

Al Direttore del Dipartimento Sanità

Al Dirigente del Servizio "DPF018 - Servizio Accreditamento e Accordi Contrattuali"
Dott.ssa Rosaria Di Giuseppe

**Oggetto: Accreditamento Istituzionale dell'Ambulatorio dedicato per l'Autismo denominato della SANSTEFAR Abruzzo S.p.a. con sede operativa a S. Egidio alla Vibrata (TE).
Trasmissione Proposta Motivata ASR e Valutazione Finale del CCRA.**

In esito alle decisioni assunte dal CCRA con verbale n.15/2024, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa Proposta Motivata riguardante l'accREDITAMENTO istituzionale della struttura in oggetto indicata per il seguito di competenza.

F.to

Il Direttore
Dott. Pierluigi Cosenza



ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Ambulatorio dedicato per l'Autismo denominato

SANSTEFAR ABRUZZO S.p.a.

con sede a S. Egidio alla Vibrata (TE)

PROPOSTA

Ambulatorio dedicato per l'Autismo della SANSTEFAR ABRUZZO S.p.a. con sede operativa a S.Egidio alla Vibrata(TE) in Via Po n.14 p.i. 02014620682.

Domanda di Accreditamento Istituzionale: trasmessa dall'Ufficio Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale del Servizio "Accreditamento e Accordi Contrattuali-DPF018" del Dipartimento Sanità con nota Prot. RA 0242789/24 del 12.06.2024.

Accreditamento Istituzionale (LR 32/07): regime ambulatoriale, domiciliare ed extramurale

Autorizzazione Definitiva: n.4709 del 16.04.2024 rilasciata dal comune di S.Egidio alla Vibrata (TE)

Gruppo G.E.R.A. formalizzato con verbale CCRA n.8/2024

- Vincenzo Orsatti, Responsabile del gruppo visita
- Ettore Ricciuti
- Enzo Di Claudio

Premessa:

Con nota RA 0160983/24 del 17.04.2024 l'Ufficio Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale del Servizio "Accreditamento e Accordi Contrattuali-DPF018" del Dipartimento Sanità. ha trasmesso alla Segreteria Tecnica dell'OTA presso l'ASR Abruzzo la domanda di accreditamento istituzionale della struttura in oggetto indicata contenente la richiesta di accreditamento istituzionale delle seguenti parti del Manuale:

1. DIRITTI DEI PAZIENTI



- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE
- 2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO**
 - 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)
- 5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI**

TERMALI

- 5.7 BIS AMBULATORIO DEDICATO PER L'AUTISMO

La domanda pervenuta, contenente l'autocertificazione del possesso dei requisiti di accreditamento, presenta la seguente richiesta:

- Regime Ambulatoriale, domiciliare ed extramurale

Con verbale n.8/2024 del 17.05.2024 il CCRA formalizzava il gruppo GERA per la verifica della suddetta struttura e in pari data la Segreteria Tecnica dell'OTA notificava al Responsabile e ai Componenti del Gruppo Visita l'attivazione del gruppo stesso.

In data 30 maggio 2024 il gruppo Visita GERA effettuava il sopralluogo presso la struttura in oggetto indicata.

In data 19.08.2024 il gruppo GERA faceva pervenire alla Segreteria Tecnica dell'OTA la relazione finale comprensiva della relativa documentazione e in pari data la Segreteria Tecnica dell'OTA trasmetteva la suddetta documentazione a questa Agenzia Sanitaria Regionale.

Dalla relazione finale si evince che il gruppo GERA, ai fini della verifica del possesso dei requisiti di accreditamento istituzionale della struttura in oggetto indicata, ha verificato i requisiti delle seguenti parti del manuale di accreditamento:

- 1. DIRITTI DEI PAZIENTI**
 - 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE
- 2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO**
 - 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)
- 5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI**

TERMALI

- 5.7 BIS AMBULATORIO DEDICATO PER L'AUTISMO



Nelle conclusioni il Gruppo GERA si è così espresso: *“Si conclude pertanto la visita con una valutazione positiva e con un giudizio che riconosce il percorso svolto verso l’adeguamento ai requisiti richiesti per quanto attiene alle fasi di pianificazione, programmazione ed attuazione”*.

Conclusioni

Per quanto sopra rappresentato e vista la relazione del gruppo GERA

SI PROPONE

L’ ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE di classe 1 per l’Ambulatorio dedicato per l’Autismo della SANSTEFAR ABRUZZO S.p.a. con sede operativa a S. Egidio alla Vibrata (TE) in Via Po n.14 p.i. 02014620682, relativo ai requisiti A delle seguenti parti del Manuale:

1 DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2 DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

5 ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.7 BIS AMBULATORIO DEDICATO PER L’AUTISMO



Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 30 settembre 2024, vista la proposta motivata dell'Agenzia Sanitaria Regionale per il rilascio dell'accreditamento istituzionale a favore dell'Ambulatorio dedicato per l'Autismo della SANSTEFAR ABRUZZO S.p.a. con sede operativa a S. Egidio alla Vibrata (TE) in via Po n.14 p.i. 02014620682, ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

Valuta

positivamente il rilascio dell'accreditamento istituzionale a favore dell'Ambulatorio dedicato per l'Autismo della SANSTEFAR ABRUZZO S.p.a. con sede operativa S. Egidio alla Vibrata (TE) in via Po n.14 p.i. 02014620682, e certifica i risultati delle verifiche

per L' ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE di classe 1 per l'Ambulatorio dedicato per l'Autismo della SANSTEFAR ABRUZZO S.p.a. con sede operativa S. Egidio alla Vibrata (TE) in via Po n.14 p.i. 02014620682, relativo ai requisiti A delle seguenti parti del Manuale:

- 1 DIRITTI DEI PAZIENTI**
 - 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE
- 2 DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO**
 - 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)
- 5 ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI**
 - 5.7 BIS AMBULATORIO DEDICATO PER L'AUTISMO

Approvato:

Il Direttore dell'ASR Abruzzo

Il Componente ASL 01 Dott.ssa Maria Pia Carelli

Il Componente ASL 04 Dott.ssa Flavia Di Giangiacomo

