

	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditazione in regime di ambulatorio e studio professionale DSA	
---	--	--

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"/> Studi professionali <input type="checkbox"/> Ambulatorio

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 .

 <p>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</p>	<p style="text-align: center;">Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p style="text-align: center;">Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditamento in regime di ambulatorio e studio professionale DSA</p>	
--	--	--

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 <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditazione in regime di ambulatorio e studio professionale DSA	
---	---	--

3) ESTENSIONE DELLA VISITA PER ILI LIVELLI:

- 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	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
1.1.1. presenza di un documento formalizzato, che contiene obiettivi, almeno annuali, basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di prestazioni sanitarie	I		
1.1.2 presenza di indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali	II		
1.3.1. presenza di procedura per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento (raccolta e gestione dei reclami)	I		
1.3.2. sono definite procedure di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini	II		
1.4.1. presenza di sistemi informativi che consentano: a. tracciatura dei dati sanitari; b. supporto alle attività di pianificazione e controllo; c. rispetto del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia NOTA documentazione che espliciti: - dati informativi raccolti in relazione all'attività svolta, (es. documentazione/certificazione) - debito informativo atto a soddisfare il flusso con Regione e Ministero applicabili	I		
1.4.2. presenza di un sistema implementato, che garantisca: a. la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa; b. sistemi per il recupero delle prestazioni che vanno incontro ad interruzioni accidentali dei servizi	I		
1.4.3. presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;	II		
CRITERIO 2 Evidenze	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni



Agenzia Regionale Sanitaria
 Organismo Tecnicamente Accreditante
**Relazione di verifica dei requisiti previsti
 nel Manuale di Accreditamento in regime di
 ambulatorio e studio professionale DSA**

2.1.1. presenza della Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa: a. le tipologie di prestazioni di servizio b. i volumi di prestazioni c. le modalità erogative d. gli impegni assunti nei confronti di utenti e familiari e. la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza	I		
2.1.2. sono definite le modalità di diffusione della Carta dei Servizi	II		
2.2.1. valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida; applicazione dei criteri diagnostici di inclusione o esclusione e la misurazione delle competenze cognitive, prestazionali e accessorie avviene seguendo le raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA e le indicazioni delle Consensus Conference del 2007 e 2009 e delle Linee Guida DSA 2022	I		
2.2.2. valutazione del percorso di eleggibilità dei casi presi in carico	I		
2.3.3. evidenza di risultati di analisi	II		
2.3.1. redazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitaria che definisca, in linea con le disposizioni vigenti, i requisiti e le modalità di: a. redazione b. aggiornamento c. conservazione d. verifica e modalità di controllo	I		
2.3.2. formalizzazione di una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	I		
2.3.3. presenza di documento/regolamento per l'accesso alla documentazione sanitaria da parte dell'utente e familiare	II		
CRITERIO 3	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
Evidenze			
3.1.1. presenza di documento di valutazione dei rischi (DVR) ove applicabile	I		
3.1.2. evidenza di effettuazione di corsi formazione sulla sicurezza del personale dell'ambiente di lavoro ove applicabile	II		
CRITERIO 4	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
Evidenze			
4.1.1. presenza di un piano annuale di formazione pertinente che definisca i criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi	I		
4.1.2. evidenza della partecipazione alle attività di formazione di aggiornamento e addestramento programmate	II		
4.1.3 valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento (presenza di report/verbale)	II		



Agenzia Regionale Sanitaria
 Organismo Tecnicamente Accreditante
**Relazione di verifica dei requisiti previsti
 nel Manuale di Accreditamento in regime di
 ambulatorio e studio professionale DSA**

4.2.1. la struttura pianifica e programma, per il nuovo personale neo inserito, compreso quello volontario, le attività di: a. accoglienza; affiancamento / addestramento;	I		
4.2.2. formalizzazione e messa in atto di un documento per valutazione del neo inserito o volontario	II		
CRITERIO 4	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
5.1.1. disponibilità di una Carta dei Servizi aggiornata e redatta anche con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza;	I		
5.1.2. predisposizione di strumenti informativi (opuscoli, brochure) sintetici da mettere a disposizione degli utenti	II		
5.1.3. formalizzazione di una procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con utente/familiare	II		
5.2.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di un protocollo per l'informazione all'utente ed ai familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento nel processo di presa in carico	I		
5.2.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata dell'utente e le loro famiglie circa le modalità del percorso diagnostico necessario per giungere ad una prima certificazione	II		
5.3.1. presenza, formalizzazione e messa di procedura per la presentazione e gestione di eventuali reclami, osservazioni e suggerimenti e per l'ascolto attivo	I		
5.3.2. presenza, formalizzazione di una procedura per la messa in atto di modalità per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction)	II		
CRITERIO 6	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
6.1.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di un protocollo per l'implementazione delle Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA ed il relativo aggiornamento in merito: a. alle procedure diagnostiche utilizzate, e più precisamente alla ricerca di criteri di inclusione e di esclusione; alla adeguata misurazione delle competenze cognitive; alla rilevazione delle competenze specifiche e delle competenze accessorie necessarie alla formulazione del profilo del disturbo; b. alla formulazione della diagnosi. <i>(A questo fine la diagnosi clinica deve essere corredata degli elementi che consentono di verificare il rispetto delle raccomandazioni del consensus conference e del suo aggiornamento nonché della consensus conference dell'ISS);</i> c. alla multidisciplinarietà	I		



Agenzia Regionale Sanitaria
 Organismo Tecnicamente Accreditante
**Relazione di verifica dei requisiti previsti
 nel Manuale di Accreditamento in regime di
 ambulatorio e studio professionale DSA**

6.1.2. evidenza formale della periodicità di aggiornamento del documento di cui al punto 6.1.1	II		
6.2.1 Presenza della copertura assicurativa	I/II		
6.2.1 Adozione di un piano di controllo della documentazione clinica (checklist)	I/II		
CRITERIO 7			
Evidenze	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
7.1.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni	I		
7.1.2. presenza di documentazione che attestino l'adozione di innovazioni professionali e organizzative	II		
8.1.1. Presenza di un piano delle attività organizzative orientate all'accoglienza, che tenga conto delle diverse esigenze relative ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, specificità religiose, etniche e linguistiche; (es: supporto psicologico in situazioni specifiche: multiculturalità); adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria alle esigenze dell'utente	I		
8.1.2. presenza di un programma di corsi di formazione per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, utenti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione)	I		
8.1.3. presenza di procedura per l'accesso agevolato alle prestazioni di certificazione in tempo utile per l'attivazione tempestiva delle misure didattiche e delle modalità di valutazione previste, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente	II		
<i>Si procede con il livello avanzato se non presenti prescrizioni nel livello base Se presenti prescrizioni richiedere Cronoprogramma per livello avanzato ed eccellenza</i>			
LIVELLO AVANZATO evidenze III			
CRITERIO 1			
Evidenze	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
1.1.3. l'organizzazione valuta gli indicatori definiti nei piani annuali (report/verbali di valutazione e definizione delle eventuali azioni di miglioramento)	III		
1.3.3. l'organizzazione effettua l'analisi dalle segnalazioni e dai reclami dai cittadini (presenza report verbali)	III		
1.4.4. formalizzazione di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne (redazione di report /verbali)	III		
CRITERIO 2			
Evidenze	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
2.1.3. periodica rivalutazione della Carta dei servizi (almeno ogni 3 anni)	III		



Agenzia Regionale Sanitaria
 Organismo Tecnicamente Accreditante
**Relazione di verifica dei requisiti previsti
 nel Manuale di Accreditamento in regime di
 ambulatorio e studio professionale DSA**

2.2.4. identificazione degli eventuali interventi di miglioramento della qualità a seguito delle analisi effettuate (presenza di verbale/report)	III		
2.3.4. evidenza di risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e implementazione di azioni correttive se necessario (presenza di verbale/report)	III		
CRITERIO 3			
Evidenze	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
3.1.3. presenza di eventuali azioni di miglioramento individuate	III		
CRITERIO 4			
Evidenze	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
4.1.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate (modifica nel tempo dei comportamenti/conoscenza e competenza: verbale/report di verifica dell'efficacia della formazione)	III		
4.2.3. valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti (elaborazione di schede di valutazione)	III		
CRITERIO 5			
Evidenze	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
5.1.4. la struttura individua le eventuali criticità nelle modalità di comunicazione con gli utenti e suoi familiari (presenza di verbale/report)	III		
5.2.3. valutazione periodica dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dell'utente e familiare (redazione di report/verbale)	III		
5.3.3. utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati della valutazione della soddisfazione e della esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate (documento attestante l'elaborazione dei dati, es. verbali)	III		
CRITERIO 6			
Evidenze	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
6.1.3. valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni e attivazione di programmi di miglioramento se necessario (evidenza di report/verbale)	III		
6.2.2 Presenza della copertura assicurativa	III		
6.2.2 Report del monitoraggio delle azioni previste nell'atto per il controllo della documentazione clinica.	III		
CRITERIO 7			
Evidenze	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
7.1.3. monitoraggio dell'efficacia del percorso dell'innovazione-valutazione-adozione	III		
CRITERIO 8			
Evidenze	Tipo	EVIDENZA/E VALUTATA/E	C: Conforme P: Prescrizioni
8.1.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate (presenza report/verbali)	III		
<i>Si procede con il livello eccellenza se non presenti prescrizioni nel livello avanzato Se presenti prescrizioni richiedere Cronoprogramma per livello eccellenza</i>			



Agenzia Regionale Sanitaria
 Organismo Tecnicamente Accreditante
**Relazione di verifica dei requisiti previsti
 nel Manuale di Accreditamento in regime di
 ambulatorio e studio professionale DSA**

LIVELLO ECCELLENZA evidenze IV			
CRITERIO 1		EVIDENZA/E VALUTATA/E	
Evidenze			
1.1.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate	IV		
1.1.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV		
1.3.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate	IV		
1.3.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV		
1.4.5. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate	IV		
1.4.6. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV		
CRITERIO 2		EVIDENZA/E VALUTATA/E	
Evidenze			
2.1.5. l'organizzazione implementa le eventuali modifiche apportate nella carta dei servizi	IV		
2.1.6. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV		
2.2.5. implementazione di eventuali azioni di miglioramento individuate (presenza di verbale/report)	IV		
2.2.6. monitoraggio che le eventuali azioni di miglioramento intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (presenza di verbale/report)	IV		
2.3.5. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate (presenza di verbale/report)	IV		
2.3.6. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (presenza di verbale/report)	IV		
CRITERIO 3		EVIDENZA/E VALUTATA/E	
Evidenze			
3.1.4. implementazione di eventuali azioni di miglioramento individuate	IV		
3.1.5. monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV		
CRITERIO 4		EVIDENZA/E VALUTATA/E	
Evidenze			
4.1.5. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV		
4.2.4. l'organizzazione implementa e monitora le eventuali azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione	IV		
CRITERIO 5		EVIDENZA/E VALUTATA/E	
Evidenze			
5.1.5 la struttura implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate (presenza di verbale/report)	IV		
5.1.6 la struttura monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (presenza di verbale/report)	IV		
5.2.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione (redazione di report/verbale)	IV		

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditamento in regime di ambulatorio e studio professionale DSA	
---	---	--

5.2.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (redazione di report/verbale)	IV		
5.3.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate a seguito delle valutazioni	IV		
5.3.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV		
CRITERIO 6		EVIDENZA/E VALUTATA/E	
Evidenze			
6.1.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione	IV		
6.1.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV		
6.2.3 Presenza della copertura assicurativa	IV		
6.2.3 Report formale dell'implementazione delle azioni di miglioramento (eventuali)	IV		
CRITERIO 7		EVIDENZA/E VALUTATA/E	
Evidenze			
7.1.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio	IV		
7.1.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV		
CRITERIO 8		EVIDENZA/E VALUTATA/E	
Evidenze			
8.1.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (presenza report/verbali)	IV		

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/i livello/i : 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.

	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditazione in regime di ambulatorio e studio professionale DSA	
---	--	--

5) GRIGLIA PRESCRIZIONI

Criterio	Requisito n°	Evidenze	Prescrizioni	Scadenza

Nota: l'evidenza dell'assolvimento delle prescrizioni nei tempi stabiliti dal verbale dovrà essere inviata al Coordinatore OTA.

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

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

Firma del team leader: _____

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditemento in regime di ambulatorio e studio professionale DSA	
---	---	--

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

Visita di Accreditemento - *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"/>



Agenzia Regionale Sanitaria
Organismo Tecnicamente Accreditante
Relazione di verifica dei requisiti previsti
nel Manuale di Accreditamento in regime di
ambulatorio e studio professionale DSA

Firma del team leader: _____

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

Una copia è stata consegnata al legale rappresentante della struttura.

....., lì

(luogo)

(data)

	Nome, Cognome	firma leggibile
Team leader		
Valutatori		
Osservatore		