

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL COMMISSARIO

DELIBERAZIONE N. 654 del 20 DICEMBRE 2011

O G G E T T O	DISTRETTO DI DOMODOSSOLA - D.G.R. N. 25-12129 DEL 14.09.2009 - ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE STRUTTURE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - DECORRENZA 01.01.2012
---------------------------------	---

L'anno duemilaundici il giorno 1. VENTI
del mese di DICEMBRE alle ore 9,00 in OMEGNA,

IL COMMISSARIO

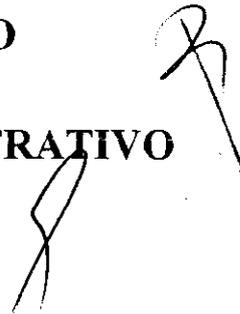
- Dott. Corrado Cattrini



coadiuvato da:

- Dott. Renzo Sandrini DIRETTORE SANITARIO

- Dott. Gianmaria Battaglia DIRETTORE AMMINISTRATIVO



Riservato alla S.O.C. Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per la registrazione della spesa
data _____

al N. _____ conto _____

1105 3000000 0 0 1 2 3

IL RESPONSABILE F.F. REF

Beneficiario _____ € _____

Beneficiario _____ € _____

Beneficiario _____ € _____

Annotazioni eventuali : 1105 3000000 0 0 1 2 3

0 0 . 0

00000000

PROPOSTA DI ISTRUTTORIA

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO DI DOMODOSSOLA

RICHIAMATA la D.G.R. 14 settembre 2009 n. 25-12129 “*Requisiti e procedure per l’accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie*” e s.m.i. pubblicata nel B.U.R. Piemonte 17 settembre 2009, n. 37, supplemento n. 2 che ha disciplinato requisiti e procedure per l’accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie;

RILEVATO che la richiamata D.G.R. 25/2009 dispone che in via transitoria e nelle more dell’adozione dell’atto deliberativo previsto dall’art. 26 della L.R. 8 gennaio 2004 n. 1 il provvedimento di accreditamento delle strutture socio sanitarie venga rilasciato dalle AA.SS.LL. competenti per territorio;

ATTESO che, in coerenza a quanto previsto dalla D.G.R. n. 25-12129 del 14 settembre 2009, l’esercizio della funzioni amministrative inerenti l’accreditamento sono attribuite alla Commissione di vigilanza sulle strutture socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali, che costituisce centro di responsabilità diverso da quello competente alla stipula delle convenzioni;

RILEVATO che in ordine all’attuazione dei procedimenti di accreditamento delle strutture residenziali la Commissione di Vigilanza del Distretto di Domodossola ha proceduto ad effettuare i sopralluoghi ispettivi necessari all’accertamento dei requisiti qualitativo-funzionali aggiuntivi a quelli richiesti per l’autorizzazione al funzionamento, formando distinti processi verbali e specificamente:

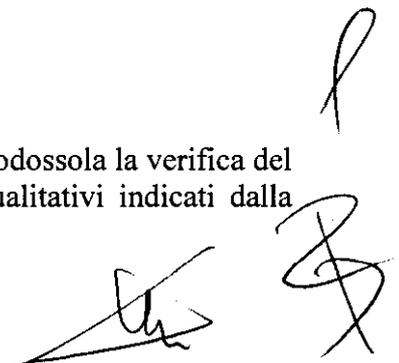
- Residenza Sanitaria Assistenziale Cuore Immacolato di Maria sita a Re in via Roma 10 – Verbale n. 20 del 10.11.2011
- Residenza Sanitaria Assistenziale Villa Presbitero sita a Vogogna in via Nazionale 166 – Verbale n. 22 del 01.12.2011

PRESO ATTO che in esito ai sopralluoghi di cui al precedente alinea ed alle risultanze dei processi verbali formati debbono considerarsi accreditate in via definitiva, ai sensi della D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.2009, le strutture residenziali indicate nell’elenco allegato A) alla presente deliberazione che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

VISTA la D.G.R. 14 settembre 2009 n. 25-12129 e sm.i.;

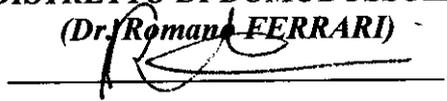
PROPONE

1. **DI ACCREDITARE** in via definitiva, per le ragioni in premessa esposte, le strutture residenziali indicate nell’elenco allegato alla presente deliberazione sotto la lettera A) quale parte integrante e sostanziale
2. **DI PRECISARE** che l’accreditamento decorre dal 01.01.2012
3. **DI DEMANDARE** alla Commissione di Vigilanza del Distretto di Domodossola la verifica del mantenimento dei requisiti e degli standard strutturali, gestionali e qualitativi indicati dalla D.G.R. n. 25/2009



4. **DI INCARICARE** il Direttore del Distretto di Domodossola di provvedere alla stipulazione con ciascuna struttura accreditata del previsto contratto
5. **DI TRASMETTERE** copia del presente atto alle Direzioni Sanità e Politiche Sociali della Regione Piemonte

**IL DIRETTORE DEL
DISTRETTO DI DOMODOSSOLA**
(Dr. Romano FERRARI)



IL COMMISSARIO

Vista la sopraestesa proposta istruttoria;

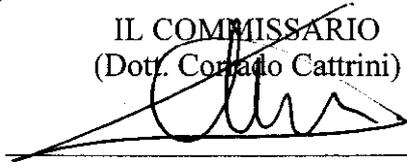
Acquisiti i pareri favorevoli, espressi ai sensi dell'art. 3 comma 1-quinquies D.Lgs. 19.06.1999 n.229 e successive modificazioni e integrazioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DECIDE di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione

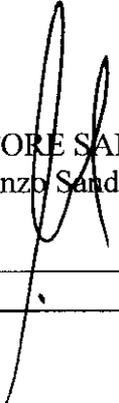
CP/

Letto, confermato e sottoscritto

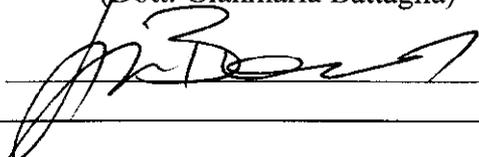
IL COMMISSARIO
(Dott. Corrado Cattrini)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Renzo Sandrini)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Gianmaria Battaglia)



RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che copia del presente atto è stata posta in pubblicazione all'Albo Ufficiale dell' A.S.L. VCO il giorno **20 DIC. 2011** per 15 giorni continuativi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

ESECUTIVITA' IN DATA _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Trasmissione a:

- Collegio Sindacale
- Conferenza dei Sindaci
- Giunta Regionale

Nota prot. n. _____ del _____
Nota prot. n. _____ del _____
Nota prot. n. _____ del _____

Copia per strutture:

<input type="checkbox"/>	DSO V
<input type="checkbox"/>	SERT
<input type="checkbox"/>	DIST. 0
<input type="checkbox"/>	DIST. V
<input type="checkbox"/>	DIST. D
<input type="checkbox"/>	ML
<input type="checkbox"/>	MED URG
<input type="checkbox"/>	SITRPO
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	DP
<input type="checkbox"/>	F
<input type="checkbox"/>	SD
<input type="checkbox"/>	LP
<input type="checkbox"/>	AG
<input type="checkbox"/>	BC
<input type="checkbox"/>	RU
<input type="checkbox"/>	PP
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	MED. COMP
<input type="checkbox"/>	FL
<input type="checkbox"/>	REF
<input type="checkbox"/>	ITB
<input type="checkbox"/>	ICT
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. CHIRUR.
<input type="checkbox"/>	DIP TECNICO AMMVO
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. ONCOL.
<input type="checkbox"/>	DIP. SERVIZI DIAGN.
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	DIP. EMERG. URG.
<input type="checkbox"/>	DIP. AREA CRITICA
<input type="checkbox"/>	DIP. DIPENDENZE
<input type="checkbox"/>	DIP. POST ACUZIE
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. CNV
<input type="checkbox"/>	DIP. FARMACO
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. MEDICHE
<input type="checkbox"/>	DIP MAT INF
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	