

AGENZIA TUTELA SALUTE (ATS) - PAVIA

(DGR n. X/4469 del 10.12.2015)

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ATS Pavia

Viale Indipendenza n. 3 - 27100 PAVIA

Tel. (0382) 4311 - Fax (0382) 431299 - Partita I.V.A. e Cod. Fiscale N° 02613260187

DECRETO N. 515/DGi DEL 22/11/2019

IL DIRETTORE GENERALE: Dr.ssa Mara AZZI

OGGETTO: Ente: "Lo Scigno Magico - Società Cooperativa Sociale" sede legale in via Rovereto n. 7 - Vigevano (PV).

Unità d'offerta: "Lo Scigno Magico" Ambulatorio di Riabilitazione Neuropsicomotoria dell'età evolutiva- sede operativa via Rovereto n. 7 Vigevano (PV).

Modifica dell'accreditamento dell'unità d'offerta sociosanitaria a seguito di SCIA con contestuale richiesta di accreditamento per trasferimento della sede operativa.

Codifica n. 1.1.02

Acquisiti i pareri di competenza del:

DIRETTORE SANITARIO

Dr. Santino SILVA

(Firmato digitalmente)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr. Adriano VAINI

(Firmato digitalmente)

DIRETTORE SOCIOSANITARIO

Dr.ssa Ilaria MARZI

(Firmato digitalmente)

Il Responsabile del Procedimento:

Direttore Dipartimento PAAPSS Dr.ssa Maria Rosa Dellagiovanna

(La sottoscrizione dell'attestazione è avvenuta in via telematica con password di accesso)

Il Funzionario istruttore:

Dirigente U.O.C. Autorizzazione e Accreditamento Ing. Marcello De Maglie

Infermiera AFDBarbara Gramegna

L'anno 2019 addì 22 del mese di Novembre

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, avente ad oggetto il riordino del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.);

Vista la Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e successive modifiche e integrazioni;

Vista la Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015 "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

Vista la DGR X/4469 del 10 dicembre 2015, costitutiva dell'A.T.S. di Pavia;

Vista la DGR XI/1060 del 17.12.2018 di conferimento dell'incarico di Direttore Generale dell'A.T.S. di Pavia;

Visto il decreto aziendale n. 413/DG del 19/09/2019 avente per oggetto "Revoca del Decreto 140/DG del 03.04.2019 e approvazione del Bilancio Preventivo Economico 2019 dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Pavia (BPE 2019 - V2)";

Visto il D.P.R. 14.01.1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

Vista la DGR n. VI/38133 del 06/08/1998 "Attuazione dell'articolo 12 comma 3 e 4, della L.R.11/07/1997 n 31 Definizione di requisiti ed indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie"

Vista la DGR n. VII/19833 del 16/12/2004 "Riordino della rete delle attività di riabilitazione";

Vista la Legge Regionale n.33 del 30.12.2009 "Testo unico delle leggi regionale in materia di sanità" e successive modifiche e integrazioni;

Vista la DGR n. X/2569 del 31.10.2014 "Revisione del sistema di esercizio e di accreditamento delle unità di offerta socio sanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo";

Vista la L.R. del 11/08/2015 n. 23 "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", che all'Art 1 "Modifiche al Titolo I e al Titolo II della l.r. 33/2009", al punto u) dispone la sostituzione dell'art 15 della L.R. 33/2009 determinando al comma 4 che "Le ATS accreditano le strutture sanitarie e socio sanitarie e dispongono eventuali variazioni dell'accreditamento, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'accreditamento in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico";

Vista la DGR n. X/4702 del 29.12.2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2016" con il sub Allegato 9 "Procedura per l'esercizio e l'accreditamento di unità di offerta socio sanitarie" che apporta le modifiche alla d.g.r. 2569/2014 discendenti dall'applicazione della L.R. 23/2015 sopra citata;

Vista la D.G.R. n. XI/1046 del 17.12.2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019";

il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

- il Legale Rappresentante dell'Ente Gestore "Lo Scugno Magico – Società Cooperativa Sociale" - C.F./P.IVA 04812320960, in data 25/09/2019 - prot. ATS n. 47116 - ha presentato la SCIA con contestuale richiesta di accreditamento, relativa al trasferimento della sede operativa dell'unità di offerta "Lo Scugno Magico" Ambulatorio di Riabilitazione Neuropsicomotoria dell'età evolutiva da via Santa Maria n.6 a via Rovereto n.7 nel medesimo Comune di Vigevano; dichiara inoltre che per la realizzazione dell'immobile sede dell'attività sono stati impiegati finanziamenti regionali "Fondo FRIM – Linea di intervento 7 "Cooperazione" di cui alla DGR n. 11239/2010, DGR n. 4320 del 04/04/2018, cofinanziamento agevolato alle cooperative ";

- l'unità di offerta di riabilitazione ambulatoriale "Lo Scugno Magico" con sede operativa nel Comune di Vigevano (PV)- via Santa Maria n.6 - è accreditata con DGR n.3144 del 20/03/2012;

- in data 25/09/2019 (prot ATS n.47118) il Legale Rappresentante dell'Ente Gestore "Lo Scugno Magico – Società Cooperativa Sociale" ha inoltre comunicato il trasferimento della sede legale dell'Ente da via Santa Maria n.8 a via Rovereto n.7 nel medesimo Comune di Vigevano;

- a fronte del ricevimento della succitata SCIA con contestuale richiesta di accreditamento, l'U.O.C. Autorizzazione e Accreditamento di questa ATS, al fine dell'accertamento del possesso dei requisiti previsti dalle DD.G.R. n. 2569/2014 e n. 19883/2004, ha attivato un iter procedurale che si è articolato in diverse fasi accertative, in collaborazione con la UOC Programmazione e Negoziazione con gli Erogatori per quanto attiene la verifica del possesso dei requisiti soggettivi di accreditamento;

- a conclusione del suddetto iter procedurale, si è pervenuti ad un esito positivo dell'accertamento dei requisiti di esercizio e di accreditamento dell'unità d'offerta di riabilitazione ambulatoriale "Lo Scugno Magico" conseguente alla segnalazione di trasferimento della sede operativa da via Santa Maria n.6 a via Rovereto n.7 nel Comune di Vigevano, come si evince dalla "Attestazione del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento" (All. n.1 pag 4.) e dalla relativa "Check list dei requisiti di esercizio e di accreditamento generali e specifici" (All. n.2 pag 9.), documentazione allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso;

- inoltre di disporre che l'iter procedurale si è concluso nei tempi previsti dalla normativa vigente.

Richiamato quanto sopra riferito, il responsabile del procedimento propone:

- di prendere atto dell'esito positivo dell'accertamento in relazione alla SCIA con contestuale richiesta di accreditamento per il trasferimento della sede dell'unità di offerta "Lo Scugno Magico" Ambulatorio di Riabilitazione Neuropsicomotoria dell'età evolutiva nel Comune di Vigevano da via Santa Maria n.6 a via Rovereto n.7;

- di modificare l'accreditamento dell'unità di offerta sociosanitaria, a seguito di trasferimento della sede da via Santa Maria n.6 a via Rovereto n.7 nel Comune di Vigevano (PV) - CUCES: 328016125;

- di trasmettere il presente provvedimento all'Ente Gestore ed alla D.G. Welfare di Regione Lombardia e di considerare concluso e perfezionato il presente provvedimento con la presa d'atto ed il contestuale aggiornamento del Registro Regionale delle strutture accreditate da parte di Regione Lombardia;

- di precisare che in conseguenza di questo provvedimento viene a decadere l'accreditamento della vecchia sede in via Santa Maria n.6 nel comune di Vigevano(PV);

- di disporre che, ai sensi della DGR n. X/2569/2014 e s.m.i. entro 90 giorni dalla comunicazione di presa d'atto e di avvenuto aggiornamento del registro regionale, la ATS disporrà una visita di vigilanza presso l'unità di offerta al fine di verificare il mantenimento dei requisiti.

Ritenuto di fare propria la proposta del responsabile del procedimento Direttore Dipartimento PAAPSS Dr.ssa Maria Rosa Dellagiovanna che, con la propria sottoscrizione, attesta che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittimo;

Acquisito ai sensi dell'art. 3 del D.L.vo 502/92 e succ. mod. ed integrazioni, su richiesta del Direttore Generale, il parere favorevole, espresso per competenza dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sociosanitario;

D E C R E T A

Per le motivazioni indicate in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

1. di prendere atto dell'esito positivo dell'accertamento in relazione alla SCIA con contestuale richiesta di accreditamento per il trasferimento della sede dell'unità di offerta "Lo Scigno Magico" Ambulatorio di Riabilitazione Neuropsicomotoria dell'età evolutiva da via Santa Maria n.6 a via Rovereto n.7 nel Comune di Vigevano (PV);

2. di modificare l'accreditamento dell'unità di offerta sociosanitaria, a seguito di trasferimento della sede da via Santa Maria n.6 a via Rovereto n.7 nel Comune di Vigevano (PV) - CUDES: 328016125;

3. di disporre che, ai sensi della DGR n. X/2569/2014 e s.m.i. entro 90 giorni dalla comunicazione di presa d'atto e di avvenuto aggiornamento del registro regionale, la ATS disporrà una visita di vigilanza presso l'unità di offerta al fine di verificare il mantenimento dei requisiti;

4. di considerare concluso e perfezionato il presente provvedimento con la presa d'atto ed il contestuale aggiornamento del Registro Regionale delle strutture accreditate da parte di Regione Lombardia;

5. di precisare che in conseguenza di questo provvedimento viene a decadere l'accreditamento della vecchia sede in via Santa Maria n.6 nel comune di Vigevano (PV);

6. di unire quale parte integrante la seguente documentazione:

* All. "1" Attestazione del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento (All.n.1 pag.4);

* All. "2" Check list dei requisiti di esercizio e di accreditamento generali e specifici (All.n.2 pag.9);

7. di demandare al Responsabile del procedimento la trasmissione del presente provvedimento all'Ente interessato per gli aspetti di competenza e alla Direzione Generale Welfare Regione Lombardia per gli adempimenti previsti dall'art. 9 comma 5 della legge regionale del 30 Dicembre 2009 n. 33 e successive modifiche e integrazioni;

IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Mara AZZI

(Firmato digitalmente)

Ai sensi dell'art. 17 comma 6 della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 e smi, il presente provvedimento, non soggetto a controllo, è immediatamente esecutivo e sarà pubblicato all'Albo pretorio on line con l'osservanza della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016.

PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente decreto sarà pubblicato sull'Albo pretorio on line per la durata di giorni quindici consecutivi e sarà successivamente sempre reperibile alla voce Provvedimenti della sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale.

Pavia li 22/11/2019

Il Funzionario addetto



**ATTESTAZIONE DEL POSSESSO DEI REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO AI SENSI
DELLA DGR N. 2569/14 PER SCIA CONTESTUALE**

Unità d'offerta

"Lo Scrigno Magico" Ambulatorio di Riabilitazione Neuropsicomotoria dell'età evolutiva

Sede: Via Rovereto n. 7 – Vigevano (PV)

Motivazione

Trasferimento in altra sede dell'attività nel medesimo comune della stessa ATS da via Santa Maria n. 6 a Via Rovereto n. 7 - Vigevano (PV)

Soggetto gestore

"Lo Scrigno Magico – Società Cooperativa Sociale"

Sede legale: via Rovereto n. 7 – Vigevano (PV)

CF/P.IVA: 04812320960

PEC: scrignoadi@pec.it

Legale rappresentante

Natalia Teodoridou

CF: TDRNTL68L57Z154V

Nato a: Mosca il 17/07/1968

Residenza: via Don Lorenzo Perosi n. 7 - Vigevano (PV)

Atto di nomina: Verbale Assemblea Ordinaria del 18/01/2018

Estremi della SCIA contestuale

Prot. ATS n. 47116 del 25/09/2019

(Allegata alla SCIA: Comunicazione di variazione della sede legale dell'Ente da via Santa Maria n. 8 a via Rovereto n. 7 comune di Vigevano - PV)

Ulteriori informazioni relative all'unità d'offerta:

- **Dichiarazione di inizio attività (D.I.A.)** del 26/04/2010 verificata positivamente dall'ASL di Pavia il 04/06/2010;
- **Accreditamento dell'ambulatorio di Riabilitazione Neuropsicomotoria dell'età evolutiva:** DGR n. IX/3144 del 20/03/2012;
- **Codice struttura:** 328016125
- **Finanziamenti pubblici per la realizzazione dell'immobile:** Fondo FRIM – Linea di intervento 7 "Cooperazione" di cui alla DGR n. 11239/2010, DGR n. 4320 del 04/04/2018, cofinanziamento agevolato alle cooperative
- **Titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività:** proprietà



- **Durata del titolo di godimento dell'immobile: ///**
- **Dati identificativi del proprietario:** Lo Scrigno Magico – Società Cooperativa Sociale
- **L'attività è esercitata a titolo di:** gestione diretta di un bene di proprietà

REQUISITI SOGGETTIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE E ALTRI SOGGETTI TENUTI – DGR 2569/14 allegato 1 sez. 2.1 Le verifiche non sono dovute per i legali rappresentanti di enti locali e di ASL che gestiscono direttamente unità d'offerta sociosanitarie, in quanto soggetti a specifica normativa di riferimento	ESITO	NOTE
Insussistenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'articolo 67, comma 2, del D.Lgs. 159/11 per il legale rappresentante	SI	Certificato di liberatoria antimafia PR_PVUTG_Ingresso_0040578_20190705 del 05/07/2019
Insussistenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'articolo 67, comma 2, del D.Lgs. 159/11 per <u>tutti gli altri soggetti</u> di cui al Libro II del medesimo decreto, di seguito elencati:	SI	Certificato di liberatoria antimafia PR_PVUTG_Ingresso_0040578_20190705 del 05/07/2019
COGNOME - NOME – COD.FISCALE – QUALIFICA: • BOCCATO RAFFAELLA CF BCCRFL74A58L872G – CONSIGLIERE • NICHINI MARINO CF NCHMRN65M27H037B - ORGANO DI VIGILANZA • SEREGINA NURIYA CF SRGNRY43E63Z154G - VICE PRESIDENTE DEL CONSIGLIO D'AMMINISTRAZIONE • TEODORIDOU NATALIA CF TDRNTL68L57Z154V - PRESIDENTE CONSIGLIO AMMINISTRAZIONE	////	

REQUISITI SOGGETTIVI DEL SOGGETTO GESTORE DGR 2569/14 allegato 1 sezione 3.1	ESITO	NOTE
Personalità giuridica con iscrizione nello specifico registro delle imprese o delle persone giuridiche private: • Privata	SI	Certificato iscrizione Camera di Commercio di Pavia (Prot. PV 3721114 del 25/09/2019) dal 16/07/2012
Regolarità della continuità gestionale e finanziaria *	SI	Relazione del Revisore dei Conti del 04/06/2018
Presenza dell'organo di controllo economico e relativa composizione (tipologia, nominativi e qualifiche dei componenti) *	SI	Revisore dei Conti Dr. Marino Nichini
Assenza di stato di fallimento *	SI	Certificato



		Tribunale Fallimentare di Pavia Prot. ATS n. 47787 del 30/09/2019
Assenza di liquidazione coatta *	SI	////
Assenza di concordato preventivo *	SI	////
Assenza di procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni: fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo *	SI	////

* Requisiti non applicabili per i soggetti gestori pubblici, in quanto si fa riferimento agli obblighi contabili e di controllo previsti dalle specifiche normative

Visto l'esito dell'istruttoria relativa alla Segnalazione Certificata di Inizio Attività con contestuale richiesta di accreditamento consistente in:

- 1) Verifica delle dichiarazioni sostitutive prodotte dal soggetto gestore tramite accertamenti presso le Pubbliche amministrazioni certificanti, con la conseguente acquisizione di documentazione di esito dell'UOC , ed in particolare:
 - Visura camerale estratta da Verifiche PA documento n. PV 3721114 del 25/09/2019;
 - Certificato di assenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67, comma 2 del D.Lgs. 159/11 con nulla osta PR_PVUTG_Ingresso_0040578_20190705 del 05/07/2019;
 - Certificato assenza stato di fallimento, liquidazione coatta e concordato preventivo del Tribunale di Pavia Prot. ATS n. 47787 del 30/09/2019

- 2) Verifica dei requisiti generali e specifici di esercizio e di accreditamento, la quale si è declinata come di seguito specificato:
 - Sopralluogo effettuato in data 03/10/2019 - verbale n. 46/2019/AA – esitato in richieste documentali integrative, relative ai requisiti organizzativi e gestionali, con contestuale sospensione dei termini;
 - Riscontro da parte dell'Ente Gestore alle richieste documentali avanzate in sede di sopralluogo pervenuto con nota del 10/10/2019 (prot ATS n. 49781);
 - In merito alla documentazione pervenuta, in data 17/10/2019 (prot ATS n. 51210) è stata richiesta un'ulteriore integrazione. Pervenuto riscontro da parte dell'Ente Gestore il 18/10/2019 (prot ATS n. 51360)



- 1) il soggetto gestore denominato "**Lo Scrigno Magico – Società Cooperativa Sociale**" avente sede legale nel Comune di Vigevano (PV) in via Rovereto n. 7 (P.I./C.F. 04812320960)

RISULTA

in possesso dei requisiti soggettivi di esercizio e di accreditamento previsti dalla DGR n. 2569/14

- 2) l'unità d'offerta "**Lo Scrigno Magico**" Ambulatorio di Riabilitazione Neuropsicomotoria dell'età evolutiva con sede nel Comune di Vigevano (PV) in via Rovereto n. 7

RISULTA

in possesso dei requisiti generali e specifici di esercizio e di accreditamento previsti dalla DGR n. 2569/2014 e dalla DGR n.19883/2004.

IL DIRETTORE

DIPARTIMENTO PAAPSS

(Dott.ssa Maria Rosa Dellagioyanna)

Responsabile dell'istruttoria:

Ing. Marcello De Maglie

Funzionari Istruttori:

Inf. Laura Vertuani

Inf. Barbara Gramegna

Tdp Francesco Parmigiani

Dott.ssa Francesca Azzolini

**REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO****Lo Scigno Magico****Ambulatorio di Riabilitazione Neuropsicomotoria dell'età evolutiva****Via Rovereto n. 7 – Vigevano (PV)**

A conclusione dell'istruttoria compiuta a seguito della presentazione di SCIA con contestuale richiesta di accreditamento del 25/09/2019 prot ATS n. 47116, con la presente check list si riporta l'esito dell'accertamento dei requisiti generali e specifici organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici di esercizio e di accreditamento dell'unità di offerta **Lo Scigno Magico Ambulatorio di Riabilitazione Neuropsicomotoria dell'età evolutiva** (Ente Gestore: Lo Scigno Magico Società Cooperativa Sociale), come previsti dalla DGR n. 2569/2014 e dalla specifica normativa di riferimento DGR n. 19883/2004

REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO RIA

REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI GENERALI E SPECIFICI DGR n.2569/2014 – All.1; DGR n. 19883/04		
Rif.norm	Area tematica	Esito
	Politica, obiettivi e attività	
ES 2.2.1.a	Definizione della missione dell'Organizzazione e delle politiche complessive	SI
	Definizione degli obiettivi in relazione alla singola UdO, specificando servizi erogati e popolazione potenzialmente interessata	SI
	Definizione dell'organizzazione interna della UdO (modalità di erogazione del servizio, prestazioni erogate, attività eseguite)	SI
ES 2.2.1.b	Definizione annuale del piano di lavoro, comprendente tipologia e volume di attività previste e conseguente piano organizzativo	SI
ES 2.2.5.a	Adozione di un programma annuale di valutazione e miglioramento delle attività relativo ai processi di erogazione, selezionati in rapporto alle priorità individuate favorendo il coinvolgimento del personale	SI
AC 3.2.1	Adozione del programma annuale entro il primo trimestre dell'anno solare (entro 90 gg per i nuovi accreditamenti)	SI
AC 3.2.4.i	Definizione di strumenti, indicatori, modalità e tempi per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi del programma annuale	SI
	Presenza di una relazione annuale che espliciti i risultati, le eventuali criticità rilevate e le azioni migliorative per l'anno successivo, dando evidenza del coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione	SI
	Diffusione dei risultati della relazione annuale agli interessati	SI
AC 3.2.4.f	Per strutture residenziali ≥80 p.l. o per gestori con capacità contrattuale socio sanitaria ≥ € 800.000, presenza dell'attestazione annuale inviata all'ATS di: <ul style="list-style-type: none"> □ adozione di Codice Etico e Modello Organizzativo ai sensi del D.Lgs.231/2001 □ formazione e informazione al proprio personale □ nomina Organismo di Vigilanza con identificazione dei componenti e descrizione delle qualifiche □ avvenuta acquisizione della relazione annuale dell'Organismo di Vigilanza 	NP

AC 3.2.4.h	Polizza assicurativa per responsabilità civile del soggetto gestore (quietanza di pagamento per l'annualità in corso), con: <ul style="list-style-type: none"> □ data di attivazione non successiva alla presentazione all'istanza di accreditamento □ copertura anche per fatti accidentali e imputabili a negligenza, imprudenza o imperizia □ assenza di franchigie opponibili ai terzi danneggiati. In alternativa, programma assicurativo di gestione diretta del rischio, idoneamente documentato.	SI
	Note: ///	
	Continuità assistenziale	
ES 2.2.2.b	La continuità assistenziale è garantita in caso di urgenze o eventi imprevisti, in relazione alla tipologia e alla complessità assistenziale dell'utenza trattata	SI
	In caso di trasferimento sono messe a disposizione tutte le informazioni inerenti il percorso effettuato dall'utente nell'unità d'offerta	SI
AC 3.2.2.	Solo per Ciclo Diurno Continuo: all'atto della dimissione/trasferimento, è previsto il rilascio all'utente della relazione di dimissione (riportando stato di salute, trattamenti effettuati, necessità di trattamenti successivi e altre informazioni utili)	NP
	Sono previste modalità di gestione di eventuali trasferimenti interni/presso altre unità d'offerta sociosanitarie o sanitarie	SI
	Note: ///	
	Gestione risorse umane ed economiche	
ES 2.2.2.a	Sono definite e esplicitate l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche	SI
ES 2.2.3.a	Descrizione quantitativa e qualitativa delle risorse umane ritenute necessarie alla gestione della UdO	SI
ES 2.2.1.a	Descrizione organizzazione interna UdO (Organigramma, livelli di responsabilità)	SI
AC 3.2.3.d	Definizione della programmazione settimanale o mensile delle attività giornaliere del personale ivi compreso lo schema di distribuzione programmata degli orari di lavoro, i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie ed i permessi del personale	SI
AC 3.2.3.d	Adozione di un sistema di rilevazione delle presenze degli operatori per ogni specifica unità d'offerta (si utilizza registro firme)	SI
	Personale identificabile mediante cartellino di riconoscimento	SI
ES 2.2.3.d	Adozione procedura operativa per l'inserimento del personale di nuova acquisizione	SI
AC 3.2.3.a	Presenza di criteri di selezione del personale che includano anche la conoscenza della lingua italiana	SI
ES 2.2.3.b	Personale volontario non rendicontabile a standard: formalizzazione dei rapporti tra struttura e Associazione/singolo volontario	NP
AC 3.2.3.a	Modalità di integrazione fra le figure professionali e volontari e tirocinanti eventualmente presenti	NP
AC 3.2.3.b	Individuazione con atto formale di un operatore referente per i compiti previsti al punto 3.2.3.b della DGR n. 2569/2014 (validazione protocolli, vigilanza aspetti igienico sanitari, corretta conservazione documentazione sociosanitaria, ecc)	SI
ES 2.2.5.b	Identificazione della struttura/responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità	SI
ES 2.2.6	Identificazione nell'organigramma del responsabile del sistema informativo	SI
ES 2.2.1.a	Individuazione del referente per i rapporti con gli uffici sul territorio che si occupano di protezione giuridica e servizi sociali	SI
ES 2.2.3.c	Adozione di un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale con indicazione del referente	SI
AC 3.2.3.c	È assicurata la copertura del fabbisogno formativo di tutti gli operatori addetti all'assistenza in un arco di tempo triennale, sulla base delle esigenze specifiche rispetto all'utenza da assistere e su tematiche relative all'umanizzazione delle cure	SI
	È prevista per tutti gli operatori (NB: anche per coloro che non concorrono allo standard dell'UdO) la formazione su tematiche relative alla comunicazione ed alle tecniche di relazione con gli utenti e i caregiver anche rispetto alla gestione dei conflitti	SI
	Note: ///	
	Gestione delle risorse tecnologiche	
ES 2.2.4	È adottata una procedura di programmazione degli acquisti di apparecchiature biomediche e dispositivi medici	NP

	Inventario annuale delle apparecchiature biomediche	NP
	Adozione di un piano di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche	NP
	Procedure per garantire l'uso sicuro e appropriato delle apparecchiature biomediche	NP
	Note: ///	
	Gestione, valutazione e miglioramento della qualità	
ES 2.2.5.c	Presenza di sistemi atti a rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza da parte di utenti o familiari	SI
AC 3.2.4.b	Rilevazione del grado di soddisfazione almeno annuale rivolta a: <input type="checkbox"/> Utenti <input type="checkbox"/> Familiari e/o caregiver <input type="checkbox"/> Lavoratori anche riguardo al benessere lavorativo	SI
	Garantita l'analisi dei dati rilevati e la presa in considerazione delle criticità emerse	SI
	Garantita la diffusione dei risultati della rilevazione e delle azioni di miglioramento	SI
AC 3.2.4.c	Per la prevenzione e gestione dei disservizi sono garantite: <input type="checkbox"/> la raccolta e la tracciabilità dei disservizi rilevati <input type="checkbox"/> la predisposizione di azioni di miglioramento <input type="checkbox"/> la diffusione delle azioni di miglioramento, se di interesse collettivo	SI
	Note: ///	
	Documentazione Sociosanitaria (FASAS)	
	FASAS verificato/i: numero identificativo 166	
ES 2.2.5.d	Sono presenti le sezioni relative a: <input type="checkbox"/> anamnesi riferite alle diverse aree <input type="checkbox"/> analisi e valutazione della situazione del singolo utente e, dove necessario e opportuno, del suo contesto familiare <input type="checkbox"/> percorso dell'utente nell'UdO (P.I., Pianificazione, Diari) <input type="checkbox"/> modulistica relativa alla tutela della privacy, al consenso informato per i singoli atti sanitari proposti, alla tutela della persona se attivata	SI
	Note: ///	
	Procedure e protocolli	
	Presenza piano di diffusione e di attuazione delle procedure e protocolli in uso	SI
	Aggiornamento con periodicità almeno triennale ultimo aggiornamento 05/09/2019	SI
ES 2.2.5.e	Presenza di procedure e protocolli relativi a: <input type="checkbox"/> Processi assistenziali rilevanti per la specifica UdO <input type="checkbox"/> Approvvigionamento, conservazione e smaltimento farmaci (NP) <input type="checkbox"/> Tracciabilità della somministrazione dei farmaci (NP) <input type="checkbox"/> Criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste attesa, accoglimento e registrazione), presa in carico e dimissione <input type="checkbox"/> Modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di strumenti ed accessori <input type="checkbox"/> Modalità di pulizia e sanificazione degli ambienti (esclusa attività domiciliare) <input type="checkbox"/> Modalità di compilazione, conservazione, archiviazione del FASAS e di ogni altra documentazione comprovante l'attività sociosanitaria erogata	SI
AC 3.2.4.g	Presenza di procedure e protocolli relativi a: <input type="checkbox"/> Identificazione, segnalazione e gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella	SI
	Il personale risulta a conoscenza delle procedure e protocolli in uso	SI
	Note: Acquisita dichiarazione a firma del LR che nell'UdO non si effettuano trattamenti farmacologici	
	Segnaletica e carta dei servizi	
AC 3.2.4.d	Il soggetto gestore facilita l'accesso alla struttura e alle sue divisioni interne con l'apposizione di una segnaletica visibile anche a distanza e di facile comprensione (esclusa attività domiciliare)	SI
	Il soggetto gestore assicura la definizione e l'utilizzo di strumenti per la comunicazione interna: bacheche, intranet, riunioni periodiche (esclusa attività domiciliare)	SI
ES 2.2.1.c	Presenza di materiale informativo (carta dei servizi) contenente: <input type="checkbox"/> le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini <input type="checkbox"/> i criteri per l'accesso alle prestazioni e le modalità di erogazione delle stesse	SI
AC 3.2.4.a	La carta dei servizi è: <input type="checkbox"/> datata e aggiornata <input type="checkbox"/> esposta e a disposizione del pubblico/pubblicata su sito web (se esistente)	SI

AC 3.2.4.a	<p>La carta dei servizi contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> descrizione dell'unità d'offerta con indicazioni della tipologia di prestazioni erogate <input type="checkbox"/> condizioni che danno diritto all'accesso <input type="checkbox"/> criteri di formazione e modalità di gestione della lista di attesa <input type="checkbox"/> criteri di accoglienza (anche con indicazione dell'Unità Operativa o persona incaricata per le visite guidate nella unità d'offerta) <input type="checkbox"/> criteri di presa in carico e dimissioni dell'utente <input type="checkbox"/> definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni e delle attività previste (giornata tipo) <input type="checkbox"/> orario di funzionamento dell'unità d'offerta (orario di visita/periodo di apertura nell'anno) <input type="checkbox"/> raggiungibilità dell'unità d'offerta con i mezzi di trasporto ed eventuale disponibilità di un servizio di trasporto della struttura <input type="checkbox"/> strumenti e modalità atti a tutelare i diritti delle persone assistite <input type="checkbox"/> definizione dei tempi di gestione segnalazioni e reclami <input type="checkbox"/> definizione delle indicazioni in caso di dimissioni/trasferimento ad altra struttura e per assicurare la continuità delle cure <input type="checkbox"/> informazioni su strumenti, modalità e tempi di valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e caregiver (rispetto alla qualità dei servizi ed alle prestazioni usufruite), nonché per la rilevazione dei disservizi <input type="checkbox"/> tempistiche e modalità (inclusi i costi) per l'accesso alla documentazione sociosanitaria o per ottenerne il rilascio <input type="checkbox"/> scheda di rilevazione del grado di soddisfazione (utenza/familiari) allegata alla carta dei servizi <input type="checkbox"/> scheda di rilevazione di apprezzamenti/reclami allegata alla carta dei servizi 	SI
	Note: ///	
	Sistema informativo	
ES 2.2.6.	Il soggetto gestore individua i bisogni informativi, predispone le strutture organizzative e le strumentazioni necessarie a garantire la qualità dei dati	SI
AC 3.2.5	Il soggetto gestore si dota di un sistema di contabilità analitica, riferito alla singola UdO, nel rispetto della normativa vigente e delle indicazioni regionali	SI
	Note: ///	

	Note: ///	
ES 2.3.2.b	PROTEZIONE ANTISISMICA	
	Verifiche di idoneità statica. Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): <input checked="" type="checkbox"/> Certificato di idoneità statica dell'intero edificio (edifici esistenti e modifiche senza interventi strutturali)	SI
	Per opere ed edifici strategici o rilevanti scheda analisi e verifiche vulnerabilità sismica	NP
	Note: dichiarazione del progettista, arch Marina Bovo datata 27/08/2019	
ES 2.3.2.c	PROTEZIONE ANTINCENDIO	
	Documentazione prevenzione incendi (barrare una delle opzioni): <input checked="" type="checkbox"/> Ricevuta SCIA antincendio di cui all'art. 4 del D.P.R. 151/2011, rilasciata dal Comando dei Vigili del Fuoco (solo per cat. C all. 1 D.P.R. 151/2011: con dichiarazione di impegno a comunicare l'esito dell'istruttoria dei Vigili del Fuoco)	SI
	Documento di valutazione del rischio incendio ai sensi del D.Lgs. 81/2008 ed ottemperanza al DM 10/3/1998	SI
	Piano delle emergenze per rischio incendio (redatto entro 90 gg e aggiornato in caso di modificazioni del tipo di attività o dell'organizzazione)	SI
	Atto di designazione dei coordinatori e degli addetti delle squadre antincendio con attestati dei relativi corsi obbligatori	SI
	Documentazione attestante l'esecuzione di prove di evacuazione annuali del 14/09/2019	SI
	Registro dei controlli dei presidi antincendio ai sensi dell'art.4 DM 10/3/1998 e del punto 2 dell'art. 6 DPR 151/2011 secondo la periodicità prevista	SI
	Note: ///	
ES 2.3.2.d	PROTEZIONE ACUSTICA	
	Verificata tramite documento di collaudo dei requisiti acustici passivi degli edifici (esclusivamente per nuove costruzioni e ristrutturazioni di edifici esistenti realizzati dall'entrata in vigore del DPCM del 5/12/1997, a partire dal 20/2/1998)	SI
	Note: Studio Giacalone del 23/11/2018	
ES 2.3.2.e	SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA	
Impianti elettrici	Conformità degli impianti elettrici (barrare una delle opzioni): <input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico completa di progetto ai sensi del D.M. 37/2008	SI
	Effettuazione dei controlli periodici degli impianti elettrici (con periodicità conforme alle norme tecniche vigenti) attestata da idonea documentazione - impianto nuovo	NP
	Identificazione degli ambienti destinati a uso medico e loro classificazione con corrispondente planimetria vidimata dal responsabile sanitario	SI
Impianti di protezione contro le scariche atmosferiche	Verificata tramite (barrare una delle opzioni): <input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di autoprotezione redatta da un tecnico abilitato (nel caso l'impianto non sia previsto) per. Ind. L. Bertonazzi del 11/09/2019	SI
	Verifica dell'impianto elettrico di messa a terra secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione	NP
Gruppo elettrogeno	Conformità (certificato di conformità, certificato di collaudo)	NP
	Verifiche periodiche di efficienza e funzionamento attestata da idonea documentazione	NP
Dispositivi elettromed.	Elenco completo dei dispositivi elettromedicali in uso con relative conformità CE (dichiarazione del L.R. di assenza di apparecchiature elettromedicali)	NP
	Verifica periodica dei dispositivi elettromedicali secondo le scadenze previste attestata da idonea documentazione	NP
	Note: ///	
ES 2.3.2.f	SICUREZZA ANTIINFORTUNISTICA	
	<input checked="" type="checkbox"/> Presenza del DVR - Documento di valutazione dei rischi, prodotto entro 90 gg dall'avvio dell'attività	SI
	Presenza del DUVRI - Documento di valutazione dei rischi da interferenza	NP
	Note: ///	
ES 2.3.2.g	IGIENE E SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO	
Locali	Autorizzazione in deroga ex art.65 D.Lgs. 81/2008, in caso di utilizzo ai fini lavorativi di	NP

interrati e seminterrati	locali interrati e seminterrati	
Impianti di sollevamento	Dichiarazione di conformità	NP
	Matricola ascensori/montacarichi rilasciata dal competente ufficio comunale	NP
	Verifiche periodiche attestate da idonea documentazione	NP
	Presenza di ascensori e montalettighe con certificazione di idoneità degli ascensori all'utilizzo come vie di fuga in caso di incendio *	NP
Impianto idro-termo-sanitario	Dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008	SI
	Copia denuncia INAIL – Dipartimento tecnico (ex ISPESL) della centrale termica, se potenza >35 KW	NP
	Tenuta del libretto e relativi controlli periodici	SI
Impianto a gas	Dichiarazione di conformità (ai sensi del DM 37/08 o della Legge 46/90)	NP
Raffrescamento	Dichiarazione di conformità (ai sensi del DM 37/08 o della Legge 46/90)	SI
	Tenuta del libretto e relativi controlli periodici	SI
Centrali frigorifere e sterilizzatrici	Denuncia a INAIL di messa in servizio	NP
	Verifica periodica (sulla base dell'all.VII D.Lgs. 81/2008 e delle risultanze del verbale di prima verifica) attestata da idonea documentazione	NP
Legionellosi	Presenza della procedura di autocontrollo (che includa gli impianti di produzione di acqua calda/condizionamento con UTA/climatizzazione a split e similari)	SI
	Registro, per ogni impianto, con interventi eseguiti e periodicità - impianto ancora non in esercizio	NP
	Note: ///	
ES 2.3.2.h	PROTEZIONE RADIAZIONI IONIZZANTI	
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): <input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di assenza di sorgenti radioattive/apparecchiature radiodiagnostiche	SI
	Note: ///	
ES 2.3.2.i	ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE	
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): <input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione, rilasciata dal tecnico progettista, del superamento delle barriere architettoniche ai sensi della Legge 13/1989 e D.M. 236/1989	SI
	Note: ///	
ES 2.3.2.j	SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI	
	Contratto con ditta autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari a rischio infettivo in corso di validità e relativa documentazione degli avvenuti smaltimenti – Ditta ECORECUPERO del 05/09/2019	SI
	Verifica della presenza degli idonei contenitori per la raccolta a rischio infettivo	SI
	Verifica della presenza di idoneo spazio di stoccaggio	SI
	Note: ///	
ES 2.3.2.k	IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA	
	Dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008 degli impianti di trattamento dell'aria Ditta COSTABILE Nicola del 06/09/2019	SI
	Relazione tecnica con indicazione dei parametri termo – igro – volumetrici	SI
	Documentazione inerente verifiche periodiche manutentive degli impianti secondo un piano di manutenzione definito dal Gestore	SI
	Note: ///	
ES 2.3.2.l	IMPIANTI DISTRIBUZIONE GAS MEDICALI	

	Presenza impianto distribuzione ossigeno (barrare una delle opzioni):	NP
	Dichiarazione di conformità e marcatura CE dell'impianto gas medicali	NP
	Documentazione inerente verifiche e manutenzioni periodiche dell'impianto	NP
	Note: ///	
ES 2.3.2.m	MATERIALI ESPLODENTI	
	Verificata tramite (barrare una delle opzioni): X Dichiarazione di assenza di materiali esplosivi	SI
	Note: ///	

Per le strutture in esercizio, la verifica dei luoghi e delle destinazioni d'uso è pienamente conforme agli spazi e luoghi approvati in sede di autorizzazione/DIA/SCIA o formale comunicazione di modifica dell'articolazione degli spazi ai sensi dell'allegato 2, punto 2.3.3 della DGR n. 2569/14 così come modificato dalla DGR n. 4702/2015, Sub allegato 9, anche con riferimento alle planimetrie agli atti	SI
Note: ///	

NUOVE UdO/VARIAZIONI

Conformità allo stato dei luoghi delle planimetrie presentate con istanza	SI
Note: ///	

REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI DGR n. 19883/04

Rif.norm.	Attività ambulatoriale in area generale geriatrica	Esito
	Requisiti strutturali e tecnologici	
ES 1	Esiste una sala per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi	SI
ES 2	Esistono degli spazi per l'attesa, per l'accettazione, per le attività amministrative	SI
ES 3	I servizi igienici per il personale sono distinti da quelli per gli utenti	SI
ES 4	Esiste uno spazio o dei locali per il deposito del materiale pulito	SI
ES 5	Esiste uno spazio o dei locali per il deposito del materiale sporco	SI
ES 6	Esiste uno spazio, o degli armadi, per il deposito del materiale d'uso, delle attrezzature, delle strumentazioni	SI
ES 7	In tutti i locali sono assicurate, di regola, l'illuminazione e la ventilazione naturali	SI
ES 8	Esiste un impianto telefonico per utenti	SI
ES 9	Il locale ambulatorio dispone delle attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta	SI
	Requisiti organizzativi e gestionali	
ES 10	Durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale è prevista la presenza di almeno un medico, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio	SI
ES 11	E' prevista la presenza di figure professionali educativo-riabilitative e abilitative (personale in possesso di adeguata formazione per attività ad es. musicoterapia, arteterapia, rieducazione equestre, ecc.) in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia svolta	SI
ES 12	Tutti i materiali, i farmaci, le confezioni soggetti a scadenza portano in evidenza la data della scadenza stessa	NP
ES 13	Le prestazioni effettuate sono registrate e corredate dalle generalità riferite all'utente	SI
ES 14	Le registrazioni e le copie dei referti vengono conservate secondo modalità e tempi sanciti dalla normativa vigente	SI
AC 15	Esiste per ogni paziente il Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) ed il programma riabilitativo individuale (p.r.i.)	SI
AC 16	Per l'attività ambulatoriale sono garantiti la supervisione ed il coordinamento da parte di un medico in possesso della specializzazione in medicina fisica e riabilitativa o equipollente. *Per i soggetti in età evolutiva è garantita la presenza di un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile	SI
AC 17	Durante l'accesso dell'utenza, è presente almeno un infermiere. *Per i soggetti in età evolutiva portatori di particolari patologie (es: autismo) invece	SI

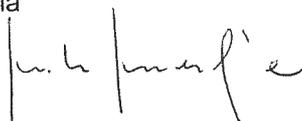
	dell'infermiere è garantita durante le ore di apertura almeno una figura professionale educativa-riabilitativa, secondo quanto previsto dal PRI e dal pri.	
AC 18	Tramite l'apposita segnaletica, l'utenza è informata circa l'orario di accesso alle prestazioni, l'elenco delle specialità disponibili, le modalità di prenotazione ed i tempi di consegna dei referti	SI
	Note: Dichiarazione LR attestante che nei PRI è necessaria esclusivamente la presenza delle figure dell'area educativa/riabilitativa per gli utenti attualmente presi in carico.	

II DIRETTORE
DIPARTIMENTO PAAPSS
(Dott.ssa Maria Rosa Dellagiovanna)



Responsabile dell'istruttoria

Ing. Marcello De Maglie

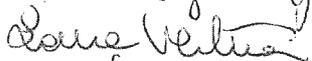


I Funzionari istruttori:

Inf. Barbara Gramegna



Inf. Laura Vertuani



TdP Francesco Parmigiani



Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Pavia
V.le Indipendenza, 3 - 27100 PAVIA - www.ats-pavia.it
D.G.R. cost. n. X/4469 del 10.12.2015 - Partita I.V.A. 02613260187
Dipartimento PAAPSS - U.O.C. Autorizzazione e Accreditamento
+39 (0382) 431252
pec: protocollo@pec.ats-pavia.it