



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


DECRETO DI ACCREDITAMENTO LIVELLO ECCELLENTE - NUMERO DATA



Agenzia Regionale Sanitaria  
*Organismo Tecnicamente Accreditante*  
Relazione di verifica dei requisiti previsti  
nel Manuale di Accreditamento

## 2) PARTECIPANTI ALLA VISITA DI ACCREDITAMENTO

<b>Presenti per GAAR</b>	<b>Presenti per la struttura</b>
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 Organismo Tecnicamente Accreditante <b>Relazione di verifica dei requisiti previsti          nel Manuale di Accreditamento</b>	
---	--	--

### 3) ESTENSIONE DELLA VISITA PER IL LIVELLO ECCELLENZA

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

<b>LIVELLO BASE evidenze I e II</b>				
<b>CRITERIO 1 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
1.1.1. presenza del Piano Strategico, che contiene obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie;	<b>I</b>	NC		
1.1.2. presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto;	<b>I</b>	NC		
1.1.3. presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali	<b>II</b>	NC		
1.2.1. l'organizzazione partecipa a protocolli integrati interaziendali delle reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.);	<b>I</b>	nc		
1.2.2. l'organizzazione partecipa a protocolli per l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semi residenzialità, Hospice, rete del dolore, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie;	<b>I</b>	nc		
1.2.3. l'organizzazione garantisce per il paziente adulto e pediatrico che vengano rispettate le norme in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (registrazione del dolore, terapia e monitoraggio presso tutte le UO presenti nell'azienda);	<b>II</b>	NC		
1.3.1. presenza nella struttura sanitaria di documenti che: a. descrivano i processi; b. individuino le relative responsabilità clinico organizzative; indichino i criteri per la valutazione dei dirigenti;	<b>I</b>	NC		
1.3.2. presenza documentabile di una attività di rivalutazione da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura:	<b>II</b>	NC		



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento**

a. dell'organizzazione; b. delle responsabilità; del sistema di delega;				
1.4.1. presenza nella struttura sanitaria 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	I	NC		
1.4.2. presenza di un sistema implementato, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), che garantisca: a. la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa; b. sistemi per il recupero delle prestazioni per i cittadini che vanno incontro ad interruzioni accidentali dei servizi	I	NC		
1.4.3. presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;	II	NC		
1.5.1. presenza di un programma e di procedure per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi che definisca: a. strumenti; b. modalità; c. tempi; d. definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo; e. indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti);	I	NC		
1.5.2. assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi;	I	NC		
1.5.3. impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, mortality & morbidity review;	I	NC		
1.5.4. esiste una documentazione delle attività di valutazione di quanto pianificato e messo in atto;	II	NC		

1.5.5. esistono procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza)	II	NC		
1.5.6. partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione	II	nc		
1.6.1. l'organizzazione ha definito procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;	I	NC		
1.6.2. l'organizzazione effettua attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente); con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato;	I	NC		
1.6.3. l'organizzazione effettua il monitoraggio delle azioni di miglioramento;	II	NC		
1.6.4. sono definite procedure di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini;	II	NC		
<b>CRITERIO 2 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NO/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
2.1.1. presenza nelle strutture di una 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 dei pazienti e dei cittadini;  la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza;	I	NC		
2.1.2. l'organizzazione ha definito le modalità di diffusione della Carta dei Servizi;	II	NC		
2.2.1. formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti;	I	NC		
2.2.2. presenza/ adesione di protocolli e/o linee guida per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri) con: a. valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici; b. lo stato nutrizionale e funzionale; c. valutazione del dolore;	I	NC		



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento**

d. modalità e strumenti per la promozione della salute				
2.2.3. definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti;	<b>I</b>	NOP		
2.2.4. tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione farmacologica;	<b>II</b>	NOP		
2.2.5. gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura;	<b>II</b>	NOP		
2.2.6. verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario	<b>II</b>	NC		
2.3.1. l'organizzazione definisce le responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	<b>I</b>	NC		
2.3.2 l'organizzazione formalizza e mette in atto protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e dei follow up)	<b>I</b>	NC		
2.3.3 adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure	<b>I</b>	NC		
2.3.4 definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza	<b>I</b>	NC		
2.3.5 adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;	<b>II</b>	NC		
2.3.6. adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti	<b>II</b>	NOP		
2.4.1. valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida;	<b>I</b>	NC		
2.4.2. valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite audit clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;	<b>I</b>	NC		
2.4.3. valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari;	<b>I</b>	NC		
2.4.4. evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, near miss manifestatisi durante l'episodio di cura;	<b>I</b>	NC		
2.4.5. presenza di report	<b>I</b>	NC		



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento**

2.4.6. esistenza di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia;	<b>II</b>	NC		
2.5.1. formalizzazione 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;	<b>I</b>	NOP		
2.5.2. procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali;	<b>I</b>	NOP		
2.5.3. 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;	<b>I</b>	NC		
2.5.4. formalizzazione e messa in atto di procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;	<b>II</b>	NC		
2.5.5. pre definizione dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria	<b>II</b>	NC		
<b>CRITERIO 3 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
3.1.1. evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;	<b>I</b>	NOP		
3.1.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture;	<b>I</b>	NOP		
3.1.3. presenza e formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi agli incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es report, audit ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi ed alla gestione della sicurezza;	<b>II</b>	NOP		
3.1.4. formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro;	<b>II</b>	NOP		



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento**

3.2.1. evidenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse	<b>I</b>	NC		
3.2.2. presenza di un regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione;	<b>I</b>	NOP		
3.2.3. esistenza, formalizzazione e messa in atto di un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria preventiva) delle attrezzature e la comunicazione dello stesso ai diversi livelli operativi;	<b>I</b>	NOP		
3.2.4 documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione;	<b>II</b>	NOP		
<b>CRITERIO 4 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
4.1.1. individuazione di un responsabile per la formazione;	<b>I</b>	NC		
4.1.2. presenza di un piano di formazione che preveda la definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi, programmazione delle attività formative;	<b>I</b>	NC		
4.1.3 valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento e della soddisfazione da parte del personale ed eventuale miglioramento degli stessi se necessario	<b>I</b>	NC		
4.1.4. coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento	<b>II</b>	NC		
4.1.5. condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura;	<b>II</b>	NC		
4.2.1. l'organizzazione pianifica e programma, per il nuovo personale (neo assunto/trasferito), compreso quello volontario, le attività di: a. accoglienza; b. affiancamento / addestramento;	<b>I</b>	NC		
4.2.2. formalizzazione e messa in atto di un processo per valutazione dell'idoneità al ruolo dei neoassunti;	<b>I</b>	NC		
4.2.3. adozione e messa in atto di un piano di formazione sul rischio clinico ed occupazionale, per i neo assunti, entro il 1° anno.	<b>II</b>	NOP		
<b>CRITERIO 5</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme</b>





Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento**

Evidenze	NC/nc	P: Prescrizioni
5.1.1. definizione, formalizzazione ed implementazione di processi finalizzati alla circolazione delle informazioni e presenza di documentazione attestante la comunicazione della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse, diffusi a tutto il personale;	I	NC
5.1.2. definizione di flussi informativi e reportistica in merito a obiettivi, dati e informazioni relativi alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente;	I	NC
5.1.3. presenza e formalizzazione di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento;	II	NC
5.2.1. effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale;	I	NC
5.2.2 implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale;	I	NC
5.2.3. identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità;	II	NC
5.3.1. disponibilità di una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza;	I	NC
5.3.2. predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini	I	NC
5.3.3. formalizzazione di una procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e <i>caregiver</i>	I	NC
5.3.4. la Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari su: donazione di organi e tessuti;	II	NC
5.3.5. la Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari su: precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	II	NC
5.3.6. la Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari su: elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche.	II	nc
5.4.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura;	I	NC



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento**

5.4.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato;	<b>I</b>	NC		
5.4.3. addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento di pazienti, <i>caregiver</i> , fiduciari e personale;	<b>II</b>	NC		
5.5.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione di reclami, osservazioni e suggerimenti	<b>I</b>	NC		
5.5.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e di strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti	<b>I</b>	NC		
5.5.3. presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction)	<b>I</b>	NC		
5.5.4. formazione del personale a contatto con il pubblico su comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti	<b>II</b>	NC		
<b>CRITERIO 6 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
6.1.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della medicina basata sulle evidenze (evidence based medicine);	<b>I</b>	NC		
6.1.2. accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;	<b>I</b>	NOP		
6.1.3. aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili;	<b>I</b>	NOP		
6.1.4. coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati;	<b>II</b>	NC		
6.2.1. esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente,	<b>I</b>	NOP		
6.2.2. esistenza di un piano aziendale che esplicita prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza;	<b>I</b>	NOP		
6.2.3. esistenza di un piano aziendale con definizione di ruoli, responsabilità, risorse impiegate, piano di monitoraggio, verifiche e formazione	<b>II</b>	NC		
6.3.1. esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di:	<b>I</b>	NOP		



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento**

Mancato infortunio (near miss), eventi avversi ed eventi sentinella;				
6.3.2. partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;	<b>I</b>	NOP		
6.3.3. identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (es. Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (es. Safety walkround);	<b>I</b>	NC		
6.3.4. presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;	<b>II</b>	NC		
6.3.5. applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>check-list</i> ed altri strumenti per la sicurezza;	<b>II</b>	NOP		
6.4.1. sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;	<b>I</b>	NC		
6.4.2. produzione e diffusione di buone pratiche;	<b>I</b>	NC		
6.4.3. garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali;	<b>II</b>	NC		
<b>CRITERIO 7 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
7.1.1. approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità, che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità;	<b>I</b>	NC		
7.1.2. valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori	<b>I</b>	NC		
7.1.3. comunicazione periodica delle informazioni,	<b>II</b>	NC		
7.2.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione.	<b>I</b>	NC		
7.2.2. vi è evidenza della messa in atto di quanto previsto in fase di pianificazione	<b>II</b>	nc		
7.3.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative;	<b>I</b>	nc/N C		
7.3.2. coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative;	<b>I</b>	nc		
7.3.3. sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca;	<b>II</b>	NC		
<b>CRITERIO 8 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
8.1.1. pianificazione delle attività assistenziali/organizzative orientate all'accoglienza, che tenga conto delle diverse	<b>I</b>	nc		

<p>esigenze relative ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, specificità religiose, etniche e linguistiche; (es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale; percorso nascita; assistenza agli anziani; supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza; ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive; ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità; adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona);</p>				
<p>8.1.2. presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie");</p>	<b>I</b>	nc		
<p>8.1.3. adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione;</p>	<b>I</b>	nc		
<p>8.1.4. presenza di procedure per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti;</p>	<b>II</b>	nc		
<b>LIVELLO AVANZATO evidenze III</b>				
<b>CRITERIO 1 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
<p>1.1.4 l'organizzazione individua, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello standard fissato in fase di pianificazione</p>	<b>III</b>	NC		
<p>1.2.4. l'organizzazione partecipa a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali.</p>	<b>III</b>	NC		
<p>1.3.3. l'organizzazione, in seguito a rivalutazione periodica, individua le priorità e mette in atto specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello standard fissato in fase di pianificazione;</p>	<b>III</b>	NC		
<p>1.4.4. formalizzazione di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza</p>	<b>III</b>	NC		



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento**

e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.				
1.5.7. l'organizzazione utilizza i dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance;	III	NC		
1.6.5. l'organizzazione effettua l'analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi	III	NC		
<b>CRITERIO 2 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
2.1.3. periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi;	III	NC		
2.1.4. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio;	III	NC		
2.2.7. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio degli indicatori dello stato di avanzamento dei progetti;	III	NC		
2.3.7. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio degli indicatori dello stato di avanzamento delle procedure;	III	NC		
2.4.7. identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate	III	NC		
2.5.6. evidenza di risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e implementazione di azioni correttive se necessario;	III	NC		
<b>CRITERIO 3 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
3.1.5. presenza di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale;	III	NC		
3.2.5. presenza di programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore.	III	NC		
<b>CRITERIO 4 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
4.1.6. verifica dell'utilizzo di enti formativi con i requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider;	III	NC		

4.2.4. valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti;	III	NC		
<b>CRITERIO 5 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
5.1.4. valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario	III	NC		
5.2.4. identificazione delle criticità e definizione delle priorità di intervento	III	NC		
5.3.7. La Direzione individua criticità nelle modalità di comunicazione con pazienti e suoi familiari	III	NC		
5.4.4. valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti, <i>caregiver</i> , fiduciari e miglioramento degli stessi se necessario;	III	NC		
5.5.5. 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	III	NC		
5.5.6. diffusione delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale	III	NC		
<b>CRITERIO 6 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
6.1.5. valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni e attivazione di programmi di miglioramento se necessario	III	NC		
6.2.4. sono state individuate nel piano aziendale le priorità di intervento Il piano è condiviso con gli operatori	III	NC		
6.3.6 definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;	III	NC		
6.3.7. presenza di un Piano di formazione;	III	NC		
6.3.8 adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi attraverso l'analisi dei modi e degli effetti delle insufficienze (FMEA, <i>Failure Mode and Effect. Analysis</i> ) almeno 1 FMEA per anno);	III	NC		
6.4.4. presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico	III	NC		
<b>CRITERIO 7 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento**

7.1.4. formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare;	<b>III</b>	NC		
7.2.3. diffusione delle procedure per la valutazione delle tecnologie	<b>III</b>	NC		
7.3.4. monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione;	<b>III</b>	nc NC		
<b>CRITERIO 8 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NOP/ NC/nc</b>		
8.1.5. La Direzione ha definito e formalizzato protocolli, linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari.	<b>III</b>	nc		
<b>LIVELLO ECCELLENZA evidenze IV</b>				
<b>CRITERIO 1 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
1.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	<b>IV</b>	NC		
1.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	<b>IV</b>	NC		
1.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate necessarie alla partecipazione alle reti per la continuità assistenziale e per l'emergenza nonché per il rispetto della Legge 38/2010;	<b>IV</b>	NC		
1.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
1.3.4. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle rivalutazioni;	<b>IV</b>	NC		
1.3.5. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
1.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate; con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato condivide le evidenze di cui al punto 1.4.2	<b>IV</b>	NC		
1.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato condivide le evidenze di cui al punto 1.4.2	<b>IV</b>	NC		





Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento**

1.5.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	<b>IV</b>	NC		
1.5.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
1.6.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	<b>IV</b>	NC		
1.6.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
<b>CRITERIO 2 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
2.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	<b>IV</b>	NC		
2.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
2.2.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	<b>IV</b>	NC		
2.2.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
2.3.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	<b>IV</b>	NC		
2.3.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
2.4.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	<b>IV</b>	NC		
2.4.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
2.5.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	<b>IV</b>	NC		
2.5.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
<b>CRITERIO 3 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
3.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	<b>IV</b>	NC		
3.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
3.2.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle ispezioni effettuate	<b>IV</b>	NC		
3.2.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	<b>IV</b>	NC		
<b>CRITERIO 4 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>





Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento**

4.1.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate	<b>IV</b>	NC		
4.1.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
4.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione;	<b>IV</b>	NC		
4.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
<b>CRITERIO 5 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
5.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito di valutazione;	<b>IV</b>	NC		
5.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
5.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito dell'analisi;	<b>IV</b>	NC		
5.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	<b>IV</b>	NC		
5.3.8 l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	<b>IV</b>	NC		
5.3.9 l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
5.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione	<b>IV</b>	NC		
5.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
5.5.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle valutazioni;	<b>IV</b>	NC		
5.5.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
<b>CRITERIO 6 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
6.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione	<b>IV</b>	NC		



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento**

6.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
6.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento nei piani di monitoraggio	<b>IV</b>	NC		
6.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	<b>IV</b>	NC		
6.3.9. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio;	<b>IV</b>	NC		
6.3.10. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
6.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate	<b>IV</b>	NC		
6.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	<b>IV</b>	NC		
<b>CRITERIO 7 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
7.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso della valutazione;	<b>IV</b>	NC		
7.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	<b>IV</b>	NC		
7.2.4. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nelle procedure di valutazione	<b>IV</b>	NC		
7.2.5. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
7.3.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio;	<b>IV</b>	NC		
7.3.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	<b>IV</b>	NC		
<b>CRITERIO 8 Evidenze</b>	<b>Tipo</b>	<b>NC/nc</b>	<b>EVIDENZA/E VALUTATA/E</b>	<b>C: Conforme P: Prescrizioni</b>
8.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	<b>IV</b>	NC		
8.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	NC		

**NOTA:**

**NC** PRESCRIZIONI MASSIMO 6 MESI

**nc** PRESCRIZIONI MASSIMO 3 MESI

**NOP** NO PRESCRIZIONE – LA STRUTTURA NON PUÒ' ESSERE ACCREDITATA

**4) RELAZIONE DI SINTESI**

In data odierna, i sottoscritti componenti GAAR Marche hanno avuto accesso alla struttura denominata .....  
 sito .....  
 per la verifica del possesso dei requisiti di rinnovo di accreditamento ai sensi della L.R. 21/2016, per il livello 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°	Prescrizioni	Scadenza	
				NC (3 mesi)	NC (6 mesi)

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



Agenzia Regionale Sanitaria  
*Organismo Tecnicamente Accreditante*  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
nel Manuale di Accreditemento**

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

- il rinnovo dell'accréditamento per il livello di eccellenza
- il rinnovo dell'accréditamento per il livello di eccellenza con presenza di prescrizioni
- il mancato rilascio del rinnovo dell'accréditamento a seguito della mancanza delle evidenze rispetto ai requisiti indicati.

Firma del team leader: \_\_\_\_\_



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditazione**

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

**Visita di Rinnovo di Accredimento - 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  
*Organismo Tecnicamente Accreditante*  
Relazione di verifica dei requisiti previsti  
nel Manuale di Accreditamento

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		