali	
--	---	--

La presente relazione è composta da pagine n° [] e da allegati n° []

Una copia è stata consegnata al legale rappresentante della struttura.

..... li


(luogo) (data)

	Nome, Cognome	firma leggibile
Team leader	[]	
Valutatori	[]	
	[]	
	[]	
	[]	
	[]	
Osservatore	[]	



Allegato F

Verbale per Autorizzazione Esercizio- Strutture ospedaliere

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture Ospedaliere	
--	---	--

Al Coordinatore dell'Organismo Tecnicamente Accreditante - OTA

Data della visita: █

1) DATI STRUTTURA

denominazione	█
indirizzo	█
prestazioni	█
Tipologia di attività ricompresa nel Manuale di Autorizzazione/ regime	<input type="checkbox"/> Assistenza specialistica in regime ambulatoriale
	<input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti con una dotazione di █ p.l.

Responsabile/legale rappresentante:

Nome e Cognome	█
Nata/o (data e luogo)	█
Residenza	█

Richiesta di rilascio di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (art. 9 L.R. n. 21/2016) presentata in Comune in data █.




 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture Ospedaliere	
--	---	--

2) PARTECIPANTI ALLA VISITA DI AUTORIZZAZIONE

Presenti per GAAR	Presenti per la struttura
TEAM LEADER []	NOME: [] QUALIFICA: []
COMPONENTE []	NOME: [] QUALIFICA: []
COMPONENTE []	NOME: [] QUALIFICA: []
COMPONENTE []	NOME: [] QUALIFICA: []
COMPONENTE []	NOME: [] QUALIFICA: []
COMPONENTE []	NOME: [] QUALIFICA: []
OSSERVATORE []	NOME: [] QUALIFICA: []



 AGENZIA REGIONALE SANTARIA	<i>Agenzia Regionale Sanitaria</i> <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture Ospedaliere	
---	---	--

3) ESTENSIONE DELLA VISITA

Viste le allegate copie del Manuale di Autorizzazione autocompilate e firmate, si è proceduto alla verifica dei requisiti compresi nei seguenti paragrafi:

Descrizione Paragrafo (N° Paragrafo- N° Sotto paragraf.)	Codice Paragrafo	Requisito numerato	Evidenze	Note



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture Ospedaliere	
--	---	--

4) RELAZIONE DI SINTESI

In data odierna, i sottoscritti componenti GAAR Marche hanno avuto accesso alla struttura denominata.....
 sita
 per la verifica del possesso dei requisiti minimi di autorizzazione ai sensi della L.R. 21/2016.
 Visitata la struttura, esaminata la documentazione e sentito il personale presente, si rileva quanto segue:

- la totale conformità di tutti i requisiti applicabili previsti dal manuale di autorizzazione;
- la parziale conformità dei requisiti applicabili previsti dal manuale di autorizzazione,
- l'assenza dei seguenti requisiti.....

5) GRIGLIA EVENTUALI PRESCRIZIONI

Descrizione Paragrafo (N° Paragrafo- N° Sotto parag.)	Codice Paragrafo	Requisito numerato	Ipotesi Prescrittiva	Scadenza

Per quanto sopra esposto:

- si propone il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio
- si propone il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, con prescrizioni
- si propone il diniego all'autorizzazione all'esercizio

Firma del team leader: _____



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture Ospedaliere	
---------------------------------	---	--

6) SCHEDA TECNICA PER L'EMMISSIONE DELLA FATTURA/NOTA DI ADDEBITO

Visita di Autorizzazione - Generalità struttura

Data della visita

Legale Rappresentante	<input type="text"/>										
DENOMINAZIONE della Società/ Ente / Azienda / Studio	<input type="text"/>										
Sede	<input type="text"/>										
P. IVA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
codice destinatario per fatturazione elettronica	<input type="text"/>										
recapiti	Telefono <input type="text"/>					Fax <input type="text"/>					
	e-mail <input type="text"/>										
Denominazione della Struttura oggetto della verifica	<input type="text"/>										
Sede	<input type="text"/>										


TIPOLOGIA STRUTTURA	POSTI LETTO	TARIFFA forfettaria per singolo valutatore	NUMERO VALUTATORI PER VISITA	
Ambulatoriale	//	€ 540,00	2	<input type="checkbox"/>
Residenziale e semiresidenziale	< 20	€ 810,00	2	<input type="checkbox"/>
	20-100	€ 1.080,00	3	<input type="checkbox"/>
Ospedaliere	< 100	€ 1.620,00	3	<input type="checkbox"/>
	100-150	€ 2.160,00	5	<input type="checkbox"/>
	>150	€ 4.320,00	6	<input type="checkbox"/>

Firma del team leader: _____



Allegato G

Verbale autorizzazione esercizio Case Mix

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali	
--	--	--

Al Coordinatore dell'Organismo Tecnicamente Accreditante - OTA

Data della visita:

1) DATI STRUTTURA

denominazione	
indirizzo	
prestazioni	
Tipologia di attività ricompresa nel Manuale di Autorizzazione/ regime	<input type="checkbox"/> Residenziale con una dotazione di p.l. (tipologia , ORPS)
	<input type="checkbox"/> Semiresidenziale con una dotazione di p. (tipologia , ORPS)

Responsabile/legale rappresentante:

Nome e Cognome	
Nata/o (data e luogo)	
Residenza	

Richiesta di rilascio di autorizzazione all'esercizio dell'attività socio sanitaria (art. 9 L.R. n. 21/2016) presentata in Comune in data .




 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali	
--	--	--

2) PARTECIPANTI ALLA VISITA DI AUTORIZZAZIONE

Presenti per GAAR	Presenti per la struttura
TEAM LEADER	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
OSSERVATORE	NOME: QUALIFICA:



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali	
--	--	--

3) ESTENSIONE DELLA VISITA

Viste le allegate copie del Manuale di Autorizzazione autocompilate e firmate, si è proceduto alla verifica dei requisiti compresi nei seguenti paragrafi:

Requisiti generali (Titolo per esteso)	N° Requisiti	Nome Tipologia (per esteso)	Codice paragrafo (sigla)	Evidenze	Note



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali	
--	---	--

4) RELAZIONE DI SINTESI

In data odierna, i sottoscritti componenti GAAR Marche hanno avuto accesso alla struttura denominata.....
 sita
 per la verifica del possesso dei requisiti minimi di autorizzazione ai sensi della L.R. 21/2016.
 Visitata la struttura, esaminata la documentazione e sentito il personale presente, si rileva quanto segue:

- la totale conformità di tutti i requisiti applicabili previsti dal manuale di autorizzazione;
- la parziale conformità dei requisiti applicabili previsti dal manuale di autorizzazione,
- l'assenza dei seguenti requisiti.....

5) GRIGLIA EVENTUALI PRESCRIZIONI


Requisiti generali (Titolo per esteso)	N° Requisiti	Nome Tipologia (per esteso)	Codice paragrafo (sigla)	Ipotesi Prescrittiva	Scadenza

Per quanto sopra esposto:

- si propone il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio
- si propone il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, con prescrizioni
- si propone il diniego all'autorizzazione all'esercizio

Firma del team leader: _____



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali	
--	--	--

CASE MIX

Al fine di garantire la continuità assistenziale della persona (*case mix*), si valuta il possesso dei seguenti requisiti

CODIFICA

--	--	--	--	--	--	--	--

PARAGRAFO

Requisiti generali (Titolo per esteso)	N° Requisiti	Nome Tipologia (per esteso)	Codice paragrafo (sigla)	Evidenze	Note

Presenza di tutti i requisiti case mix

Eventuali prescrizioni case mix



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali	
--	--	--

GRIGLIA EVENTUALI PRESCRIZIONI (CASE MIX)


Requisiti generali (Titolo per esteso)	N° Requisiti	Nome Tipologia (per esteso)	Codice paragrafo (sigla)	Ipotesi Prescrittiva	Scadenza

Per quanto sopra esposto si esprime:

- la totale conformità di tutti i requisiti applicabili previsti dal manuale di autorizzazione;
- la parziale conformità dei requisiti applicabili previsti dal manuale di autorizzazione,
- l'assenza dei seguenti requisiti.....
.....

Firma del team leader: _____



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali	
--	---	--

6) SCHEDA TECNICA PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA/NOTA DI ADDEBITO

Visita di Autorizzazione - Generalità struttura

Data della visita

Legale Rappresentante	
DENOMINAZIONE della Società/ Ente / Azienda / Studio	
Sede	
P. IVA	
Codice Fiscale	
codice destinatario per fatturazione elettronica	
recapiti	Telefono Fax e-mail
Denominazione della Struttura oggetto della verifica	
Sede	

TIPOLOGIA STRUTTURA	POSTI LETTO	TARIFFA forfettaria per singolo valutatore	NUMERO VALUTATORI PER VISITA	
Ambulatoriale	//	€ 540,00	2	<input type="checkbox"/>
Residenziale e semiresidenziale	< 20	€ 810,00	2	<input type="checkbox"/>
	20-100	€ 1.080,00	3	<input type="checkbox"/>
Ospedaliera	< 100	€ 1.620,00	3	<input type="checkbox"/>
	100-150	€ 2.160,00	5	<input type="checkbox"/>
	>150	€ 4.320,00	6	<input type="checkbox"/>

Firma del team leader: _____



	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali	
---	--	--

La presente relazione è composta da pagine n° e da allegati n°

Una copia è stata consegnata al legale rappresentante della struttura.

....., li

(luogo)

(data)

		Nome, Cognome	firma leggibile
Team leader			
Valutatori			
Osservatore			



Allegato H

Verbale accreditamento

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditazione	
--	--	--

Al Coordinatore dell'Organismo Tecnicamente Accreditante - OTA

Data della visita:

1) DATI STRUTTURA

denominazione	
indirizzo	
prestazioni	
Tipologia di attività ricompresa nel Manuale di Accreditazione/ regime	<input type="checkbox"/> Assistenza specialistica in regime ambulatoriale
	<input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti con una dotazione di p.l.
	<input type="checkbox"/> Residenziale con una dotazione di p.l. (tipologia , ORPS)
	<input type="checkbox"/> Semiresidenziale con una dotazione di p. (tipologia , ORPS)
	<input type="checkbox"/> Stabilimenti termali
	<input type="checkbox"/> Studi professionali

Responsabile/legale rappresentante:

Nome e Cognome	
Nata/o (data e luogo)	
Residenza	

Richiesta di rilascio di accreditamento istituzionale presentata al Dirigente Servizio Sanità Regione Marche in data .



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditamento	
--	--	--

2) PARTECIPANTI ALLA VISITA DI ACCREDITAMENTO

Presenti per GAAR	Presenti per la struttura
TEAM LEADER	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
OSSERVATORE	NOME: QUALIFICA:



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditazione	
---------------------------------	--	--

3) ESTENSIONE DELLA VISITA PER IL\I LIVELLO\I:

- 1 **BASE**
 2 **AVANZATO**
 3 **ECCELLENZA**

Viste le allegate copie del Manuale di Accreditazione autocomplete e firmate, si è proceduto alla verifica dei seguenti requisiti:


LIVELLO BASE evidenze I e II					
CRITERIO 1	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	1.1.1	I	NC		
	1.1.2	I	NC		
	1.1.3	II	NC		
	1.2.1	I	nc		
	1.2.2	I	nc		
	1.2.3	II	NC		
	1.3.1	I	NC		
	1.3.2	II	NC		
	1.4.1	I	NC		
	1.4.2	I	NC		
	1.4.3	II	NC		
	1.5.1	I	NC		
	1.5.2	I	NC		
	1.5.3	I	NC		
	1.5.4	II	NC		
	1.5.5	II	NC		
	1.5.6	II	nc		
	1.6.1	I	NC		
	1.6.2	I	NC		
	1.6.3	II	NC		
	1.6.4	II	NC		
CRITERIO 2	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	2.1.1	I	NC		
	2.1.2	II	NC		
	2.2.1	I	NC		
	2.2.2	I	NC		
	2.2.3	I	NOP		
	2.2.4	II	NOP		
	2.2.5	II	NOP		
	2.2.6	II	NC		
	2.3.1	I	NC		
	2.3.2	I	NC		
	2.3.3	I	NC		
	2.3.4	I	NC		



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditazione	
---------------------------------	--	--

	2.3.5	II	NC		
	2.3.6	II	NOP		
	2.4.1	I	NC		
	2.4.2	I	NC		
	2.4.3	I	NC		
	2.4.4	I	NC		
	2.4.5	I	NC		
	2.4.6	II	NC		
	2.5.1	I	NOP		
	2.5.2	I	NOP		
	2.5.3	I	NC		
	2.5.4	II	NC		
	2.5.5	II	NC		
CRITERIO 3	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	3.1.1	I	NOP		
	3.1.2	I	NOP		
	3.1.3	II	NOP		
	3.1.4	II	NOP		
	3.2.1	I	NC		
	3.2.2	I	NOP		
	3.2.3	I	NOP		
	3.2.4	II	NOP		
CRITERIO 4	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	4.1.1	I	NC		
	4.1.2	I	NC		
	4.1.3	I	NC		
	4.1.4	II	NC		
	4.1.5	II	NC		
	4.2.1	I	NC		
	4.2.2	I	NC		
	4.2.3	II	NOP		
CRITERIO 5	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	5.1.1	I	NC		
	5.1.2	I	NC		
	5.1.3	II	NC		
	5.2.1	I	NC		
	5.2.2	I	NC		
	5.2.3	II	NC		
	5.3.1	I	NC		
	5.3.2	I	NC		
	5.3.3	I	NC		



 <p style="text-align: center;"> Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditazione </p>					
	5.3.4	II	NC		
	5.3.5	II	NC		
	5.3.6	II	nc		
	5.4.1	I	NC		
	5.4.2	I	NC		
	5.4.3	II	NC		
	5.5.1	I	NC		
	5.5.2	I	NC		
	5.5.3	I	NC		
	5.5.4	II	NC		
CRITERIO 6	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	6.1.1	I	NC		
	6.1.2	I	NOP		
	6.1.3	I	NOP		
	6.1.4	II	NC		
	6.2.1	I	NOP		
	6.2.2	I	NOP		
	6.2.3	II	NC		
	6.3.1	I	NOP		
	6.3.2	I	NOP		
	6.3.3	I	NC		
	6.3.4	II	NC		
	6.3.5	II	NOP		
	6.4.1	I	NC		
	6.4.2	I	NC		
	6.4.3	II	NC		
CRITERIO 7	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	7.1.1	I	NC		
	7.1.2	I	NC		
	7.1.3	II	NC		
	7.2.1	I	NC		
	7.2.2	II	nc		
	7.3.1	I	nc/NC		
	7.3.2	I	nc		
	7.3.3	II	nc/NC		
CRITERIO 8	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	8.1.1	I	nc		
	8.1.2	I	nc		
	8.1.3	I	nc		
	8.1.4	II	nc		



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditazione	
---------------------------------	--	--

LIVELLO AVANZATO evidenze III					
CRITERIO 1	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	1.1.4	III	NC		
	1.2.4	III	NC		
	1.3.3	III	NC		
	1.4.4	III	NC		
	1.5.7	III	NC		
	1.6.5	III	NC		
CRITERIO 2	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	2.1.3	III	NC		
	2.1.4	III	NC		
	2.2.7	III	NC		
	2.3.7	III	NC		
	2.4.7	III	NC		
	2.5.6	III	NC		
CRITERIO 3	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	3.1.5	III	NC		
	3.2.5	III	NC		
CRITERIO 4	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	4.1.6	III	NC		
	4.2.4	III	NC		
CRITERIO 5	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	5.1.4	III	NC		
	5.2.4	III	NC		
	5.3.7	III	NC		
	5.4.4	III	NC		
	5.5.5	III	NC		
CRITERIO 6	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	6.1.5	III	NC		
	6.2.4	III	NC		
	6.3.6	III	NC		
	6.3.7	III	NC		
	6.3.8	III	NC		
	6.4.4	III	NC		
CRITERIO 7	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditazione
---------------------------------	--

	7.1.4	III	NC		
	7.2.3	III	NC		
	7.3.4	III	nc NC		
CRITERIO 8	Evidenze	Tipo	NOP/ NC/nc		
	8.1.5	III	nc		

LIVELLO ECCELLENZA evidenze IV

CRITERIO 1	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	1.1.5	IV	NC		
	1.1.6	IV	NC		
	1.2.5	IV	NC		
	1.2.6	IV	NC		
	1.3.4	IV	NC		
	1.3.5	IV	NC		
	1.4.5	IV	NC		
	1.4.6	IV	NC		
	1.5.8	IV	NC		
	1.5.9	IV	NC		
	1.6.6	IV	NC		
	1.6.7	IV	NC		
CRITERIO 2	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	2.1.5	IV	NC		
	2.1.6	IV	NC		
	2.2.8	IV	NC		
	2.2.9	IV	NC		
	2.3.8	IV	NC		
	2.3.9	IV	NC		
	2.4.8	IV	NC		
	2.4.9	IV	NC		
	2.5.7	IV	NC		
	2.5.8	IV	NC		
CRITERIO 3	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	3.1.6	IV	NC		
	3.1.7	IV	NC		
	3.2.6	IV	NC		
	3.2.7	IV	NC		
CRITERIO 4	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	4.1.7	IV	NC		
	4.1.8	IV	NC		
	4.2.5	IV	NC		



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditazione	
---------------------------------	--	--

	4.2.6	IV	NC		
CRITERIO 5	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	5.1.5	IV	NC		
	5.1.6	IV	NC		
	5.2.5	IV	NC		
	5.2.6	IV	NC		
	5.3.8	IV	NC		
	5.3.9	IV	NC		
	5.4.5	IV	NC		
	5.4.6	IV	NC		
	5.5.7	IV	NC		
	5.5.8	IV	NC		
CRITERIO 6	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	6.1.6	IV	NC		
	6.1.7	IV	NC		
	6.2.5	IV	NC		
	6.2.6	IV	NC		
	6.3.9	IV	NC		
	6.3.10	IV	NC		
	6.4.5	IV	NC		
	6.4.6	IV	NC		
CRITERIO 7	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	7.1.5	IV	NC		
	7.1.6	IV	NC		
	7.2.4	IV	NC		
	7.2.5	IV	NC		
	7.3.5	IV	NC		
	7.3.6	IV	NC		
CRITERIO 8	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
	8.1.6	IV	NC		
	8.1.7	IV	NC		

NOTA:

NC PRESCRIZIONI MASSIMO 6 MESI

nc PRESCRIZIONI MASSIMO 3 MESI

NOP NO PRESCRIZIONE – LA STRUTTURA NON PUÒ' ESSERE ACCREDITATA



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditemento	
--	---	--

4) RELAZIONE DI SINTESI

In data odierna, i sottoscritti componenti GAAR Marche hanno avuto accesso alla struttura denominata

sita
 per la verifica del possesso dei requisiti di accreditamento ai sensi della L.R. 21/2016, per il livello: base, avanzato, eccellenza.

Visitata la struttura, esaminata la documentazione e sentito il personale presente, si rileva quanto segue:

- la totale conformità di tutti i requisiti applicabili previsti dal manuale di accreditamento;
- la parziale conformità dei requisiti applicabili previsti dal manuale di accreditamento.

5) GRIGLIA PRESCRIZIONI

Criterio	Requisito n°	Evidenze n°	Ipotesi prescrittiva	Scadenza	
				NC (3 mesi)	NC (6 mesi)



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	<p>Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i></p> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditemento	
--	---	--

Per quanto sopra esposto, sulla base della rispondenza ai requisiti **si propone**:

- il rilascio dell'accréditamento livello base
- il rilascio dell'accréditamento livello base e avanzato
- il rilascio dell'accréditamento livello base, avanzato ed eccellenza
- il rilascio del rinnovo accreditemento
- il rilascio dell'accréditamento livello _____ con presenza di prescrizioni
- il mancato rilascio dell'accréditamento a seguito della mancanza delle evidenze rispetto ai requisiti indicati.

Firma del team leader: _____



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditamento	
---------------------------------	--	--

6) SCHEDA TECNICA PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA/NOTA DI ADDEBITO

Visita di Accreditamento - Generalità struttura

Data della visita

Legale Rappresentante	
DENOMINAZIONE della Società/ Ente / Azienda / Studio	
Sede	
P. IVA	
Codice Fiscale	
codice destinatario per fatturazione elettronica	
recapiti	Telefono e-mail Fax
Denominazione della Struttura oggetto della verifica	
Sede	

TIPOLOGIA STRUTTURA	POSTI LETTO	TARIFFA forfettaria per singolo valutatore	NUMERO VALUTATORI PER VISITA	
Ambulatoriale	//	€ 540,00	2	<input type="checkbox"/>
Residenziale e semiresidenziale	< 20	€ 810,00	2	<input type="checkbox"/>
	20-100	€ 1.080,00	3	<input type="checkbox"/>
Ospedaliera	< 100	€ 1.620,00	3	<input type="checkbox"/>
	100-150	€ 2.160,00	5	<input type="checkbox"/>
	>150	€ 4.320,00	6	<input type="checkbox"/>

Firma del team leader: _____



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditazione	
--	--	--

La presente relazione è composta da pagine n° e da allegati n°

Una copia è stata consegnata al legale rappresentante della struttura.

....., li

(luogo)

(data)

	Nome, Cognome	firma leggibile
Team leader		
Valutatori		
Osservatore		



Allegato I

Verbale accreditamento verifica documentale

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di Evidenza Documentale di Accreditamento	
---------------------------------	---	--

Al Coordinatore dell'Organismo Tecnicamente Accreditante - OTA
ota.ars@emarche.it
Alla struttura
pec

1) DATI STRUTTURA

denominazione	
indirizzo	
prestazioni	
Tipologia di attività ricompresa nel Manuale di Accreditamento/ regime	<input type="checkbox"/> Assistenza specialistica in regime ambulatoriale
	<input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti con una dotazione di p.l.
	<input type="checkbox"/> Residenziale con una dotazione di p.l. (tipologia , ORPS)
	<input type="checkbox"/> Semiresidenziale con una dotazione di p. (tipologia , ORPS)
	<input type="checkbox"/> Stabilimenti termali
	<input type="checkbox"/> Studi professionali

- DECRETO DI ACCREDITAMENTO LIVELLO BASE - NUMERO DATA
- DECRETO DI ACCREDITAMENTO LIVELLO AVANZATO - NUMERO _____ DATA _____

2) GRUPPO GAAR

TEAM LEADER:
 COMPONENTE:
 COMPONENTE:



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di Evidenza Documentale di Accreditazione	
---------------------------------	---	--

3) ESTENSIONE DELLA VERIFICA PER IL\I LIVELLO\I:

- 2 AVANZATO
3 ECCELLENZA

Visti gli allegati documenti visionati firmate, si è proceduto alla verifica dei seguenti requisiti:

LIVELLO AVANZATO evidenze III						
File Allegato n.	CRITERIO 1	Evidenze	Tipo	NOP/NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		1.1.4	III	NC		
		1.2.4	III	NC		
		1.3.3	III	NC		
		1.4.4	III	NC		
		1.5.7	III	NC		
		1.6.5	III	NC		
File Allegato n.	CRITERIO 2	Evidenze	Tipo	NOP/NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		2.1.3	III	NC		
		2.1.4	III	NC		
		2.2.7	III	NC		
		2.3.7	III	NC		
		2.4.7	III	NC		
		2.5.6	III	NC		
File Allegato n.	CRITERIO 3	Evidenze	Tipo	NOP/NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		3.1.5	III	NC		
		3.2.5	III	NC		
File Allegato n.	CRITERIO 4	Evidenze	Tipo	NOP/NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		4.1.6	III	NC		
		4.2.4	III	NC		
File Allegato n.	CRITERIO 5	Evidenze	Tipo	NOP/NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		5.1.4	III	NC		
		5.2.4	III	NC		
		5.3.7	III	NC		
		5.4.4	III	NC		
		5.5.5	III	NC		
		5.5.6	III	NC		
	CRITERIO 6	Evidenze	Tipo	NOP/NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		6.1.5	III	NC		
		6.2.4	III	NC		



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di Evidenza Documentale di Accreditamento	
---------------------------------	---	--

		6.3.6	III	NC		
		6.3.7	III	NC		
		6.3.8	III	NC		
		6.4.4	III	NC		
File Allegato n.	CRITERIO 7	Evidenze	Tipo	NOP/NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		7.1.4	III	NC		
		7.2.3	III	NC		
		7.3.4	III	nc NC		
File Allegato n.	CRITERIO 8	Evidenze	Tipo	NOP/NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		8.1.5	III	nc		
LIVELLO ECCELLENZA evidenze IV						
File Allegato n.	CRITERIO 1	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		1.1.5	IV	NC		
		1.1.6	IV	NC		
		1.2.5	IV	NC		
		1.2.6	IV	NC		
		1.3.4	IV	NC		
		1.3.5	IV	NC		
		1.4.5	IV	NC		
		1.4.6	IV	NC		
		1.5.8	IV	NC		
		1.5.9	IV	NC		
		1.6.6	IV	NC		
		1.6.7	IV	NC		
File Allegato n.	CRITERIO 2	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		2.1.5	IV	NC		
		2.1.6	IV	NC		
		2.2.8	IV	NC		
		2.2.9	IV	NC		
		2.3.8	IV	NC		
		2.3.9	IV	NC		
		2.4.8	IV	NC		
		2.4.9	IV	NC		
		2.5.7	IV	NC		
		2.5.8	IV	NC		
File Allegato n.	CRITERIO 3	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		3.1.6	IV	NC		
		3.1.7	IV	NC		



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di Evidenza Documentale di Accreditazione	
---	---	--

		3.2.6	IV	NC		
		3.2.7	IV	NC		
File Allegato n.	CRITERIO 4	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		4.1.7	IV	NC		
		4.1.8	IV	NC		
		4.2.5	IV	NC		
		4.2.6	IV	NC		
File Allegato n.	CRITERIO 5	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		5.1.5	IV	NC		
		5.1.6	IV	NC		
		5.2.5	IV	NC		
		5.2.6	IV	NC		
		5.3.8	IV	NC		
		5.3.9	IV	NC		
		5.4.5	IV	NC		
		5.4.6	IV	NC		
		5.5.7	IV	NC		
		5.5.8	IV	NC		
File Allegato n.	CRITERIO 6	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		6.1.6	IV	NC		
		6.1.7	IV	NC		
		6.2.5	IV	NC		
		6.2.6	IV	NC		
		6.3.9	IV	NC		
		6.3.10	IV	NC		
		6.4.5	IV	NC		
		6.4.6	IV	NC		
File Allegato n.	CRITERIO 7	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		7.1.5	IV	NC		
		7.1.6	IV	NC		
		7.2.4	IV	NC		
		7.2.5	IV	NC		
		7.3.5	IV	NC		
		7.3.6	IV	NC		
File Allegato n.	CRITERIO 8	Evidenze	Tipo	NC/nc	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
		8.1.6	IV	NC		
		8.1.7	IV	NC		



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di Evidenza Documentale di Accredimento	
--	--	--

NOTA:

NC PRESCRIZIONI MASSIMO 6 MESI

nc PRESCRIZIONI MASSIMO 3 MESI

NOP NO PRESCRIZIONE – LA STRUTTURA NON PUÒ' ESSERE ACCREDITATA

Per le evidenze di tipo III e IV al momento della valutazione delle evidenze documentali è concedibile una prescrizione a 6 mesi per il miglioramento della qualità della documentazione presentata

4) RELAZIONE DI SINTESI

I sottoscritti componenti GAAR Marche hanno visionato la documentazione presentata per la verifica del possesso dei requisiti di accreditamento ai sensi della L.R. 21/2016, per il/i livello/i:

2 avanzato, 3 eccellenza.

Esaminata la documentazione si rileva quanto segue:

- la totale conformità di tutti i requisiti applicabili previsti dal manuale di accreditamento;
- la parziale conformità dei requisiti applicabili previsti dal manuale di accreditamento.

5) GRIGLIA PRESCRIZIONI

Criterio	Requisito n°	Evidenze n°	Ipotesi prescrittiva	Scadenza	
				NC (3 mesi)	NC (6 mesi)



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di Evidenza Documentale di Accreditazione	
--	--	--

--	--	--	--	--	--

la parziale qualità della documentazione presentata (prescrizione a 6 mesi).

.....

Per quanto sopra esposto, sulla base della rispondenza ai requisiti **si propone:**

- il rilascio dell'accredimento livello avanzato
- il rilascio dell'accredimento livello avanzato ed eccellenza
- il rilascio dell'accredimento livello eccellenza
- il rilascio dell'accredimento con presenza di prescrizioni (per le evidenze di tipo III e IV al momento della valutazione delle evidenze documentali è concedibile una prescrizione a 6 mesi per il miglioramento della qualità della documentazione presentata)
- il mancato rilascio dell'accredimento a seguito della mancanza delle evidenze rispetto ai requisiti indicati.

	Nome, Cognome	firma leggibile
Team leader		
Valutatori		

(luogo) (data)



Allegato L

Format Piano di Audit

PIANO DI AUDIT

CAMPO DI APPLICAZIONE DELL'AUDIT	
(denominazione della struttura soggetta a visita) _____ _____	
AUDIT TEAM (GAAR):	
1 (nome), (funzione) team leader gruppo di audit	
2 (nome), (funzione*) membro del gruppo di audit	
3 (nome), (funzione) membro del gruppo di audit	
4 (nome), (funzione) membro del gruppo di audit	
5 (nome), (funzione) membro del gruppo di audit	
6 (nome), (funzione) membro del gruppo di audit	
* <i>valutatore, osservatore</i>	
RUOLI ISTITUZIONALI STRUTTURA DA COINVOLGERE	
(funzione nella struttura)	
(funzione nella struttura)	
(funzione nella struttura)	
(funzione nella struttura)	
(funzione nella struttura)	
(funzione nella struttura)	
DURATA INDICATIVA PER LO SVOLGIMENTO DELL'AUDIT - data _____	
Inizio ora _____	fine ora _____ campo dell'audit
Inizio ora _____	fine ora _____ campo dell'audit
Inizio ora _____	fine ora _____ campo dell'audit
Inizio ora _____	fine ora _____ campo dell'audit
Inizio ora _____	fine ora _____ campo dell'audit



DOCUMENTI (EVIDENZE) VERIFICATI IN SEDE DI PRE - AUDIT	
AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO	note
<i>protezione antisismica</i>	
<i>protezione antincendio</i>	
<i>protezione acustica</i>	
<i>piano strategico con organigramma e funzionigramma</i>	
<i>piano della formazione;</i>	
<i>piano gestione eventi avversi</i>	
<i>piano manutenzioni</i>	
<i>inventario delle tecnologie</i>	
<i>procedura per la gestione della documentazione</i>	
<i>Cronoprogramma per adeguamento requisiti strutturali e/o tecnologici</i>	
ACCREDITAMENTO	note
<i>piano di audit</i>	
<i>carta dei servizi</i>	
<i>procedura gestione della documentazione</i>	
<i>riesame della direzione delle non conformità con definizioni delle azioni di miglioramento</i>	
<i>piano della formazione</i>	
<i>piano annuale per la gestione del rischio clinico</i>	
<i>piano della qualità</i>	
<i>Cronoprogramma per livello avanzato</i>	
<i>Cronoprogramma per livello avanzato ed eccellenza</i>	
<i>Cronoprogramma per livello di eccellenza</i>	

Luogo _____

Data _____

Firma team leader _____



Allegato M

Attestato di visita GAAR



AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Trasmissione via PEC

Alla cortese attenzione: – Direttore AST
pec
→ *Area risorse umane*

– Valutatore
pec

Oggetto: Partecipazione alle attività del GAAR - Gruppo Autorizzazione e Accreditamento Regionale per le visite di verifica del possesso dei requisiti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie (LR 21/2016; DGR n.47/2018; DGR n.1571 n.1572 n.1573 del 16/12/2019; DGR n.1669 del 30/12/2019; DGR n.937 e n.938 del 20/07/2020).

Viste le risultanze del Verbale di Visita, con la presente si attesta che, nel mese di.... 2023, il componente GAAR ha partecipato alle seguenti visite per la verifica del possesso dei requisiti delle strutture sanitarie:

data visita	struttura (denominazione, sede)

Cordiali saluti.

Il Coordinatore OTA
Dott.ssa Sonia Tonucci

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n.82/2005, modificato ed integrato dal D.Lgs. 235/2010 e dal D.P.R. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

Responsabile dell'istruttoria: Patrizia Giuliotti
Tel. 071/806.4062
patrizia.giuliotti@regione.marche.it



Regione Marche

- AGENZIA REGIONALE SANITARIA -

Via Gentile da Fabriano 3 - 60125 Ancona - Tel. 071 8064121 - Fax 071 8064153 - P.IVA 01486510421

- email: agenzia.sanitaria@regione.marche.it - PEC: regione.marche.ars@emarche.it



Allegato N

Lettera trasmissione verbale per Esercizio



Regione Marche



|

Alla cortese attenzione
Comune di [REDACTED]
comune@...it

e p.c. Alla cortese attenzione
SETTORE AUTORIZZAZIONI e ACCREDITAMENTI
Sede
regione.marche.accreditamentistrutture sanitarie@emarche.it

Oggetto: invio relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale Autorizzazione (DGR [REDACTED]).

Autorizzazione all'esercizio struttura [REDACTED] sita a [REDACTED] ([REDACTED]) in Via [REDACTED] n. [REDACTED] per prestazioni di [REDACTED] in regime [REDACTED].

In riferimento alla richiesta attivazione GAR prot. n. [REDACTED] IR_MARCHE|ARS|ARS|A del [REDACTED] si trasmette il rapporto finale del sopralluogo appositamente effettuato in data [REDACTED] dal Gruppo Regionale dei Valutatori.

Al fine di dare seguito alla procedura di autorizzazione, per la parte scrivente, si precisa che non sussistono elementi ostacolanti il prosieguo della stessa.

Si esprime parere di autorizzazione all'esercizio con prescrizioni.
Si riserva il rilascio del parere definitivo di autorizzazione all'esercizio a seguito dell'adempimento delle prescrizioni assegnate entro i tempi indicati.

Si ricorda di inviare tassativamente l'autorizzazione comunale alla pec [ota.ota.ota.aut2.esercizio@emarche.it](mailto:ota.ota.aut2.esercizio@emarche.it)

Cordiali saluti.

Il Coordinatore OTA
Dott.ssa Sonia Tonucci

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa

Responsabile del procedimento
Patrizia Giustini

- AGENZIA REGIONALE SANITARIA -

Via Gentile da Fabriano 3 - 60125 Ancona - Tel. 071 8064121 - Fax 071 8064153 - P.IVA 01486510421

- email: agenzia.sanitaria@regione.marche.it - PEC: regione.marche.ars@emarche.it

Allegato O



Lettera trasmissione verbale per Accredimento Istituzionale



|

Alla cortese attenzione
SETTORE AUTORIZZAZIONI e ACCREDITAMENTI
Sede
regione.marche.accreditamentistrutturisanitarie@emarche.it

Oggetto: invio relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accredimento (DGR. n. 1572 del 16/12/2019).

Accreditamento Istituzionale della struttura [] sita a [] ([]) in Via [] n. [] per prestazioni di [] in regime [] .

In riferimento alla richiesta attivazione GAR prot. n. []|R_MARCHE|ARS|ARS|A del [] si trasmette il rapporto finale del sopralluogo appositamente effettuato in data [] dal Gruppo Regionale dei Valutatori presso la struttura in oggetto.

Al fine di dare seguito alla procedura di accreditamento per la parte scrivente:

si precisa che non sussistono elementi ostacolanti il prosieguo della stessa e la proposta di accreditamento è nel livello [];

Si esprime parere di accreditamento di livello..... con prescrizioni.

Si riserva il rilascio del parere definitivo di accreditamento di livello..... a seguito dell'adempimento delle prescrizioni assegnate entro i tempi indicati.

Cordiali saluti.

Il Coordinatore OTA
Dott.ssa Sonia Tonucci

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa

~~Responsabile del procedimento:~~
Patrizia Giulietti

- AGENZIA REGIONALE SANITARIA -

Via Gentile da Fabriano 3 - 60125 Ancona - Tel. 071 8064121 - Fax 071 8064153 - P.IVA 01486510421

... email: segreteria@ars.marche.it - PEC: ars@ars.marche.it

Allegato P



Lettera trasmissione verifica documentale Avanzamento accreditamento



Alla cortese attenzione
SETTORE AUTORIZZAZIONI e ACCREDITAMENTI
Sede
regione.marche.accreditamentistrutture sanitarie@emarche.it

**Oggetto: invio relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditamento (DGR. n. 1572 del 16/12/2019).
Accreditamento Istituzionale della struttura “.....**

In riferimento alla richiesta attivazione GAR prot. n.R_MARCHE|ARS|ARS|A delsi trasmette il rapporto finale relativo alla verifica documentale dei requisiti di accreditamento di Livello (Visita Livello Base effettuata in data).

Si esprime parere di accreditamento di livello

Cordiali saluti.

Il Coordinatore OTA
Dott.ssa Sonia Tonucci

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n. 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa

Responsabile del procedimento:
Patrizia Giulietti



Lettera trasmissione assolvimento prescrizioni



Alla cortese attenzione
SETTORE AUTORIZZAZIONI e ACCREDITAMENTI
Sede
regione.marche.accreditamentistrutture sanitarie@emarche.it

**Oggetto: invio relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditemento (DGR n. 1572 del 16/12/2019).
Accreditemento Istituzionale della struttura sita a (.....) in Via n. ... per prestazioni di in regime**

In riferimento alla richiesta attivazione GAR prot. n.|R_MARCHE|ARS|ARS|A del si trasmette la relazione di assolvimento non assolvimento delle prescrizioni assegnate a seguito del sopralluogo appositamente effettuato in data dal Gruppo Regionale dei Valutatori presso la struttura in oggetto.
La proposta di accreditemento è nel livello

Cordiali saluti.

Il Coordinatore OTA
Dott.ssa Sonia Tonucci

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n. 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa

Responsabile del procedimento:
Patrizia Giulietti



Scheda Attività tutoraggio/training sul campo

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Scheda attività di tutoraggio/training sul campo
--	---

Nuovo valutatore GAAR: Nome _____ Cognome _____

Tutor (team leader o suo delegato) Nome _____ Cognome _____

Data visita _____

Denominazione Struttura soggetta a visita _____

Tipologia di visita

- Autorizzazione all'esercizio
- Accreditalmento
- Visita ispettiva

Dimensione considerata	Indicatori	Valutazione		
		Conforme	Parzialmente conforme	Non conforme
Programmazione e gestione delle attività	Partecipa fattivamente nello svolgimento delle attività di pre-audit			
	Partecipa fattivamente nello svolgimento della visita			
Competenze tecnico-professionali	Dimostra conoscenze specifiche in tema di autorizzazione o di accreditalmento (es. normative di riferimento)			
	Propone soluzioni organizzative innovative nel processo di autorizzazione o di accreditalmento			
Consapevolezza organizzativa	Riconosce i ruoli all'interno dei valutatori GAAR durante le attività di pre-audit, di visita ecc.			
Relazione con i colleghi e con il personale della struttura soggetta a visita	Comunica adeguando il linguaggio al contesto			
	Agisce in maniera costruttiva			
	Accetta osservazioni da parte del tutor mettendosi in discussione			

Note ogni nuovo valutatore GAAR prima di essere inserito negli elenchi deve effettuare n. 2 visite di Autorizzazione all'esercizio, n. 2 visite di Accreditalmento ed almeno n 1 Visita ispettiva

- AGENZIA REGIONALE SANITARIA -

Via Gentile da Fabriano 3 - 60125 Ancona - Tel. 071 8064121 - Fax 071 8064153 - P.IVA 01486510421

- email: agenzia.sanitaria@regione.marche.it - PEC: regione.marche.ars@emarche.it



 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Scheda attività di tutoraggio/training sul campo
--	---

Esito valutazione			
-------------------	--	--	--

Eventuali azioni di miglioramento concordate

CRITICITÀ EMERSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Il Valutato concorda con il giudizio formulato dal Valutatore? SI NO

Data _____ Firma valutato _____

Data _____ Firma tutor _____

Annotazioni e commenti in caso di difformità di giudizio e/o non accettazione: _____ _____ _____

Data _____ Firma valutato _____

Data _____ Firma tutor _____



Format valutazione verbale e Format valutazione piano di audit



AGENZIA REGIONALE SANITARIA
VALUTAZIONE VERBALI GAAR

VALUTAZIONE VERBALI DATA _____

PRESENTI CTO:

VISITA GAAR DEL _____ VERBALE INVIATO IN DATA _____

DATI STRUTTURA _____

TIPOLOGIA DI VISITA:

- Autorizzazione all'esercizio
- Accredimento livello _____

GAAR:

1. TEAM LEADER _____

2. COMPONENTE _____

3. COMPONENTE _____

4. COMPONENTE _____

5. OSSERVATORE _____

	COMPLETO	PARZIALE dato mancante	NON COMPILATO	NOTE/AZIONI DI MIGLIORAMENTO
1. DATI STRUTTURA				
2. PARTECIPANTI ALLA VISITA				
3. ESTENSIONE DELLA VISITA				
4. RELAZIONE DI SINTESI				
5. GRIGLIA PRESCRIZIONI				
6. SCHEDA TECNICA PER FATTURAZIONE				

IL COORDINATORE OTA





AGENZIA REGIONALE SANITARIA - OTA

FORMAT VALUTAZIONE PIANO DI AUDIT

VALUTAZIONE PRE AUDIT DATA _____
PRESENTI CTO:

PRE AUDIT DEL _____ INVIATO IN DATA _____

DATI STRUTTURA _____

TIPOLOGIA DI VISITA:

- Autorizzazione all'esercizio
- Accreditemento livello _____


	DATO PRESENTE	DATO PARZIALE	DATOP NON PRESENTE
DEFINIZIONE CAMPO DI APPLICAZIONE DELL'AUDIT			
AUDIT TEAM (GAAR)			
RUOLI ISTITUZIONALI STRUTTURA DA COINVOLGERE			
DURATA INDICATIVA PER LO SVOLGIMENTO DELL'AUDIT			
DOCUMENTI (EVIDENZE) VERIFICATI IN SEDE DI PRE - AUDIT			
LUOGO DATA FIRMA TEAM LEADER			


Firma Coordinatore OTA



Allegato T:

Scheda di Valutazione team valutazione GAAR da parte della struttura


 AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Regione Marche


Scheda di valutazione team di valutazione GAAR da parte delle strutture

Struttura visitata: _____ **Data:** ___ / ___ / ___

Team Leader	
Valutatore	
Valutatore	
Valutatore	
Valutatore	
Valutatore	

Items di valutazione:
parte generale

puntualità del team all'audit

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Note _____

rispetto del programma cronologico e di attività prefissato

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Note _____

capacità di risoluzione situazioni critiche che avrebbero inficiato l'audit

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Note _____

competenza specifica dal gruppo di valutatori estrinsecata in corso di audit

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Note _____

coesione operativa del gruppo di valutatori apprezzata in corso di audit

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Note _____

Competenza e riservatezza dei valutatori rispetto a soggetti terzi

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Note _____

capacità di condivisione delle prescrizioni proposte con i valutati

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Note _____

- AGENZIA REGIONALE SANITARIA -
Via Gentile da Fabriano 3 - 60125 Ancona - Tel. 071 8064121 - Fax 071 8064153 - P.IVA 01486510421
- email: agenzia.sanitaria@regione.marche.it - PEC: regione.marche.ars@emarche.it



AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Regione Marche



Team leader

- Capacità di creare un clima collaborativo
- Puntualità
- Capacità di coordinamento del gruppo (percezione della partecipazione attiva e propositiva al processo/percorso da parte di tutti i componenti del team di valutatori, autorevolezza)
- Rispetto del programma concordato

- Riservatezza

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Note _____

Valutatori

- Capacità di creare un clima collaborativo
- Puntualità
- partecipazione attiva e propositiva al processo/percorso
- Rispetto del programma concordato per la parte assegnata
- riservatezza

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Note _____

Apporre la valutazione contrassegnando una casella per ogni singolo ITEM con il seguente criterio:
1 minimamente soddisfatto
10 altamente soddisfatto

Note _____

Il Legale Rappresentante (nome /qualifica/incarico)

- AGENZIA REGIONALE SANITARIA -

Via Gentile da Fabriano 3 - 60125 Ancona - Tel. 071 8064121 - Fax 071 8064153 - P.IVA 01486510421

- email: agenzia.sanitaria@regione.marche.it - PEC: regione.marche.ars@cmarche.it



Allegato U:

Scheda di valutazione individuale GAAR

Scheda di valutazione individuale GAAR

Anno _____

Nome _____ Cognome _____

Items di valutazione:

1. EFFETTUAZIONE DELLE VISITE ISPETTIVE COORDINATE DALL'OTA

Il fattore valuta la disponibilità all'esecuzione delle visite nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. ACCURATEZZA NELLA REDAZIONE DEI VERBALI DI VISITA ISPETTIVA

Il fattore valuta l'impegno e l'attenzione nella stesura del verbale e dell'invio all'OTA entro massimo 5 giorni dalla visita

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ESECUZIONE DEL PRE-AUDIT ED ACCURATEZZA NELLA COMPILAZIONE DEL FORMAT "PIANO DI AUDIT"

Il fattore valuta la sistematica partecipazione alle attività di pre-audit con particolare riferimento alla compilazione della scheda "piano di audit" in funzione di team leader o componente del gruppo incaricato

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. ACCURATEZZA NELLA REDAZIONE DEI VERBALI DI VISITA PER AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

Il fattore valuta l'impegno e l'attenzione nella stesura del verbale e dell'invio all'OTA entro massimo 10 giorni dalla visita

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. ACCURATEZZA NELLA VALUTAZIONE DI ASSOLVIMENTO PRESCRIZIONI RILASCIATE ALLA STRUTTURA SOGGETTA A VISITA PER AUTORIZZAZIONE O ACCREDITAMENTO

Il fattore valuta l'impegno e l'attenzione nella valutazione della conformità delle evidenze documentali in caso di prescrizioni rilasciate in sede di visita di autorizzazione o accreditamento: stesura del verbale e invio all'OTA entro massimo di 10 giorni

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. ACCURATEZZA NELLA VALUAZIONE DELLE EVIDENZE DOCUMENTALI DI ACCREDITAMENTO

Il fattore valuta l'impegno e l'attenzione nella valutazione delle evidenze documentali per l'accreditamento avanzato e/o di eccellenza: stesura del verbale e invio all'OTA entro massimo 15 giorni

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



7. PARTECIPAZIONE AGLI EVENTI FORMATIVI SPECIFICI PER IL GAAR PROGRAMMATI DALL'OTA

Il fattore valuta l'impegno e la disponibilità ad aggiornarsi, ad arricchire le proprie conoscenze professionali nonché ad applicare e diffondere quanto appreso

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. PARTECIPAZIONE ALLE RIUNIONI INDETTE DALL'OTA

Il fattore valuta la disponibilità attiva alle riunioni in presenza o a distanza

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. DISPONIBILITÀ A COLLABORARE NELLA INDIVIDUAZIONE DI SOLUZIONI ORGANIZZATIVE INNOVATIVE

Il fattore valuta la dimostrata propensione nell'individuare soluzioni organizzative innovative anche in caso di criticità riscontrate in corso di visita

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Range valori singolo item: eccellente (10); buono (8 - 9); sufficiente (6 -7); insufficiente (1-5)

Legenda – correlazione punteggio ottenuto e giudizio di valutazione finale:

- eccellente (80 – 90)
- buono (66 – 79)
- sufficiente (54 – 65)
- insufficiente (\leq 53)

Nota: nel caso in cui non siano state assegnate dall'OTA, attività di "visita ispettiva" per gli items di valutazione n. 1 e n. 2, agli stessi verrà attribuito il punteggio massimo.

Giudizio di valutazione finale: (scrivere il punteggio ottenuto)

Punteggio totale ottenuto	
---------------------------	--

Eventuali azioni di miglioramento concordate

CRITICITÀ EMERSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO



Il Valutato concorda con il giudizio formulato dal Valutatore?

SI	NO
----	----

Data _____ Firma valutato _____

Data _____ Firma Coordinatore OTA _____

Annotazioni e commenti in caso di difformità di giudizio e/o non accettazione:

Data _____ Firma valutato _____

Data _____ Firma Coordinatore OTA _____



Allegato V:

Valutazione CTO

Nome: _____

Cognome: _____

	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Valutazione CTO
--	--

IMPEGNO

descrizione	Punteggio (da 1 a 5)
1. RISPETTO DEI REGOLAMENTI E DELLE PROCEDURE OTA Il fattore considera il rispetto del regolamento e delle procedure dell'OTA, il conformarsi ad esse e il promuoverne il rispetto da parte dei colleghi. <i>1= Rispetta i regolamenti e le procedure solo se sollecitato.</i> <i>3= Rispetta regolamenti e le procedure.</i> <i>5= Rispetta regolamenti e le procedure e incentiva i colleghi a fare altrettanto.</i>	
2. FLESSIBILITÀ OPERATIVA Il fattore considera la disponibilità e la collaborazione con i colleghi nello svolgimento delle attività richieste dalla funzione e/o dalla situazione. <i>1= Svolge le attività di routine solo se sollecitato.</i> <i>3= Svolge regolarmente le attività richieste dalla funzione e/o situazione.</i> <i>5= Svolge tutte le attività richieste dalla funzione e/o situazione e collabora con i colleghi.</i>	
3. DISPONIBILITÀ A COLLABORARE NELLA INDIVIDUAZIONE DI SOLUZIONI ORGANIZZATIVE IN CASO ESIGENZE DI SERVIZIO Il fattore valuta la disponibilità dimostrata nella collaborazione per l'individuazione di soluzioni organizzative in caso di criticità. <i>1= È disponibile solo se sollecitato.</i> <i>3= È generalmente disponibile.</i> <i>5= È sempre disponibile e propone soluzioni organizzative.</i>	
4. PRECISIONE OPERATIVA Il fattore valuta il rispetto delle procedure/ istruzioni operative, il grado di accuratezza nel lavoro svolto, e la capacità di controllo sulla propria attività. <i>1= È preciso nello svolgimento delle attività solo se sollecitato, commette errori.</i> <i>3= Di regola è preciso e accurato nello svolgimento delle attività e raramente commette errori.</i> <i>5= Svolge le attività con la massima precisione effettuando sistematici controlli.</i>	
5. RELAZIONI CON L'UTENZA Il fattore valuta la cortesia, la disponibilità e la sollecitudine dimostrata sia nei confronti del cliente esterno e interno. <i>1= È poco cortese nei confronti dell'utenza.</i> <i>3= È educato, disponibile e intrattiene con l'utenza rapporti corretti.</i> <i>5= È in grado di mediare situazioni critiche e verifica la comprensione delle informazioni date.</i>	
6. GESTIONE DELL'ATTIVITÀ DIDATTICA Il fattore valuta l'impegno nello svolgimento dell'attività di facilitatore nell'affiancamento di nuovi componenti OTA <i>1= Sufficiente interesse e impegno alla supervisione</i> <i>3= Buono l'interesse e l'impegno alla supervisione</i> <i>5= Ottimo interesse e impegno alla supervisione</i>	
7. GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE Il fattore valuta l'impegno e l'attenzione e la tenuta della documentazione <i>1= Sufficiente impegno e attenzione alla tenuta della documentazione</i> <i>3= Buono impegno e attenzione alla tenuta della documentazione</i> <i>5= Ottimo impegno e attenzione alla tenuta della documentazione</i>	

CAPACITÀ

descrizione	Punteggio (da 1 a 5)
1. CAPACITÀ DI COMUNICARE Il fattore valuta l'appropriatezza e l'efficacia della comunicazione verbale e scritta in relazione al proprio ruolo <i>1= Limitata capacità di comunicazione scritta e orale</i> <i>3= Buona capacità di comunicazione scritta e orale</i> <i>5= Ottima capacità di comunicazione scritta e orale</i>	
2. AUTONOMIA OPERATIVA E CAPACITÀ DI INNOVAZIONE Il fattore valuta la capacità di organizzare le attività adeguandole alle esigenze del momento utilizzando autonomamente gli strumenti gestionali di programmazione, coordinamento e controllo. Valuta la capacità di proporre soluzioni innovative e modelli organizzativi alternativi agli esistenti. <i>1= Limitata autonomia operativa e capacità di innovazione</i> <i>3= Buona autonomia operativa e capacità di innovazione</i> <i>5= Ottima autonomia operativa e capacità di innovazione</i>	
3. PARTECIPAZIONE AI PROCESSI OTA Il fattore valuta la capacità di partecipare ai processi dell'OTA <i>1= Limitata capacità di ottimizzare le proprie attività rispetto alla realizzazione dei processi OTA</i> <i>3= Buona capacità di ottimizzare le proprie attività rispetto alla realizzazione dei processi OTA</i> <i>5= Ottima capacità di ottimizzare le proprie attività rispetto alla realizzazione dei processi OTA</i>	



ARRICCHIMENTO PROFESSIONALE

descrizione	Punteggio (da 1 a 5)
1. DISPONIBILITÀ ALL'AGGIORNAMENTO Il fattore valuta l'impegno e la disponibilità ad aggiornarsi, ad arricchire le proprie conoscenze professionali nonché ad applicare e diffondere quanto appreso. <i>1= Limitata disponibilità ed impegno all'aggiornamento professionale</i> <i>3= Buona disponibilità ed impegno all'aggiornamento professionale</i> <i>5= Ottima disponibilità e impegno all'aggiornamento professionale, applica e diffonde quanto appreso</i>	
2. CONOSCENZE SPECIFICHE AL RUOLO Il fattore misura le conoscenze specifiche al ruolo, con particolare riferimento alla verifica dei risultati e alla valutazione delle prestazioni. <i>1= Limitate conoscenze relative alla propria attività</i> <i>3 = Buona conoscenze relative alla propria attività</i> <i>5 = Ottima conoscenze relative alla propria attività</i>	

Giudizio di valutazione finale:

(scrivere il punteggio ottenuto)

eccellente (46 – 60)	buono (29 – 45)	sufficiente (12 – 28)

Il Valutato concorda con il giudizio formulato dal Valutatore?

SI

NO

Ancona, li _____

Firma del valutato _____

Firma del valutatore _____

Annotazioni e commenti in caso di difformità di giudizio e/o non accettazione:

Ancona, li _____

Firma del valutato _____

Firma del valutatore _____