

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. 174/DGi DEL 19/03/2021

IL DIRETTORE GENERALE: Dr.ssa Mara AZZI

OGGETTO: SCIA con contestuale richiesta di accreditamento per nuova Unità d'Offerta sociosanitaria Servizi Diurni per la Riabilitazione (ciclo diurno continuo) "Lo Scrigno Magico - Istituto di Riabilitazione" sita in via Rovereto n. 7 - Vigevano (PV) (Prot. ATS n. 572 del 07/01/2021)
Ente Gestore: "Lo Scrigno Magico - Società Cooperativa Sociale" con sede legale in Via Rovereto n. 7- Vigevano (PV).

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 UOC Autorizzazione e
Accreditamento Dr. Giuseppe Imperiale

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

Il Funzionario istruttore:

Infermiera Dr.ssa Laura Vertuani

L'anno 2021 addì 19 del mese di Marzo

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 sociosanitario 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 4/DGi del 14/01/2021 avente ad oggetto "Assegnazione Budget provvisorio in parte corrente per l'anno 2021";

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. VII/19883 del 16.12.2004 "Riordino della rete delle attività di Riabilitazione";

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

Vista la L.R. del 11.08.2015 n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario 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 sociosanitarie 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 sociosanitario per l'esercizio 2016" con il sub Allegato 9 "Procedura per l'esercizio e l'accreditamento di unità di offerta sociosanitarie" che apporta le modifiche alla DGR n. X/2569/2014 discendenti dall'applicazione della citata L.R. 23/2015 sopra citata;

Vista la D.G.R. n. XI/2397 del 11.11.2019 "Modifica dei requisiti organizzativi specifici minimi, di esercizio e accreditamento, per l'attività di riabilitazione ambulatoriale in area generale e geriatrica e in regime diurno continuo";

Vista la D.G.R. n. XI/2672 del 16.12.2019 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2020";

Premesso che 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 07.01.2021 - prot. ATS n. 572 - ha presentato SCIA con contestuale richiesta di accreditamento, per nuova Unità d'Offerta sociosanitaria, Servizi Diurni per la Riabilitazione (ciclo diurno continuo) denominata "Lo Scugno Magico - Istituto di Riabilitazione " sita in via Rovereto n.7 nel Comune di Vigevano (PV); 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";

- presso la medesima sede sopra riportata sono inoltre presenti le seguenti Unità di Offerta accreditate in capo all'Ente Gestore "Lo Scugno Magico – Società Cooperativa Sociale":

* ADI "Società Cooperativa Sociale Lo Scugno Magico" - codice CUDES 328016174

* Ambulatorio di Riabilitazione Neuropsicomotoria dell'età evolutiva - codice CUDES 328016125

- 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 dalla D.G.R. n. 2569/2014 e dalle DD.G.R n. 19883/2004 e n. 2397/2019, 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;

- l'UOC Autorizzazione e Accreditamento, acquisita l'ultima integrazione in data 16.02.2021 (prot. ATS n. 10358) ha concluso il suddetto iter procedurale con esito positivo in merito all'accertamento dei requisiti di esercizio e di accreditamento dell'Unità d'Offerta sociosanitaria, Servizi Diurni per la Riabilitazione (ciclo diurno continuo) denominata "Lo Scugno Magico - Istituto di Riabilitazione " sita in via Rovereto n.7 nel Comune di Vigevano (PV), come si evince dalla "Attestazione del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento" (All. n.1 pag. 5) e dalla "Check list requisiti di esercizio e di accreditamento" (All. n.2 pag. 12) entrambe allegatae al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso;

- 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 nuova Unità d'Offerta sociosanitaria, Servizi Diurni per la Riabilitazione (ciclo diurno continuo) denominata "Lo Scugno Magico - Istituto di Riabilitazione " sita in via Rovereto n.7 nel Comune di Vigevano (PV);

- 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 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 esegua una visita di vigilanza presso l'Unità d'Offerta al fine di verificare il mantenimento dei requisiti.

- di non procedere ad alcuna contabilizzazione considerando che dall'attuazione del presente provvedimento non derivano costi/ricavi;

Ritenuto di fare propria la proposta del responsabile del procedimento Direttore UOC Autorizzazione e Accreditamento Dr. Giuseppe Imperiale 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 nuova Unità d'Offerta sociosanitaria, Servizi Diurni per la Riabilitazione (ciclo diurno continuo) denominata "Lo Scigno Magico - Istituto di Riabilitazione" sita in via Rovereto n.7 nel Comune di Vigevano (PV);

2. 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;

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 esegua una visita di vigilanza presso l'unità di offerta al fine di verificare il mantenimento dei requisiti.

4. di unire quale parte integrante la seguente documentazione:

* All. "1" Attestazione del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento (All.n.1 pag.5);

* All. "2" Check list requisiti di esercizio e di accreditamento (All.n.2 pag.12);

5. 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 s.m.i., 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 19/03/2021

Il Funzionario addetto



**ATTESTAZIONE DEL POSSESSO DEI REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO AI
SENSI DELLA DGR N. 2569/14 e s.m.i
PER SCIA CON CONTESTUALE RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO**

Unità d'offerta: Servizi diurni per la riabilitazione (ciclo diurno continuo)

"Lo Scrigno Magico"

Via Rovereto n. 7, Vigevano (PV)

Motivazione

Messa in esercizio di nuova unità d'offerta con contestuale istanza di accreditamento

Soggetto gestore

Lo Scrigno Magico – Società Cooperativa Sociale

Via Rovereto n. 7, Vigevano (PV)

CF/P.IVA 04812320960

PEC scignoadi@pec.it

Legale rappresentante

Natalia Teodoridou

CF: TDRNTL68L57Z154V

Nata a Mosca il 17/07/1968

Residente in via Don Lorenzo Perosi n. 7, Vigevano (PV)

Atto di nomina: Verbale assemblea del 18/01/2018

Estremi della SCIA contestuale/istanza di accreditamento

Prot. ATS n. 572 del 07/01/2021

Ulteriori informazioni relative all'unità d'offerta:

- **codice struttura:** da attribuire;
- **finanziamenti pubblici per la realizzazione:** 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 D.D.U.O. 04/04/2018 n. 4320, cofinanziamento agevolato alle cooperative;
- **titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività:** proprietà;
- **durata del titolo di godimento dell'immobile:///**
- **dati identificativi del proprietario:///**
- **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	Richiesta certificato di liberatoria antimafia PR_PVUTG_Ingresso_0001264_20210111 del 11/01/2021
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	
<i>Nome, cognome, codice fiscale e qualifica:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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 DEL CONSIGLIO D'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 <ul style="list-style-type: none"> • Privata 	SI	Certificato iscrizione Camera di Commercio di Pavia (Prot. PV



		4561944 del 11/01/2021)
Regolarità della continuità gestionale e finanziaria *	SI	Relazione del Revisore dei Conti Dr. Corrado Tomo' del 24/07/2020
Presenza dell'organo di controllo economico e relativa composizione (tipologia, nominativi e qualifiche dei componenti) *	SI	Revisore legale Dr. Marino Nichini
Assenza di stato di fallimento *	SI	Certificato Tribunale Fallimentare di Pavia Prot. ATS n. 29547 del 09/06/2020
Assenza di liquidazione coatta *	SI	Certificato Tribunale Fallimentare di Pavia Prot. ATS n. 29547 del 09/06/2020
Assenza di concordato preventivo *	SI	Certificato Tribunale Fallimentare di Pavia Prot. ATS n. 29547 del 09/06/2020
Assenza di procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni: fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo *	SI	Certificato Tribunale Fallimentare di Pavia Prot. ATS n. 29547 del 09/06/2020



* 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 4561944 del 11/01/2021;
- 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_0001264_20210111 del 11/01/2021;
- Certificato assenza stato di fallimento, liquidazione coatta e concordato preventivo del Tribunale di Pavia Prot. ATS n. 29547 del 09/06/2020.

2) Verifica del possesso dei requisiti organizzativi, gestionali, strutturali e tecnologici, di esercizio e di accreditamento, il cui iter di verifica si è articolato come segue:

- sopralluogo presso la struttura effettuato in data 14/01/2021 (verbale n. 07/2021/AA) esitato in richieste documentali integrative relative a requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali;
- riscontri da parte dell'Ente Gestore alle richieste documentali avanzate in sede di sopralluogo pervenuti con note PEC del 18/01/2021 (prot. ATS n. 3190) e del 16/02/2021 (prot. ATS n. 10358).

SI ATTESTA CHE

- **il Soggetto Gestore denominato Lo Scigno Magico – Società Cooperativa Sociale** (CF/P.IVA 04812320960), avente sede legale nel Comune di Vigevano (PV) in Via Rovereto n. 7

RISULTA

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



- l'Unità d'Offerta Servizi diurni per la Riabilitazione (ciclo diurno continuo) "Lo Scigno Magico" 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 dalle DGR n. 19883/2004 e n. 2397/2019.

RESPONSABILE U.O.C.

Autorizzazione e Accreditamento

Dr. Giuseppe Imperiale

(Documento firmato digitalmente)

Il responsabile del procedimento: Dr. Giuseppe Imperiale

I Funzionari istruttori: Inf. Laura Vertuani - TdP Francesco Parmigiani - Dr.ssa Francesca Azzolini
(UOC Programmazione e Negoziazione con gli Erogatori)

Segue All. n. 2: check list dei requisiti di esercizio e di accreditamento come previsti dalla DGR n. 2569/2014 e dalle DGR n. 19883/2004 e n. 2397/2019

**CHECK LIST REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO**

Servizi diurni per la riabilitazione (ciclo diurno continuo)

"Lo Scigno Magico"

Via Rovereto n. 7, Vigevano (PV)

A conclusione dell'istruttoria compiuta a seguito della presentazione di SCIA con contestuale richiesta di accreditamento del 07/01/2021 (prot. ATS n. 572), con la presente check list si riporta l'esito dell'accertamento in merito al possesso dei requisiti organizzativi, gestionali, strutturali e tecnologici, di esercizio e di accreditamento, dell'unità di offerta **Servizi diurni per la riabilitazione (ciclo diurno continuo) "Lo Scigno Magico"** come previsti dalla DGR n. 2569/2014 e dalle specifiche normative di riferimento: DGR n. 19883/2004 e DGR n. 2397/2019.

(Ente Gestore: Lo Scigno Magico – Società Cooperativa Sociale, Via Rovereto n. 7 Vigevano (PV), CF/P.IVA 04812320960)

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	NP
	Diffusione dei risultati della relazione annuale agli interessati	NP
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"> <input type="checkbox"/> adozione di Codice Etico e Modello Organizzativo ai sensi del D.Lgs.231/2001 <input type="checkbox"/> formazione e informazione al proprio personale <input type="checkbox"/> nomina Organismo di Vigilanza con identificazione dei componenti e descrizione delle qualifiche <input type="checkbox"/> avvenuta acquisizione della relazione annuale dell'Organismo di Vigilanza 	NP

AC 3.2.4.h	<p>Polizza assicurativa per responsabilità civile del soggetto gestore (quietanza di pagamento per l'annualità in corso), con:</p> <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. <p>In alternativa, programma assicurativo di gestione diretta del rischio, idoneamente documentato.</p>	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)	SI
	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	<p>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</p> <p>Note: Ad oggi presso la UdO non risultano presi in carico ospiti, quindi la programmazione delle attività è in fase di implementazione.</p>	NP
AC 3.2.3.d	Adozione di un sistema di rilevazione delle presenze degli operatori per ogni specifica unità d'offerta	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:	SI	
	<input type="checkbox"/> Utenti <input type="checkbox"/> Familiari e/o caregiver <input type="checkbox"/> Lavoratori anche riguardo al benessere lavorativo		
	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:	SI	
	<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		
	Note: ///		
	Documentazione Sociosanitaria (FASAS)		
	FASAS verificato/i: ///		
ES 2.2.5.d	Sono presenti le sezioni relative a:	SI	
	<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		
	Note: ///		
	Procedure e protocolli		
ES 2.2.5.e	Presenza piano di diffusione e di attuazione delle procedure e protocolli in uso	SI	
	Aggiornamento con periodicità almeno triennale: ultimo aggiornamento Gennaio 2021	SI	
	Presenza di procedure e protocolli relativi a: <ul style="list-style-type: none"> <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: <ul style="list-style-type: none"> <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: Il LR e il Responsabile sanitario dichiarano che presso l'UdO non vengono gestite terapie farmacologiche.	
	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: <ul style="list-style-type: none"> <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: <ul style="list-style-type: none"> <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	La carta dei servizi contiene: <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:///	

STANDARD ASSISTENZIALI

DGR n.2569/2014 – All.1; DGR n. 19883/04

Tabella 1 – Elenco degli operatori ai fini della verifica del possesso del titolo di studio e dell'iscrizione al relativo Albo/Ordine (se prevista)

Cognome e Nome	Qualifica	Titolo di studio	Iscrizione Albo
Ferrandino Giuseppe	FKT	Laurea in Fisioterapia conseguita presso l'Università degli Studi di Foggia in data 24/04/2015	Ordine Tsrn-psrm n. 345
Gatti Anna Maria	NPI	Diploma di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile conseguito presso l'Università degli Studi di Pavia in data 29/09/1994	Ordine dei Medici-Chirurghi di Pavia al n. 6797
////	////	////	////

Tabella 2 – Corrispondenza tra Operatori presenti in servizio e turnistica programmataElenco operatori presenti nel Nucleo *(indicare il Nucleo su cui viene effettuata la verifica)*

Cognome e Nome	Qualifica	Corrispondenza con turnistica
////	////	////
AC 3.2.3.d DGR n. 2569/14	Il personale in servizio corrisponde alla turnistica programmata/alle presenze registrate. Note: al momento del sopralluogo l'attività non è ancora stata avviata	NP

Tabella 3

Verifica del minutaggio assistenziale dal 00/00/2021 al 00/00/2021				
Numero di giornate erogate nel periodo - utenza adulta			45	
Numero di giornate erogate nel periodo - utenti in età evolutiva			30	
Verifica dello standard				
	min /die standard	ore erogate	Verifica	
Medico / Psicologo		10	SI	
Assistenza infermieristica/ educativa/ riabilitativa	Fig. educativo riabilitative solo per utenti in età evolutiva: separare educatore dedicato	30	88	SI
		45	24	SI
	Infermiere		8	
	ASA / OSS	massimo 45 min/die/pz	20	
	Min. di assistenza ai fini dello standard	90	140	SI
VERIFICA DELLO STANDARD COMPLESSIVO			SI	

Rif.norm.	Tabella 4 – Requisiti gestionali della settimana verificata in sede di sopralluogo	Esito
	Note: La garanzia dello standard assistenziale settimanale per n. 15 posti è stata verificata sulla base del monte ore contrattuale degli operatori ipotizzando la presa in carico di utenti adulti ed anche di una parte di utenti in età evolutiva. Si precisa che la verifica del mantenimento dello standard assistenziale reale, verrà effettuata nell'ambito della visita di Vigilanza prevista entro 90 giorni dall'accreditamento, ai sensi della DGR n. 2569/2014 e s.m.i.	SI

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO		
DGR n.2569/2014 – All.1; DGR n. 19883/04; DGR n. 3383/15		
Rif.norm.	Area tematica	Esito
ES 2.3.1.	Titolo di godimento dell'immobile	SI
UdO realizzata con finanziamenti regionali: Fondo FRIM – linea d'intervento 7 "COOPERAZIONE" di cui alla DGR 11239/2010, D.D.U.O. 04/04/2018 n. 4320, cofinanziamento agevolato alle cooperative		
Titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività (barrare una delle opzioni): <input checked="" type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Locazione <input type="checkbox"/> Comodato d'uso <input type="checkbox"/> Appalto <input type="checkbox"/> Concessione <input type="checkbox"/> Affitto ramo d'azienda <input type="checkbox"/> Altro (specificare)		
Titolo in base al quale è esercitata l'attività (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> Gestione diretta di un bene non di proprietà <input checked="" type="checkbox"/> Gestione diretta di un bene di proprietà <input type="checkbox"/> Concessione <input type="checkbox"/> Altro (specificare)		
Scadenza titolo di godimento dell'immobile (nel caso in cui la struttura non sia di proprietà del Gestore): ///		
Dati identificativi del proprietario (se l'immobile sede dell'attività è di proprietà di soggetto diverso dal gestore): (indicare persona fisica/ragione sociale)///		
Note: ///		
Esito delle verifiche relative al possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente		
ES 2.3.2.a	AGIBILITÀ	
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): <input checked="" type="checkbox"/> Copia protocollata dell'avvenuta richiesta di agibilità	SI
	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:///	
ES 2.3.2.c	PROTEZIONE ANTINCENDIO	
	Documentazione prevenzione incendi (barrare una delle opzioni): <input checked="" type="checkbox"/> Ricevuta rilasciata dal Comando dei Vigili del Fuoco della richiesta di rinnovo periodico di conformità antincendio (art. 5 del D.P.R. 151/2011) Valevole fino allo 06/09/2024	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 Relative alla parte dell'UdO già accreditata	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:///	
ES 2.3.2.e	SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA	
Impianti elettrici	Conformità degli impianti elettrici (barrare una delle opzioni): X 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 Ultima verifica del 19/09/2020	SI
	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 type="checkbox"/> Copia denuncia impianto inviata al SUAP (in alternativa ad ASL/ATS e INAIL oppure, solo all'INAIL per impianti antecedenti al gennaio 2002) <input type="checkbox"/> Omologazione INAIL - ex ISPESL (solo per impianti antecedenti gennaio 2002) X Dichiarazione di autoprotezione redatta da un tecnico abilitato (nel caso l'impianto non sia previsto)	SI
	Verifica dell'impianto elettrico di messa a terra secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione	SI
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	NP
	Verifica periodica dei dispositivi elettromedicali secondo le scadenze previste attestata da idonea documentazione	NP
	Note:///	
ES 2.3.2.f	SICUREZZA ANTIINFORTUNISTICA	
	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: sono presenti allegati al DVR relativi all'aggiornamento periodico DVR alla DGR 3226/2020 ed altro	
ES 2.3.2.g	IGIENE E SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO	
Locali interrati e seminterrati	Autorizzazione in deroga ex art.65 D.Lgs. 81/2008, in caso di utilizzo ai fini lavorativi di locali interrati e seminterrati	SI
Impianti di sollevamento	Dichiarazione di conformità	SI
	Matricola ascensori/montacarichi rilasciata dal competente ufficio comunale	SI
	Verifiche periodiche attestata da idonea documentazione	SI
	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	NP
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	SI
	Note: ///	
ES 2.3.2.h	PROTEZIONE RADIAZIONI IONIZZANTI	
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): X Dichiarazione di assenza di sorgenti radioattive/apparecchiature radiodiagnostiche	SI
	Note:	
ES 2.3.2.i	ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE	
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): X 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	NP
	Verifica della presenza degli idonei contenitori per la raccolta a rischio infettivo	NP
	Verifica della presenza di idoneo spazio di stoccaggio	NP
	Note: nota relativa ad assenza rifiuti sanitari	
ES 2.3.2.k	IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA	
	Dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008 degli impianti di trattamento dell'aria	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): <input type="checkbox"/> centralizzato <input type="checkbox"/> non centralizzato	NP
	Dichiarazione di conformità e marcatura CE dell'impianto gas medicali	NP
	Documentazione inerente verifiche e manutenzioni periodiche dell'impianto	NP
	Note: dichiarazione di assenza Impianto gas medicali	
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: si acquisisce planimetria aggiornata relativa al CDC	

REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI		
DGR n. 19883/04 – DGR n. 2397/2019		
Rif.norm.	Regime diurno continuo	Esito
	Requisiti strutturali e tecnologici	
ES 1	La superficie complessiva per le strutture esistenti è almeno di 10 mq per utente o di almeno 15 mq per utente per le strutture di nuova realizzazione (n. 15 posti di presenza contemporanea)	SI
ES 2	Esiste uno spazio dedicato alle attività di segreteria, di registrazione, di archivio	SI
ES 3	Esiste una cucina con dispensa e locali accessori, se i pasti sono confezionati all'interno, oppure un locale o spazio per smistamento contenitori, riscaldamento e conservazione di cibi e bevande, se il servizio è appaltato o in condivisione con altra unità di offerta riabilitativa	SI
ES 4	Esiste una sala da pranzo	SI
ES 5	Esiste un locale soggiorno	SI
ES 6	Esiste un locale per visite/medicazioni	SI
ES 7	Esiste un locale dedicato al personale medico e di assistenza	SI
ES 8	Esiste uno spazio per deposito del materiale pulito e del materiale sporco	SI
ES 9	Esiste un locale per il deposito delle attrezzature	SI
ES 10	Esistono servizi igienici per il personale distinti da quelli per gli utenti	SI
ES 11	Esistono servizi igienici dedicati agli utenti: fino a 15 utenti almeno 2 servizi igienici attrezzati per persone disabili, da 16 a 30 utenti, 1 ulteriore servizio igienico anche non attrezzato, ogni 15 utenti aggiuntivi, 1 ulteriore servizio igienico attrezzato	SI
ES 12	Esiste uno spazio attesa per i visitatori	SI
ES 13	Esiste un locale bagno dotato di attrezzature idonee all'igiene personale dell'utenza	SI
ES 14	Esiste una segnaletica finalizzata a favorire l'orientamento che tenga conto dei prevalenti deficit sensoriali degli utenti	SI
ES 15	Si dispone di un carrello per la gestione della terapia	NP
AC 16	Gli arredi e le attrezzature sono adattati alle varie tipologie di disabilità degli utenti al fine di agevolarne le operazioni di assistenza e di pulizia da parte del personale	SI
AC 17	Esiste uno spazio con letto per eventuali emergenze	SI
AC 18	Esiste una palestra di almeno 40 mq per l'esercizio terapeutico contemporaneo di 5 utenti (per ogni utente contemporaneo in più la superficie dovrà esser incrementata di 5 mq) condivisibile per tutte le unità operative di riabilitazione	SI
AC 19	Esistono spazi dedicati al trattamento riabilitativo/abilitativi individuale o per piccoli gruppi (fino a 4 utenti)	SI
AC 20	Esistono spazi dedicati ad ulteriori particolari attività previste nei PRI dei pazienti	SI
	Requisiti organizzativi e gestionali	
AC 21	Il centro è aperto almeno 7 ore/die, almeno 5 giorni alla settimana, almeno 48 settimane *Per i soggetti in età evolutiva l'apertura è di almeno 46 settimane/anno	SI
AC 22	Esiste un Responsabile medico con specialità coerente con il Progetto Riabilitativo di Struttura	SI
AC 23	Per i soggetti in età evolutiva è disponibile un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile	SI
AC 26 DGR	Durante l'orario di accesso dell'utenza, è presente almeno un professionista di	SI

2397/2019	una delle professioni sanitarie della riabilitazione o un infermiere	
AC 27	Esiste per ogni paziente il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) ed il programma riabilitativo individuale (pri)	SI

RESPONSABILE U.O.C.
Autorizzazione e Accreditamento
Dr. Giuseppe Imperiale
(Documento firmato digitalmente)

Il responsabile del procedimento: Dr. Giuseppe Imperiale

I Funzionari istruttori: Inf. Laura Vertuani - TdP Francesco Parmigiani -