



Class. 02.07.05

Milano, 13/06/2017

Regione Lombardia  
Direzione Generale Welfare  
Programmazione Rete Territoriale  
Accreditamento, Negoziazione Rete  
Territoriale  
Piazza Lombardia 1 - 20124 Milano  
PEC: [welfare@pec.regione.lombardia.it](mailto:welfare@pec.regione.lombardia.it)

All' Ente Gestore  
FONDAZIONE EXODUS ONLUS  
viale Marotta, 18/20  
20134 MILANO  
PEC: [fondazione.exodus@pec.exodus.it](mailto:fondazione.exodus@pec.exodus.it)

**OGGETTO: Trasmissione delibera.**

Si trasmette, in allegato alla presente,

**Delibera n. 707 del 13/06/2017**

Modifica dell'accREDITamento dell'Unità d'offerta sociosanitaria Struttura Residenziale per assistenza a persone dipendenti da sostanze lecite ed illecite Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette sita in Milano viale Marotta n. 18/20 per riduzione del numero dei posti letto da 30 a 24 - Ente Gestore Fondazione Exodus Onlus C.F. 97181590155 con sede legale in Milano viale Marotta n. 18/20.

Distinti saluti

*per* Il Direttore F.F.  
SC AccREDITamento e Vigilanza  
Area Socio sanitaria  
dr.ssa Silvana Tiburzi  
*Beatrice Castelli*

Responsabile Procedimento: dr.ssa Beatrice Castelli  
*BC*

---

**AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO**

SC AccREDITamento e Vigilanza Area Socio sanitaria

Corso Italia 19 - Milano 20122 - Tel.02 8578 2270 fax 02 8578 6302

e-mail: [accreditamentosociosanitario@ats-milano.it](mailto:accreditamentosociosanitario@ats-milano.it) - PEC: [protocollogenerale@pec.ats-milano.it](mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it)

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Milano  
Città Metropolitana

CL 01.01.02

**DELIBERAZIONE N. 707 DEL 13/06/2017**

PROPOSTA N. 772 DEL 12/06/2017

**OGGETTO: MODIFICA DELL'ACCREDITAMENTO DELL'UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIA  
STRUTTURA RESIDENZIALE PER ASSISTENZA A PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE LECITE ED  
ILLECITE COMUNITA' RESIDENZIALE CASCINA MOLINO TORRETTE SITA IN MILANO VIALE  
MAROTTA N. 18/20 PER RIDUZIONE DEL NUMERO DEI POSTI LETTO DA 30 A 24 - ENTE GESTORE  
FONDAZIONE EXODUS ONLUS C.F. 97181590155 CON SEDE LEGALE IN MILANO VIALE  
MAROTTA N. 18/20.**

**PUBBLICAZIONE DAL 13/06/2017**

sull'Albo Pretorio on-line dell'Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano.



CL.01.01.02

DELIBERAZIONE N. 707 DEL 13 GIU, 2017

**OGGETTO: MODIFICA DELL'ACCREDITAMENTO DELL'UNITA' D'OFFERTA SOCIO SANITARIA STRUTTURA RESIDENZIALE PER ASSISTENZA A PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE LECITE ED ILLECITE COMUNITA' RESIDENZIALE CASCINA MOLINO TORRETTE SITA IN MILANO VIALE MAROTTA N. 18/20 PER RIDUZIONE DEL NUMERO DEI POSTI LETTO DA 30 A 24 - ENTE GESTORE FONDAZIONE EXODUS ONLUS C.F. 97181590155 CON SEDE LEGALE IN MILANO VIALE MAROTTA N. 18/20**

### IL DIRETTORE GENERALE

#### VISTI:

- Il D. Lgs. n. 502 del 30/12/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- il D.P.R. del 14/01/1997 che determina i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- la L.R. n. 3 del 12/03/2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario"
- la L.R. n. 33 del 30/12/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" (come modificata dalla L.R. n. 23/2015);
- la L.R. n. 2 del 24/02/2012 "Modifiche ed integrazioni alle leggi regionali n. 3/2008 e n. 1/2003";
- la D.G.R. n. 12621 del 07/04/2003 che stabilisce "i requisiti per il funzionamento e accreditamento dei servizi per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze lecite e illecite";
- la D.G.R. n. 5509 del 10/10/2007 "Determinazioni relative ai servizi accreditati nell'area dipendenze";

#### RICHIAMATE

- il D.P.R. 14/01/1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed 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";
- la DGR n. 2569 del 31/10/2014 che ha introdotto nuove procedure e requisiti per la messa in esercizio e accreditamento delle unità d'offerta socio sanitarie (successivamente modificata dalla DGR 4702/2015);
- la L.R. n. 23 del 11/08/2015 di modifica del Titolo I e Titolo II della L.R. n. 33/2009 ed in particolare ove 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";
- la D.G.R. n. 4464 del 10/12/2015 "Attuazione della L.R. 23/2015; costituzione Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Città Metropolitana di Milano";

- la D.G.R. n. 5954 del 05/12/2016 che ha definito le regole di gestione del servizio socio sanitario per l'anno 2017;

DATO ATTO che la Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette con sede operativa in Milano Viale Marotta 18/20 gestita da Fondazione Exodus Onlus C.F. 97181590155 con sede legale in Milano Viale Marotta 18/20 è accreditata per 30 posti con Decreto Regione Lombardia n. 16450 del 23/02/2004 secondo il seguente assetto:

- 24 posti terapeutico riabilitativi residenziali
- 2 posti accoglienza
- 2 posti doppia diagnosi
- 2 posti alcol dipendenza

VISTA IN ATTI la Segnalazione Certificata di Inizio Attività (S.C.I.A.) con contestuale richiesta di accreditamento dell'unità d'offerta Struttura residenziale per assistenza a persone dipendenti da sostanze lecite ed illecite Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette per riduzione del numero dei posti letto da n. 30 a n. 24, presentata in data 06/04/2017 prot. ATS n. 41089 dall'Ente Gestore Fondazione Exodus Onlus C.F. 97181590155 con sede legale in Milano Viale Marotta 18/20;

RICHIAMATA la sospensione dei termini disposta con nota ATS prot. n. 42560 del 11/04/2017 e la successiva riapertura del 19/04/2017 prot. ATS n. 45342;

PRECISATO che, come dichiarato dall'Ente Gestore, il nuovo assetto risulta essere il seguente:

- 20 posti terapeutico riabilitativi residenziali
- 2 posti accoglienza
- 1 posto doppia diagnosi
- 1 posto alcol dipendenza

RICHIAMATO che, a seguito delle verifiche effettuate dalla SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio Sanitaria, si attesta il possesso dei requisiti soggettivi di esercizio e di accreditamento previsti dalla DGR 2569 del 31/10/2014, come da allegato n. 1, parte integrante del presente provvedimento;

RICHIAMATO il parere in merito al possesso dei requisiti organizzativi e gestionali, indicati nelle normative vigenti e riportati nell'allegato n. 1 parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, a seguito del processo di verifica avviato con sopralluogo del 10/05/2017 concluso favorevolmente in data 09/06/2017 da parte della SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio Sanitaria,

RICHIAMATO il parere agli atti della SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio Sanitaria, in merito al possesso dei requisiti strutturali e tecnologici generali e specifici, di esercizio ed accreditamento, conseguente al processo di verifica avviato con sopralluogo del 02/05/2017, concluso favorevolmente in data 07/06/2017 da parte della SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio Sanitaria, unitamente alle tabelle di attestazione di cui all'allegato n. 1 parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

- PRECISATO che la UdO risulta così articolata:

	Edificio A	Edificio B	Edificio C	Edificio D	Edificio G	Edificio I
Piano Terra	1 camere da 4 p.l., ufficio, infermeria	/	1 camera da 2 p.l.	Lavanderia, laboratorio	Soggiorno	Sala mensa, cucina e locali accessori
Piano Primo	2 camere da 2 p.l., 2 camere da 3 p.l. e 1 camera da 4 p.l.	1 camera da 2 p.l.	/	Laboratorio	/	/
Piano Secondo	/	1 camera da 2 p.l.	/	/	/	/

SU CONFORME PROPOSTA del Direttore SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio Sanitaria che dichiara la legittimità e la regolarità tecnica del presente provvedimento;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario;

### DELIBERA

per le motivazioni formulate in premessa che qui si intendono integralmente trascritte:

1. di modificare l'accreditamento dell'unità d'offerta Struttura residenziale per assistenza a persone dipendenti da sostanze letali ed illecite Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette con sede operativa in Milano Viale Marotta 18/20 gestita da Fondazione Exodus Onlus C.F. 97181590155, con sede legale in Viale Marotta 18/20, per riduzione del numero dei posti letto da n. 30 a n. 24, sulla base del possesso dei requisiti di esercizio e degli ulteriori requisiti generali e specifici strutturali, tecnologici, gestionali, organizzativi per l'accreditamento di cui al DPR 14/01/1997, alla DGR 2569/2014 e ai sensi alla DGR n. 12621 07/04/2003, come da attestazioni riportate nell'allegato 1, parte integrante della presente deliberazione;
2. di precisare che, come dichiarato dall'Ente Gestore, il nuovo assetto risulta essere il seguente:
  - 20 posti terapeutico riabilitativi residenziali
  - 2 posti accoglienza
  - 1 posto doppia diagnosi
  - 1 posto alcol dipendenza

3. di precisare che la UdO risulta così articolata:

	Edificio A	Edificio B	Edificio C	Edificio D	Edificio G	Edificio I
--	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Piano Terra	1 camere da 4 p.l., ufficio, infermeria	/	1 camera da 2 p.l.	Lavanderia, laboratorio	Soggiorno	Sala mensa, cucina e locali accessori
Piano Primo	2 camere da 2 p.l., 2 camere da 3 p.l. e 1 camera da 4 p.l.	1 camera da 2 p.l.	/	Laboratorio	/	/
Piano Secondo	/	1 camera da 2 p.l.	/	/	/	/

4. di dare atto che ai sensi della DGR 4702/2015 il presente provvedimento viene trasmesso a Regione Lombardia affinché, a conclusione e perfezionamento dello stesso, proceda all'aggiornamento del registro informatizzato delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate e ad emettere nota di presa d'atto dandone comunicazione ad ATS e all'Ente Gestore;
5. di dare atto che ai sensi della DGR 4702/2015, entro 90 giorni dalla comunicazione di aggiornamento del registro regionale, ATS effettua un sopralluogo di vigilanza al fine di verificare il mantenimento dei requisiti;
6. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
7. di dare mandato al Responsabile del Procedimento per tutti i necessari successivi adempimenti di attuazione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 della L. 241/1990;
8. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi del comma 6 dell'art. 17 della L.R. 33/2009 (come modificato dalla L.R. 23/2015);
9. di trasmettere il presente provvedimento:
  - al Collegio Sindacale;

Il Direttore Generale  
Marco Bosio



**Parere favorevole formulato ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii e della L.R. 33/2009 e ss.mm.ii. per la formulazione delle decisioni del Direttore Generale**

Il Direttore Amministrativo  
Alberto Russo

Il Direttore Sanitario  
Emerico Maurizio Pancioli

Il Direttore Socio Sanitario  
Silvano Casazza

ATS della Città Metropolitana di Milano

Allegato alla Deliberazione del Direttore Generale n. 707 del 13 GIU. 2017

Oggetto: MODIFICA DELL'ACCREDITAMENTO DELL'UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIA STRUTTURA RESIDENZIALE PER ASSISTENZA A PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE LECITE ED ILLECITE COMUNITA' RESIDENZIALE CASCINA MOLINO TORRETTE SITA IN MILANO VIALE MAROTTA N. 18/20 PER RIDUZIONE DEL NUMERO DEI POSTI LETTO DA 30 A 24 - ENTE GESTORE FONDAZIONE EXODUS ONLUS C.F. 97181590155 CON SEDE LEGALE IN MILANO VIALE MAROTTA N. 18/20

**PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITÀ TECNICA**

Si attesta la legittimità del presente provvedimento per quanto di competenza.

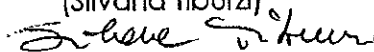
ATTRIBUZIONE AL CENTRO/I DI DESTINAZIONE N.

Milano, \_\_\_\_\_

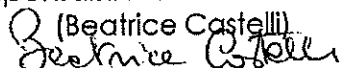
Coordinatore Area PAC  
Nadia Rossella Da Re



Il Direttore F. F. della Struttura proponente  
SC Accreditamento e Vigilanza Area  
Sociosanitaria  
(Silvana Tiburzi)



Il Responsabile del Procedimento  
(Beatrice Castelli)



**PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITÀ CONTABILE**

Il presente provvedimento non comporta oneri di spesa.

Conto Economico/i n.

Descrizione

Milano, \_\_\_\_\_

Il Direttore della  
SC Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie

(Matteo Tosi)



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

**Unità d'offerta**

- Tipologia e denominazione Struttura residenziale per assistenza a persone dipendenti da sostanze lecite ed illecite Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette
- Indirizzo Viale Marotta n. 18/20 - 20134 Milano

**Motivazione**

- variazione della capacità ricettiva da 30 posti a 24 e contestuale modifica dell'articolazione degli spazi

**Soggetto gestore**

- Denominazione o ragione sociale FONDAZIONE EXODUS ONLUS
- C.F. 97181590155
- Partita IVA 12066380150
- Sede legale: Viale Marotta n. 18/20 - 20134 Milano
- Indirizzo PEC [fondazione.exodus@pec.exodus.it](mailto:fondazione.exodus@pec.exodus.it)

**Legale rappresentante**

- Nome ANTONIO
- Cognome MAZZI
- C.F. MZZNTN29S30L781Q
- Luogo e data di nascita VERONA 30/11/1929
- Residente in Viale Marotta n. 18 - 20134 Milano
- Atto di nomina: Verbale consiglio amministrazione del 02/07/2014

**Estremi della SCIA contestuale**

Prot. n. 41089 del 06/04/2017

**Ulteriori informazioni relative all'unità d'offerta**

- **autorizzazione:** delibera ASL n. 1560 del 26/07/2004
- **accreditamento:** Decreto n. 16450 del 23/02/2004
- **codice struttura** 321000315
- **finanziamenti pubblici per la realizzazione:** senza finanziamenti
- **titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività:** concessione
- **durata del titolo di godimento** fino al 29/06/2022
- **dati identificativi del proprietario:** Comune di Milano

- *l'attività è esercitata a titolo di gestione diretta di un bene non di proprietà fino alla scadenza del 29/06/2022*

<b>REQUISITI SOGGETTIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE E ALTRI SOGGETTI TENUTI – DGR 2569/14 allegato 1 sez. 2.1</b>	<b>Esito</b>	<b>NOTE</b>
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		
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	Presente agli atti Dich. Sostitutiva di certificazione
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	Presente agli atti Dich. Sostitutiva di certificazione
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PRESIDENTE E LEGALE RAPPRESENTANTE: ANTONIO MAZZI - C.F. MZZNTN29S30L781Q</li> <li>➤ CONSIGLIERE: FRANCO TAVERNA – C.F. TVRFNC59A21L665K</li> <li>➤ CONSIGLIERE: PATRIZIA ALLEGRA - C.F. LLGPRZ63B68G902X</li> <li>➤ CONSIGLIERE: SALVATORE REGOLI – C.F. RGLSVT63R24H534E</li> <li>➤ CONSIGLIERE: FERRUCCIO CARMINATI – C.F. CRMFRC49B27A794X</li> <li>➤ ORGANISMO VIGILANZA: ROBERTO BRUSAMENTO – C.F. BRSRRT58A27B639Y</li> <li>➤ ORGANISMO VIGILANZA: ANDREA ZANINI – C.F. ZNNDR83P01B639C</li> </ul>	SI	

<b>REQUISITI SOGGETTIVI DEL SOGGETTO GESTORE DGR 2569/14 allegato 1 sezione 3.1</b>	<b>Esito</b>	<b>NOTE</b>
Personalità giuridica con iscrizione nello specifico registro delle imprese o delle persone giuridiche private <input type="checkbox"/> Pubblica <input type="checkbox"/> Privata <input checked="" type="checkbox"/> Fondazione	SI	Presente agli atti Dich. Sostitutiva di certificazione
Regolarità della continuità gestionale e finanziaria *	SI	
Presenza dell'organo di controllo economico. ➤ PRESIDENTE COLLEGIO SINDACALE: LUIGI CORBELLA – C.F. CRBLGU67H21F704K	SI	Presente agli atti Dich. Sostitutiva di certificazione

➤ SINDACO EFFETTIVO LUCA BORELLA – C.F. BRLLCU64S09A944N ➤ SINDACO EFFETTIVO SILVIA FOSSATI – C.F. FSSSLV66P70E507W ➤ SINDACO SUPPLENTE FEDERICO CALLONI – C.F. CLLFRC84M15B300V ➤ SINDACO SUPPLENTE CLAUDIA BRANCHINI – C.F. BRNCLD67M55B819Q		
Assenza di stato di fallimento *	SI	Nulla risulta Verifica Sezione fallimentare Tribunale di Milano del 09/06/2017
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 istanza di accreditamento,

#### SI ATTESTA CHE

- il soggetto gestore denominato FONDAZIONE EXODUS ONLUS, avente sede legale nel Comune di Milano in Viale Marotta n. 18/20 - C.F. 97181590155 - P.IVA 12066380150

#### RISULTA

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

- l'unità d'offerta Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette, con sede nel Comune di Milano in Viale Marotta n. 18/20

#### e RISULTA


in possesso dei requisiti generali e specifici di esercizio e di accreditamento previsti dalla DGR n. 2569/2014 e dalla DGR n. 12621/2003

Si allega:

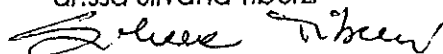
- attestazione dei requisiti di esercizio e di accreditamento, generali e specifici, organizzativi e gestionali;
- check list di attestazione dei requisiti di esercizio e di accreditamento strutturali e tecnologici generali e specifici.

Data 09 GIU, 2017

Il Responsabile SS Accreditamento  
e Verifiche Strutturali Rete Sociosanitaria

dr.ssa Beatrice Castelli  


Il Direttore F.F.  
SC Accreditamento e Vigilanza  
Area Socio sanitaria  
dr.ssa Silvana Tiburzi



Responsabile procedimento: dr.ssa Beatrice Castelli  




## VERIFICA REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

Denominazione struttura: Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette  
Via Marotta 18/20 - 20134 Milano

Data del sopralluogo: 10/05/2017 - SC Accredimento Vigilanza Area Socio sanitaria (cfr. verbale 305/2017) - Integrazioni documentali:

- del 15/05/2017 prot. n. 55318
- del 30/05/2017 prot. n. 62026
- del 07/06/2017 prot. n. 64920

TIPOLOGIA VERIFICA: SCIA contestuale prot. n. 41089 del 06/04/2017 per riduzione da n. 30 a n. 24 posti letto (20 posti TRR, 2 posti Accoglienza, 1 posto Doppia Diagnosi, 1 posto Alcol, come da nota prot. N. 45342 del 19/04/2017) presso unità d'offerta preesistente Struttura Residenziale per assistenza a persone dipendenti da sostanze lecite e illecite

## COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE DI VIGILANZA

Nominativo	Qualifica
dr.ssa Elena Sangiorgio	Medico
dott.ssa Aurora Galeazzi	Assistente Sanitaria

TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA	Struttura Residenziale per Assistenza a persone dipendenti da sostanze lecite e illecite
Denominazione	Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette
Indirizzo	Via Marotta 18/20 - 20134 Milano
Tel. / Fax / Mail	tel. 02.21015311 fax 02.26410133 e-mail <a href="mailto:cascina.mi.resp@exodus.it">cascina.mi.resp@exodus.it</a>
ENTE GESTORE NATURA GIURIDICA	Fondazione Exodus C.F. 97181590155 e P.IVA 12066380150 Fondazione
SEDE LEGALE - Indirizzo	Via Marotta 18/20 - 20134 Milano
Tel. / Fax / Mail	tel. 02.210151 fax 02.21590409 e-mail <a href="mailto:maurizio.obino@exodus.it">maurizio.obino@exodus.it</a> PEC <a href="mailto:fondazione.exodus@pec.exodus.it">fondazione.exodus@pec.exodus.it</a>
LEGALE RAPPRESENTANTE	Don Antonio Alberto Mazzi
RESPONSABILE DELL'UNITÀ D'OFFERTA (Dir. gestionale)	dott.ssa Irene Maglio
RESPONSABILE MEDICO	dr.ssa Monica Cimbro

**REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI D.P.R. 14/01/1997 - DGR 2569/2014**

**Politica, obiettivi ed attività**

E	<p>Presenza di documentazione che indichi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la mission</li> <li>• gli obiettivi da raggiungere</li> <li>• l'organigramma</li> <li>• il funzionigramma</li> <li>• i livelli di responsabilità</li> <li>• le modalità di erogazione del servizio</li> <li>• le attività erogate</li> <li>• Il referente per i rapporti con gli uffici di protezione giuridica e di servizi sociali</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	<p>Adozione del programma annuale con la definizione degli obiettivi e delle attività nell'ambito delle specifiche aree di intervento, da adottare entro il primo trimestre. (Per le nuove unità d'offerta il programma viene adottato entro novanta giorni dalla data di accreditamento)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	<p>Il programma annuale tiene conto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• delle diverse tipologie di utenti</li> <li>• delle risorse umane disponibili, del loro utilizzo</li> <li>• dell'apporto del volontariato</li> <li>• del grado rilevato di soddisfazione degli utenti</li> <li>• delle osservazioni degli organi di vigilanza</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	<p>La programmazione è attuata almeno nei seguenti ambiti, dove applicabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• educativo, di animazione, di socializzazione</li> <li>• coinvolgimento del territorio (associazioni, parrocchie, scuole, servizi di inserimento lavorativo, altri servizi territoriali, gruppi di auto mutuo aiuto)</li> <li>• mantenimento delle abilità cognitive e motorie</li> <li>• educazione alla salute e promozione del benessere</li> <li>• sostegno delle famiglie e dei caregiver</li> <li>• miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì  <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	<p>Per strutture residenziali ≥80 p.l. o per gestori con capacità contrattuale socio sanitaria ≥ € 800.000, presenza dell'attestazione annuale inviata all'ATS di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> adozione di Codice Etico e Modello Organizzativo ai sensi del D.Lgs. 231/2001</li> <li><input type="checkbox"/> formazione e informazione al proprio personale</li> <li><input type="checkbox"/> nomina Organismo di Vigilanza con identificazione dei componenti e descrizione delle qualifiche</li> <li><input type="checkbox"/> avvenuta acquisizione della relazione annuale dell'Organismo di Vigilanza</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
<b>Sistema per la valutazione degli obiettivi, delle attività e dei risultati del programma annuale</b>			
A	<p>L'EG adotta un sistema per la valutazione degli obiettivi, delle attività e dei risultati del programma annuale che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la definizione di strumenti, indicatori, modalità e tempi per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi annuali in relazione alle attività pianificate</li> <li>• la predisposizione di una relazione annuale che espliciti i risultati conseguiti a seguito degli obiettivi e delle attività proposte, le eventuali criticità rilevate e le azioni migliorative previste per l'anno successivo, dando evidenza del coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione</li> <li>• la diffusione dei risultati agli interessati</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì  <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì	
<b>Struttura organizzativa</b>			
E	<p>Definizione dell'organizzazione e della gestione delle risorse umane ed economiche per le attività ambulatoriali, di ricovero, a ciclo continuativo e diurno (residenziale e semiresidenziale)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
E	<p>Definizione delle modalità con cui l'EG garantisce la continuità dell'assistenza in relazione alla tipologia, alla complessità assistenziale dell'utenza e ai diversi regimi assistenziali (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare in caso di urgenze o eventi previsti/imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
E	<p>Definizione con cui l'EG mette a disposizione, in caso di trasferimento dell'utente/ospite, tutte le informazioni inerenti al percorso effettuato</p>	<input checked="" type="checkbox"/> sì	

A	La Direzione garantisce la continuità dell'assistenza prevedendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>le modalità di gestione degli eventuali trasferimenti interni all'unità d'offerta o presso altre unità d'offerta sociosanitarie o sanitarie</li> </ul> <b>per i servizi residenziali e semiresidenziali:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>il rilascio all'utente, all'atto della dimissione o del trasferimento presso altro servizio, di una relazione di dimissione in cui siano evidenziati lo stato di salute</li> <li>i trattamenti effettuati</li> <li>l'eventuale necessità di trattamenti successivi</li> <li>le informazioni utili al proseguimento del percorso assistenziale</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
<b>Gestione delle risorse umane</b>			
E	Descrizione quantitativa e qualitativa delle risorse umane ritenute necessarie alla gestione dell'unità d'offerta (UdO) con declinazione dei profili professionali impiegati nelle singole UdO	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
E	Adozione di modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	Esistenza del documento relativo alla gestione delle risorse umane deve prevedere: <ul style="list-style-type: none"> <li>i criteri di selezione del personale che includano, in particolare, la conoscenza della lingua italiana</li> <li>le modalità di integrazione tra le figure professionali, i volontari e i tirocinanti eventualmente presenti</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì	
E	Documento in cui l'EG dichiara per il personale il possesso dei titoli professionali prescritti, compresa l'eventuale iscrizione ai relativi albi/collegi/ordini, o delle qualifiche individuate dalla normativa vigente	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
E	Qualora l'EG si avvalga di personale religioso, anche residente nella struttura, per l'assistenza all'utente, detto personale deve essere in possesso dei requisiti professionali richiesti e non superare il limite di settantacinque anni di età	NP	
E	Il personale volontario può essere rendicontato: <ul style="list-style-type: none"> <li>come standard solo quando previsto dalla specifica normativa (UO TOX, CF, CDD, RSA), in misura non prevalente rispetto al restante personale</li> <li>solo quando il personale volontario viene rendicontato a standard deve essere in possesso dei requisiti professionali eventualmente richiesti</li> <li>appartenere ad associazioni di volontariato iscritte nell'apposito registro e convenzionate con la struttura dove svolge la propria attività</li> <li>quando i volontari non vengono rendicontati a standard deve comunque essere prevista una formalizzazione dei rapporti tra la struttura e l'associazione o il singolo volontario</li> </ul>	NP NP <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì	
<b>Programmazione delle presenze del personale</b>			
A	L'EG adotta un sistema di rilevazione delle presenze degli operatori per ogni specifica UdO	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	L'EG definisce la programmazione <ul style="list-style-type: none"> <li>settimanale o mensile delle attività giornaliere del personale</li> <li>lo schema di distribuzione programmata degli orari di lavoro (turni per ogni profilo professionale nell'arco delle 12 o 24 ore o nell'arco dell'orario di apertura)</li> <li>i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie e i permessi del personale</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	Il personale in servizio deve essere identificabile mediante cartellino di riconoscimento	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
<b>Composizione dell'organico del personale</b>			
A	L'EG accreditato è tenuto all'osservanza della normativa vigente sulla incompatibilità relativamente al personale dipendente da aziende sanitarie e da strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, del servizio sanitario nazionale	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	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): <i>indicare cognome e nome</i>	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
<b>Piano annuale di formazione e aggiornamento del personale</b>			
E	Predisposizione di un piano di formazione - aggiornamento del personale - inerenti alla specifica UdO con indicazione del responsabile	<input checked="" type="checkbox"/> sì	

A	Il piano annuale di formazione deve: <ul style="list-style-type: none"> <li>assicurare la copertura del fabbisogno formativo di tutti gli operatori addetti all'assistenza in un arco di tempo (annuale) triennale, sulla base delle esigenze specifiche rispetto all'utenza da assistere e su tematiche relative all'umanizzazione delle cure (anche per chi ha appalti con Cooperative)</li> <li>prevedere per tutti gli operatori la formazione su tematiche relative alla comunicazione e alle tecniche di relazione con gli utenti e i caregiver anche rispetto alla gestione dei conflitti</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì	
<b>Procedure e protocolli</b>			
E	Esistenza di una struttura (o di un responsabile) che presieda alle attività di valutazione e miglioramento della qualità: dott. Franco Taverna	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
E	Presenza piano di diffusione e di attuazione delle procedure e protocolli in uso	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
E	Aggiornamento con periodicità almeno triennale	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
E	Presenza di procedure e protocolli relativi a: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Processi assistenziali rilevanti per la specifica UdO</li> <li><input type="checkbox"/> Approvvigionamento, conservazione e smaltimento farmaci</li> <li><input type="checkbox"/> Tracciabilità della somministrazione dei farmaci</li> <li><input type="checkbox"/> Criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste attesa, accoglimento e registrazione), presa in carico e dimissione</li> <li><input type="checkbox"/> Modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali organici</li> <li><input type="checkbox"/> Modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di strumenti ed accessori</li> <li><input type="checkbox"/> Modalità di pulizia e sanificazione degli ambienti</li> <li><input type="checkbox"/> Modalità di compilazione, conservazione, archiviazione del FASAS e di ogni altra documentazione comprovante l'attività socio-sanitaria erogata</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> NP <input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	L'EG adotta procedure per: <ul style="list-style-type: none"> <li>la sorveglianza e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, ivi compresa l'adozione di adeguate strategie vaccinali, ove clinicamente ritenute opportune (solo per le unità d'offerta residenziali)</li> <li>l'identificazione, la segnalazione e la gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	Il personale risulta a conoscenza delle procedure e protocolli in uso	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
<b>Rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza</b>			
E	Presenza e utilizzo di strumenti atti a rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza da parte di utenti e familiari	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	Rilevazione del grado di soddisfazione almeno annuale rivolto a: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Utenti</li> <li><input type="checkbox"/> Familiari e/o caregiver</li> <li><input type="checkbox"/> Lavoratori anche riguardo al benessere lavorativo</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	L'EG garantisce: <ul style="list-style-type: none"> <li>l'analisi dei dati rilevati dalle valutazioni del grado di soddisfazione per il miglioramento della qualità dei servizi e la presa in considerazione delle criticità emerse</li> <li>la diffusione dei risultati delle indagini e delle misure di miglioramento (tramite occasioni pubbliche, la distribuzione di materiale informativo, la pubblicazione sul sito web aziendale o con altre modalità)</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	L'EG garantisce la raccolta e la tracciabilità dei disservizi rilevati e la predisposizione delle relative azioni di miglioramento, nonché la loro diffusione, se di interesse collettivo	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	L'EG assicura la definizione e l'utilizzo di strumenti per la comunicazione interna (bacheche, intranet, riunioni periodiche, fogli informativi)	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	L'EG facilita l'accesso alla struttura e alle sue divisioni interne con l'apposizione di una segnaletica visibile anche a distanza e di facile comprensione	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
<b>Sistema informativo</b>			
E	Il sistema informativo è rivolto alla raccolta, elaborazione e archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con le seguenti finalità: <ul style="list-style-type: none"> <li>sostanzare e ridefinire le politiche e gli obiettivi dell'unità d'offerta e del soggetto gestore</li> <li>fornire alle strutture organizzative il ritorno informativo necessario alle valutazioni di loro competenza</li> <li>rispondere al debito informativo nei confronti dell'ATS e Regione Lombardia</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> sì	
E	L'EG identifica nell'organigramma un responsabile del sistema informativo che presiede l'attività di raccolta, elaborazione e archiviazione dati: dott. Franco Taverna	<input checked="" type="checkbox"/> sì	

E	L'EG individua i bisogni informativi, predispone le strutture organizzative e le strumentazioni necessarie a garantire la qualità dei dati	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
<b>Gestione delle risorse tecnologiche</b>			
A	I registri di manutenzione ordinaria che attestino l'effettuazione della: <ul style="list-style-type: none"> <li>• manutenzione delle apparecchiature mediche</li> <li>• procedure per l'uso sicuro delle apparecchiature biomediche</li> <li>• procedura di programmazione per l'acquisto di apparecchiature biomediche</li> <li>• inventario annuale della apparecchiature biomediche</li> </ul>	NP	
A NSP	Polizza assicurativa per responsabilità civile del soggetto gestore (quietanza di pagamento per l'annualità in corso), con: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> data di attivazione non successiva alla presentazione all'istanza di accreditamento</li> <li><input type="checkbox"/> copertura anche per fatti accidentali e imputabili a negligenza, imprudenza o imperizia</li> <li><input type="checkbox"/> assenza di franchigie opponibili ai terzi danneggiati.</li> </ul> In alternativa, programma assicurativo di gestione diretta del rischio, idoneamente documentato	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
<b>Contratto d'ingresso (DGR.1185/2013)</b>			
A	Adozione dello schema tipo di contratto d'ingresso con l'utente di cui alla DGR n. 1185/2013 (per unità d'offerta che prevedono la compartecipazione al costo) che prevede: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> individuazione delle parti contraenti, presenza firma dell'ospite, eventuale terzo obbligato, Ente Locale, eventuale AdS/tutore/curatore e Ente gestore</li> <li><input type="checkbox"/> definizione dell'oggetto del contratto</li> <li><input type="checkbox"/> obblighi dell'Ente gestore (descrizione servizi/prestazioni erogate all'ospite; obblighi di tutela dei diritti dell'ospite come da CdS; sottoposizione della struttura alla normativa nazionale/regionale; polizza assicurativa; modalità erogazione prestazioni e servizi)</li> <li><input type="checkbox"/> obblighi del contraente (pagamento retta, rispetto del contratto e del regolamento, e di ulteriori regole vigenti in struttura)</li> <li><input type="checkbox"/> retta ed eventuale deposito cauzionale (retta giornaliera e modalità di pagamento; tempo accettazione variazioni; cauzione non superiore a una mensilità)</li> <li><input type="checkbox"/> conseguenze del mancato pagamento della retta (interessi e in che misura, termini di risoluzione di diritto del contratto con obbligo di attivazione per dimissioni assistite con ASST/Comune di Residenza)</li> <li><input type="checkbox"/> assenze e ritardi (conseguenze sulla retta in caso di ritardi di ingresso/avvio prestazioni, assenze temporanee, ricoveri ospedalieri)</li> <li><input type="checkbox"/> dimissioni (obbligo di preavviso per dimissioni volontarie e conseguenze economiche in caso di mancato rispetto dello stesso; in caso di decesso e di dimissioni motivate dal gestore con disciplina del calcolo della retta)</li> <li><input type="checkbox"/> recesso e risoluzione del contratto (ipotesi di recesso e di risoluzione del contratto con indicazione delle conseguenze circa il calcolo della retta)</li> <li><input type="checkbox"/> oggetti e beni personali (obblighi di custodia art.1783-1786 del c.c.)</li> <li><input type="checkbox"/> trattamento dei dati personali (titolare del trattamento e responsabili, se presenti; modalità di accesso alla documentazione socio sanitaria; consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto normativa privacy)</li> <li><input type="checkbox"/> modifiche al contratto (in forma scritta e sottoscritte da entrambe le parti)</li> <li><input type="checkbox"/> durata del contratto (con data di inizio prestazioni o eventuale prenotazione del posto)</li> <li><input type="checkbox"/> divieto di cessione (salvo consenso scritto delle parti)</li> </ul>	NP	
<b>Carta dei servizi</b>			
La Carta dei Servizi è:			
A	presente datata, esposta e a disposizione del pubblico	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	con obbligo di distribuzione agli utenti e/o loro familiari, allegata al contratto di Ingresso	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	presente sul sito web	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
La Carta dei Servizi contiene:			
A	le condizioni che danno titolo all'accesso	<input checked="" type="checkbox"/> sì	
A	contiene descrizione della U.O con l'indicazione dei posti abilitati all'esercizio, accreditati e a contratto	<input checked="" type="checkbox"/> sì	

A	Criteri gestione liste di attesa, di accoglienza (anche con l'individuazione dell'unità operativa o persona incaricata per le visite guidate alla unità d'offerta), di presa in carico e dimissione degli utenti	■ sì	
A	le modalità di erogazione delle prestazioni e la descrizione delle attività previste, riferite alla specifica tipologia di unità d'offerta (descrizione della giornata tipo per le unità d'offerta residenziali, descrizione dei percorsi terapeutici per le unità d'offerta ambulatoriali)	■ sì	
A	l'orario di funzionamento dell'unità d'offerta (se residenziale l'orario di visita, se semiresidenziale il periodo di apertura nell'anno)	■ sì	
A	la raggiungibilità della struttura con i mezzi di trasporto, l'eventuale disponibilità di un servizio di trasporto della struttura	■ sì	
A	per le unità d'offerta che prevedono la compartecipazione alla spesa da parte dell'utente: le tipologie di rette applicate e il dettaglio degli eventuali costi aggiuntivi per prestazioni specifiche, l'eventuale esistenza di un deposito cauzionale e le modalità di applicazione dello stesso	NP	
A	gli strumenti e le modalità atte a tutelare i diritti delle persone assistite, i tempi di gestione delle segnalazioni e dei reclami, le indicazioni in caso di dimissioni, trasferimento ad altra struttura e per assicurare la continuità delle cure	■ sì	
A	gli strumenti, le modalità e i tempi di valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei caregiver rispetto alla qualità dei servizi e delle prestazioni usufruite, nonché per la rilevazione dei disservizi	■ sì	
A	le modalità di rilascio agli utenti della dichiarazione prevista ai fini fiscali	NP	
A	le tempistiche e le modalità per l'accesso alla documentazione sociosanitaria o per ottenerne il rilascio	■ sì	
A	Alla carta dei servizi sono allegati la scheda di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza e la scheda per esprimere apprezzamenti o lamentele o per denunciare i disservizi	■ sì	

**Fascicolo Socio-Assistenziale e Sanitario (FASAS)**

E/NSp	FASAS verificato: M.S. 327-14		
	<p>Sono presenti le sezioni relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> anamnesi riferite alle diverse aree</li> <li><input type="checkbox"/> analisi e valutazione della situazione del singolo utente e, dove necessario e opportuno, del suo contesto familiare</li> <li><input type="checkbox"/> percorso dell'utente nella UdO (P.I., Pianificazione, Diari)</li> <li><input type="checkbox"/> modulistica relativa alla tutela della privacy, al consenso informato per i singoli atti sanitari proposti, alla tutela della persona se attivata</li> <li><input type="checkbox"/> presenza del case manager</li> </ul>	■ sì	

**Requisiti di Esercizio e Accreditamento (DGR 12621/2003)**

Requisiti		Indicatori	
NSp	Struttura organizzativa – livelli di assistenza residenziali e semiresidenziali	<b>Programma:</b> principi, metodologia, elenco prestazioni per singole UO, fasi e tempi, relazioni famiglia, interventi, utilizzo del personale, tutela salute utenti, privacy, tipologia utenti, modalità verifiche	■ sì
NSp		<b>Regolamento:</b> diritti degli utenti, obblighi degli utenti, regole di vita comunitaria, norme di comportamento, impiego degli utenti nelle attività	■ sì
NSp		<b>Registro:</b> documento di registrazione giornaliera presenze/assenze per singole UO	■ sì
NSp	Adeguatezza degli spazi e delle strutture	Documentazione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria effettuati con il tramite di apposito registro ove compaia descrizione e data dell'intervento	■ sì

Requisiti di accreditamento gestionali e organizzativi specifici SERVIZI TERAPEUTICO RIABILITATIVI (DGR 12621/2003)			
Requisiti	Indicatori		
NSp	Offerta di prestazioni	Sono assicurate agli ospiti le seguenti aree di prestazioni: - primo contatto in cui vengono verificate con il soggetto le caratteristiche della richiesta di aiuto da lui espressa e si illustrano le offerte dei servizi e l'iter procedurale degli stessi	■ sì
		- valutazione diagnostica multidisciplinare che permette di formulare un programma terapeutico personalizzato che affronti il recupero della salute fisica, psichica e sociale	■ sì
		- supporto psicologico individuale/di gruppo e attività di psicoterapia strutturata individuale e/o di gruppo	■ sì
NSp	Funzionamento	<b>Servizio residenziale:</b> 24 h per 365 gg <b>Servizio semi-residenziale:</b> non inferiore alle 8 h per 5 gg/sett	■ sì NP
NSp	Accesso	Certificazione, sottoscritta dalle componenti specialistiche psico, socio sanitarie, rilasciata da servizio pubblico o privato accreditato come multidisciplinare integrato, che attesti la necessità di intervento terapeutico riabilitativo	■ sì

Requisiti di accreditamento gestionali e organizzativi specifici SERVIZI TRATTAMENTO SPECIALISTICO PER PAZIENTI IN COMORBIDITÀ PSICHIATRICA (DGR 12621/2003)			
Requisiti	Indicatori		
NSp	Offerta di prestazioni	Sono assicurate agli ospiti le seguenti aree di prestazioni: - primo contatto in cui vengono verificate con il soggetto le caratteristiche della richiesta di aiuto da lui espressa e si illustrano le offerte dei servizi e l'iter procedurale degli stessi	■ sì
		- valutazione diagnostica multidisciplinare che permette di formulare un programma terapeutico personalizzato che affronti il recupero della salute fisica, psichica e sociale	■ sì
		- supporto psichiatrico, psicologico individuale/di gruppo e attività di psicoterapia strutturata individuale e/o di gruppo	■ sì
NSp		Responsabile di programma	■ sì
NSp	Operatore qualificato, compreso personale con qualifica di	Medico e/o Psichiatra e/o Psicologo e/o Infermiere	■ sì
NSp		Operatore di supporto	■ sì
NSp	Funzionamento	Servizio permanente 24 h per 365 gg con garanzia di reperibilità medica (per almeno 8 ore e per 5 giorni alla settimana se semiresidenziale)	■ sì NP
NSp	Accesso	Certificazione, sottoscritta dalle componenti specialistiche psico, socio sanitarie, rilasciata da servizio pubblico o privato accreditato come multidisciplinare integrato, che attesti la necessità di intervento terapeutico riabilitativo	■ sì

Requisiti di accreditamento gestionali e organizzativi specifici SERVIZI TRATTAMENTO SPECIALISTICO PER ALCOL E POLIDIPENDENTI (DGR 12621/2003)			
Requisiti	Indicatori		
NSp	Offerta di prestazioni	Sono assicurate agli ospiti le seguenti aree di prestazioni: - valutazione diagnostica multidisciplinare che permette di formulare un programma terapeutico personalizzato che affronti il recupero della salute fisica, psichica e sociale	■ sì
		supporto psichiatrico, psicologico individuale/di gruppo sia per il soggetto che per i suoi familiari	■ sì

Requisiti di accreditamento gestionali e organizzativi specifici SERVIZI TRATTAMENTO SPECIALISTICO PER ALCOL E POLIDIPENDENTI (DGR 12621/2003)			
Requisiti	Indicatori		
		supporto medico / terapia farmacologica	■ sì
		attività educative / riabilitative	■ sì
Nsp		Responsabile del programma	■ sì
Nsp	Operatore qualificato, compreso personale con qualifica di	Medico e/o Psichiatra e/o Psicologo e/o Infermiere	■ sì
Nsp		Operatore di supporto	■ sì
Nsp	Funzionamento	Servizio permanente 24 h per 365 gg con garanzia di reperibilità medica solo per servizio di carattere residenziale	■ sì
Nsp	Accesso	Certificazione, sottoscritta dalle componenti specialistiche psico, socio sanitarie, rilasciata da servizio pubblico o privato accreditato come multidisciplinare integrato, che attesti la necessità di intervento terapeutico riabilitativo	■ sì

Requisiti di accreditamento gestionali e organizzativi specifici SERVIZI DI ACCOGLIENZA (DGR 12621/2003)			
Requisiti	Indicatori		
Nsp	Offerta di prestazioni	Documento di programma che comprende: accesso non selezionato di soggetti	■ sì
		valutazione stato di salute incluse patologie infettive	■ sì
		identificazione e impostazione di un programma complessivo con individuazione della tipologia di centro più idoneo allo svolgimento dello stesso	■ sì
		accompagnamento a percorsi strutturati	■ sì
		consulenza e supporto a carattere psicologico	■ sì
		supporto medico per le problematiche sanitarie presenti nel periodo di permanenza	■ sì
Nsp	Funzionamento	Servizio residenziale: 24 h per 365 gg Servizio semi-residenziale notturno: non inferiore alle 12 h per 365 gg	■ sì NP

VERIFICA DELLO STANDARD ASSISTENZIALE (DGR 12621/2003)			
Nsp	Gestione delle risorse umane Livello di assistenza residenziale e semiresidenziale	Individuato il responsabile di struttura (può coincidere con uno degli operatori, tempo pieno a 36 h/sett con titolo di studio di: diploma Ed. Prof., DU Ass. Soc., Laurea pedagogia/scienze educazione, sociologia, medicina, psicologia o altre lauree in materie umanistiche o baccellierato ex DGR 28738/1997)	■ sì
		Individuato il responsabile di programma tra gli operatori qualificati	■ sì
		Operatori (non inferiori alle 2 unità): □ almeno 1 operatore qualificato (titolo di studio analogo al resp.) □ almeno 1 operatore di supporto (titolo di studio come sopra oppure diploma di scuola media inferiore associato ad esperienza lavorativa nel settore e frequenza con esito positivo del corso come da DGR 12548 del 03/05/1996)	■ sì ■ sì
		Volontari max 50% degli operatori, per almeno 18h/sett, con impegno continuativo di almeno 1 anno	NP
		Soggetti che hanno terminato il programma terapeutico (secondo DGR 41878/1999 - DGR 12548/1996 all. A)	■ sì

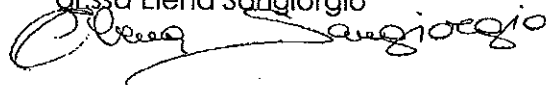
## STANDARD

Verifica del minutaggio assistenziale dal 01/05/2017 al 07/05/2017						
Standard richiesto						
	Ospiti	Giornate	Standard medico, psich, inf e psicologo	Standard operatore qualificato	Standard operatore non qualificato	Totale
Acc residenz. */**	2	14	0,8	9,6	14,4	24,8
S. Ter. Riab. Res.	13	81	0	55,54	0	55,54
Comor. Psich. **	1	7	6,27		2,4	8,67
Poli **	1	7	7,27		2,4	9,67
<b>Totale</b>	<b>17</b>	<b>109</b>	<b>14,33</b>	<b>65,14</b>	<b>19,2</b>	<b>98,68</b>
* La competenza medica/infermieristica deve essere garantita autonomamente o tramite SMI						
** Se trattasi di medico specifico lo standard di personale o è in possesso concorre alla determinazione del complessivo stabilito						
Standard assistenziale erogato in ore/settimana						
	Verifica		Standard medico, psich, inf e psicologo	Standard operatore qualificato	Standard operatore non qualificato	Totale
S. Ter. E accogli	SI		8	100	35	143
Comor./Poli	SI		63		35	98

## VALUTAZIONE SINTETICA

La struttura risulta in possesso dei requisiti organizzativi e gestionali previsti

Il Responsabile del Procedimento  
Verifica requisiti organizzativi e gestionali  
dr.ssa Elena Sangiorgio



Responsabile Istruttoria: dott.ssa Aurora Galeazzi

Pagina 9 di 9

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO

SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio sanitaria

Corso Italia 19 - Milano 20122 - Tel. 02 8578 2270 Fax 02 8578 6302

e-mail: [accreditamentosocjosanitario@ats-milano.it](mailto:accreditamentosocjosanitario@ats-milano.it) - PEC: [protocollogenerale@pec.ats-milano.it](mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it)

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969



Struttura: CRT – Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette  
 Ente gestore: FONDAZIONE EXODUS ONLUS

Esito favorevole del 07.06.2017

Data sopralluogo: 05.06.2017 e successive integrazioni e verifiche documentali (agl atti della SCACV016).  
 Composizione Equipe di sopralluogo: dott. Marco Galbati - dott. Pierluigi Gallucci (Tecnici Prevenzione).

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO				
Sede regionale - DGR n. 2569/2014 – All.1				
ES 2.3.1.	<b>Titolo di godimento dell'immobile</b>	<b>SI</b>		
UdO realizzata con finanziamenti statali/regionali: <b>no</b> <i>(in caso di finanziamenti statali/regionali indicare la tipologia)</i>				
Titolo di godimento dell'immobile (unità immobiliare) sede dell'attività:				
<input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Locazione <input type="checkbox"/> Comodato d'uso <input type="checkbox"/> Appalto <input checked="" type="checkbox"/> Concessione <input type="checkbox"/> Affitto ramo d'azienda <input type="checkbox"/> Altro (specificare)				
Titolo in base al quale è esercitata l'attività:				
<input checked="" type="checkbox"/> Gestione diretta di un bene non di proprietà <input 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): <b>29.06.2022</b>				
Dati identificativi del proprietario (se l'immobile sede dell'attività è di proprietà di soggetto diverso dal gestore): <b>Comune di Milano</b>				
Esito delle verifiche relative al possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente				
ES 2.3.2.a	<b>AGIBILITÀ</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NP</b>
Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni):				
<input type="checkbox"/> Certificato di agibilità dei locali rilasciato dal Comune <input type="checkbox"/> Copia protocollata dell'avvenuta richiesta di agibilità <input type="checkbox"/> Copia protocollata della dichiarazione di agibilità di edifici destinati ad attività economiche <input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di fine lavori protocollata dal Comune (solo per edifici esistenti, ove l'intervento di modifica strutturale non richieda nuova agibilità)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Struttura: CRT – Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette  
Ente gestore: FONDAZIONE EXODUS ONLUS

Esito favorevole del 07.06.2017

ES 2.3.2.b	PROTEZIONE ANTISISMICA	SI	NO	NP
	Verifiche di idoneità statica. Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni):			
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Collaudo statico ai sensi della Legge 1086/1971 (nuovi edifici)</li> <li><input type="checkbox"/> Collaudo statico per le parti di nuova costruzione (edifici esistenti - ampliamenti)</li> <li><input type="checkbox"/> Certificato di idoneità statica dell'intero edificio (edifici esistenti e modifiche senza interventi strutturali)</li> <li><input type="checkbox"/> Certificato di verifica statica di conformità alla normativa antisismica</li> <li><input type="checkbox"/> Solo per i fabbricati situati nel Comune di Milano: Dichiarazione d'impegno alla certificazione secondo quanto previsto dall'art. 11 c. 6 del Regolamento Edilizio del Comune di Milano</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Per opere ed edifici strategici o rilevanti scheda analisi e verifiche vulnerabilità sismica (vedi nota)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<i>Nota: rif. dichiarazione dell'ente gestore agli atti della SCACV016.</i>			
ES 2.3.2.c	PROTEZIONE ANTINCENDIO	SI	NO	NP
	Documentazione prevenzione incendi (barrare una delle opzioni):			
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input 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)</li> <li><input type="checkbox"/> CPI (solo per cat. C all. 1 D.P.R. 151/2011)</li> <li><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)</li> <li><input type="checkbox"/> Dichiarazione di esclusione dall'elenco dell'Allegato 1 del D.P.R. 151/2011</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Documento di valutazione del rischio incendio ai sensi del D.Lgs. 81/2008 ed ottemperanza al DM 10/3/1998	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Piano delle emergenze per rischio incendio (redatto entro 90 gg e aggiornato in caso di modificazioni del tipo di attività o dell'organizzazione)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atto di designazione del coordinatori e degli addetti delle squadre antincendio con attestati dei relativi corsi obbligatori	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Documentazione attestante l'esecuzione di prove di evacuazione annuali)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO**

SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio sanitaria

Corso Italia 19 - Milano 20122 - Tel.02 8578 2270 fax 02 8578 6302

e-mail: [accreditamentosociosanitario@ats-milano.it](mailto:accreditamentosociosanitario@ats-milano.it) - PEC: [protocollogenerale@pec.ats-milano.it](mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it)

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969



Struttura: CRT – Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette  
Ente gestore: FONDAZIONE EXODUS ONLUS

Esito favorevole del 07.06.2017

ES 2.3.2.d	PROTEZIONE ACUSTICA	SI	NO	NP
	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<i>Nota: rif. dichiarazione dell'ente gestore agli atti della SCACV016.</i>			
ES 2.3.2.e	SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA	SI	NO	NP
Impianti elettrici e di messa a terra	(barrare una delle opzioni): <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico completa di progetto, ove previsto, ai sensi del D.M. 37/2008</li> <li><input type="checkbox"/> Dichiarazione di conformità ai sensi della Legge 46/90, ovvero dichiarazione di rispondenza (impianti eseguiti prima dell'entrata in vigore del D.M. 37/2008)</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Effettuazione dei controlli periodici manutentivi degli impianti elettrici con periodicità conforme alle norme tecniche vigenti attestata da idonea documentazione	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(barrare una delle opzioni): <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Per impianti di messa a terra antecedenti al gennaio 2002: <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Omologazione INAIL (ex ISPEL)</li> <li><input type="checkbox"/> Copia della denuncia impianto inviata a INAIL (ex ISPEL)</li> </ul> </li> <li>➤ Per impianti di messa a terra successivi al gennaio 2002: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Copia denuncia impianto inviata a INAIL (ex ISPEL) e alla ASL oppure solo al SUAP</li> </ul> </li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verifica dell'impianto elettrico di messa a terra secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione (2 o 5 anni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(barrare una delle opzioni): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Identificazione degli ambienti destinati a uso medico e loro classificazione con corrispondente planimetria vidimata dal responsabile sanitario</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di assenza di ambienti destinati a uso medico</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO**

SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio sanitaria

Corso Italia 19 - Milano 20122 - Tel.02 8578 2270 fax 02 8578 6302

e-mail: [accreditamentosociosanitario@ats-milano.it](mailto:accreditamentosociosanitario@ats-milano.it) - PEC: [protocollogenerale@pec.ats-milano.it](mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it)

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969



Struttura: CRT – Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette  
Ente gestore: FONDAZIONE EXODUS ONLUS

Esito favorevole del 07.06.2017

Impianti di protezione contro le scariche atmosferiche	<input type="checkbox"/> Dichiarazione di conformità dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche completa di progetto ai sensi del D.M. 37/2008 <input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di autoprotezione redatta da un tecnico abilitato (nel caso l'impianto non sia previsto)			
	<p><u>Se presente l'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche (barrare una delle opzioni):</u></p> <p>➤ Per impianti antecedenti al gennaio 2002:</p> <input type="checkbox"/> Omologazione INAIL (ex ISPEL) <input type="checkbox"/> Copia della denuncia impianto inviata a INAIL (ex ISPEL) <p>➤ Per impianti successivi al gennaio 2002:</p> <input type="checkbox"/> Copia denuncia impianto inviata a INAIL (ex ISPEL) e alla ASL oppure solo al SUAP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verifica dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione (2 o 5 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gruppo elettrogeno	Conformità (certificato di conformità, certificato di collaudo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Verifiche periodiche di efficienza e funzionamento attestata da idonea documentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>Nota: gruppo elettrogeno non presente - rif. dichiarazione dell'ente gestore agli atti della SCACV016.</i>				
Dispositivi elettromed.	Elenco completo dei dispositivi elettromedicali in uso con relative conformità CE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Verifica periodica dei dispositivi elettromedicali secondo le scadenze previste attestata da idonea documentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>Nota: dispositivi elettromedicali non presenti - rif. dichiarazione dell'ente gestore agli atti della SCACV016.</i>				
ES 2.3.2.f	<b>SICUREZZA ANTIINFORTUNISTICA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NP</b>
	Presenza del DVR - Documento di valutazione dei rischi, prodotto entro 90 gg dall'avvio dell'attività	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Presenza del DUVRI - Documento di valutazione dei rischi da interferenza (aggiornato in caso di modificazioni del tipo di attività o dell'organizzazione) <input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di assenza di lavori, forniture o servizi ai sensi dell'art. 26 DLgs 81/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ES 2.3.2.g	<b>IGIENE E SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NP</b>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO**

SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio sanitaria

Corso Italia 19 - Milano 20122 - Tel.02 8578 2270 fax 02 8578 6302

e-mail: [accreditamentosoclosanitario@ats-milano.it](mailto:accreditamentosoclosanitario@ats-milano.it) - PEC: [protocollogenerale@pec.ats-milano.it](mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it)

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969



Struttura: CRT – Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette  
Ente gestore: FONDAZIONE EXODUS ONLUS

Esito favorevole del 07.06.2017

	<i>Nota: non presenti - rif. elaborati grafici agli atti della SCACV016.</i>			
Impianti di sollevamento	Dichiarazione di conformità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Matricola ascensori/montacarichi rilasciata dal competente ufficio comunale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Verifiche periodiche attestate da idonea documentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Presenza di ascensori e montalettighe con certificazione di idoneità degli ascensori all'utilizzo come vie di fuga in caso di incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<i>Nota: non presenti - rif. elaborati grafici agli atti della SCACV016.</i>			
Impianto idro-termo-sanitario	Dichiarazione di conformità (ai sensi del DM 37/08 o della Legge 46/90)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Copia denuncia INAIL – Dipartimento tecnico (ex ISPESL) della centrale termica, se potenza >35 KW	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tenuta del libretto e relativi controlli periodici	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impianto a gas	Dichiarazione di conformità (ai sensi del DM 37/08 o della Legge 46/90)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centrali frigorifere	Denuncia a INAIL di messa in servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Verifica periodica (sulla base dell'all.VII D.Lgs. 81/2008 e delle risultanze del verbale di prima verifica) attestata da idonea documentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<i>Nota: centrali frigorifere non presenti - rif. dichiarazione dell'ente gestore agli atti della SCACV016.</i>			
Sterilizzatrici	Denuncia a INAIL di messa in servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Verifica periodica (sulla base dell'all.VII D.Lgs. 81/2008 e delle risultanze del verbale di prima verifica) attestata da idonea documentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<i>Nota: sterilizzatrici non presenti - rif. dichiarazione dell'ente gestore agli atti della SCACV016.</i>			
Legionellosi	Presenza della procedura di autocontrollo (che includa gli impianti di produzione di acqua calda/condizionamento con UTA/climatizzazione a split e similari)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Registro, per ogni impianto, con interventi eseguiti e periodicità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ES 2.3.2.h	<b>PROTEZIONE RADIAZIONI IONIZZANTI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NP</b>
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): <input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di assenza di sorgenti radioattive/apparecchiature radiodiagnostiche <input type="checkbox"/> Idonea documentazione (comunicazione preventiva di pratica radiologica, registro di sorveglianza fisica, manuale di qualità)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ES 2.3.2.i	<b>ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NP</b>
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> Dichiarazione, rilasciata dal tecnico progettista, del superamento delle barriere architettoniche ai sensi della Legge 13/1989 e D.M. 236/1989 <input type="checkbox"/> Già citato nell'agibilità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO**

SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio sanitaria

Corso Italia 19 - Milano 20122 - Tel.02 8578 2270 fax 02 8578 6302

e-mail: [accreditamentosociosanitario@ats-milano.it](mailto:accreditamentosociosanitario@ats-milano.it) – PEC: [protocollogenerale@pec.ats-milano.it](mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it)

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969



Struttura: CRT – Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette  
Ente gestore: FONDAZIONE EXODUS ONLUS

Esito favorevole del 07.06.2017

	<i>Nota: si richiama la valutazione favorevole in ambito del possesso dei requisiti strutturali generali e specifici del 01.07.2004 prot. 5322 agli atti della SCACVi016, parte integrante dell'Autorizzazione al Funzionamento con Delibera ASL n. 1560 del 26.07.2004;</i>			
ES 2.3.2.j	<b>SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI</b>	SI	NO	NP
	Contratto con ditta autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari a rischio infettivo in corso di validità e relativa documentazione degli avvenuti smaltimenti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verifica della presenza degli idonei contenitori per la raccolta a rischio infettivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verifica della presenza di idoneo spazio di stoccaggio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ES 2.3.2.k	<b>IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA</b>	SI	NO	NP
	Dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008 degli impianti di trattamento dell'aria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Relazione tecnica con indicazione dei parametri termo-igro-volumetrici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Documentazione inerente verifiche periodiche manutentive degli impianti secondo un piano di manutenzione definito dal Gestore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<i>Nota: Impianto di trattamento aria non presente - rif. dichiarazione dell'Ente Gestore agli atti della SCACVi016.</i>			
ES 2.3.2.l	<b>IMPIANTI DISTRIBUZIONE GAS MEDICALI</b>	SI	NO	NP
	Presenza impianto distribuzione ossigeno (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> centralizzato <input type="checkbox"/> non centralizzato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Dichiarazione di conformità e marcatura CE dell'impianto gas medicali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Documentazione inerente verifiche e manutenzioni periodiche dell'impianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<i>Nota: Impianti di distribuzione gas medicali non presenti - rif. dichiarazione dell'Ente Gestore agli atti della SCACVi016.</i>			
ES 2.3.2.m	<b>MATERIALI ESPLODENTI</b>	SI	NO	NP
	Verificata tramite (barrare una delle opzioni): <input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di assenza di materiali esplosivi <input type="checkbox"/> Idonea documentazione (permesso Prefettura, Certificato Prevenzione Incendi)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### NUOVE UDO/VARIAZIONI

Conformità allo stato dei luoghi delle planimetrie presentate	SI
---	----

#### AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO

SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio sanitaria

Corso Italia 19 - Milano 20122 - Tel.02 8578 2270 fax 02 8578 6302

e-mail: [accreditamentosociosanitario@ats-milano.it](mailto:accreditamentosociosanitario@ats-milano.it) - PEC: [protocollogenerale@pec.ats-milano.it](mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it)

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969



Struttura: CRT – Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette  
Ente gestore: FONDAZIONE EXODUS ONLUS

Esito favorevole del 07.06.2017

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI			
DGR n. 41878/1999 DGR12621/03			
1.	REQUISITI GENERALI	SI	NO NP
	La struttura in cui è inserita la Comunità deve essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica e continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche e contenimento energetico, impianti di distribuzione del gas, materiali esplosivi.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali. La struttura edilizia deve inoltre rispettare le norme contenute nei Regolamenti Locali di Igiene.		
	<i>Nota: rif. tabella attestazione requisiti strutturali e tecnologici GENERALI allegata alla presente</i>		
2.	CAPACITA' RICETTIVA	SI	NO NP
	La capacità ricettiva delle strutture residenziali e semiresidenziali non può essere inferiore a 8 ospiti e di norma non superiore a 30.		
	Per le comunità residenziali rivolte ad utenti tossicodipendenti con patologie psichiatriche la capacità ricettiva non può essere inferiore a 8 ospiti né superiore a 30.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	p.l. complessivi: <b>24</b> così suddivisi: 20 p.l. terapeutica riabilitativa residenziale; 2 p.l. accoglienza; 1 p.l. doppia diagnosi; 1 p.l. alcol.		
3.	REQUISITI SPECIFICI	SI	NO NP
3.1	<b>Camere da letto</b> con un massimo di 8 posti letto e con le seguenti superfici: totale camere a 1 p.l. (9 mq): 0 totale camere a 2 p.l. (14 mq): 5 totale camere a 3 p.l. (20 mq): 2 totale camere a 4 p.l. (26 mq): 2 totale camere > 4 p.l. (6.66 mq/p.l.): 0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Qualora la Comunità ospiti anche nuclei familiari (madre e/o padre con figli minori) deve essere prevista una soluzione alloggiativa tale da offrire adeguate condizioni igienico sanitarie e da tutelare il benessere psico-affettivo dei minori, ad es. prevedendo camere da letto e servizi igienici da destinarsi esclusivamente ai minori o spazi separati, ma configuri agli spazi residenziali dei genitori e servizio igienico destinato esclusivamente al nucleo familiare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3.2	<b>Servizi igienici</b>	SI	NO NP
	Ognuno con dotazione di un wc, un lavabo e una doccia o una vasca, in rapporto di almeno 1 ogni 5 utenti, con un minimo di almeno 2 servizi igienici.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO**

SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio sanitaria

Corso Italia 19 - Milano 20122 - Tel.02 8578 2270 fax 02 8578 6302

e-mail: [accreditamentosoclosanitario@ats-milano.it](mailto:accreditamentosoclosanitario@ats-milano.it) - PEC: [protocollogenerale@pec.ats-milano.it](mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it)

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969



Struttura: CRT – Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette  
Ente gestore: FONDAZIONE EXODUS ONLUS

Esito favorevole del 07.06.2017

3.3	<b>Locali per il soggiorno</b>	SI	NO	NP
	Deve essere assicurata una superficie di almeno 1,2 mq per utente, con un minimo di 14 mq.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	<b>Locali per il pranzo</b>	SI	NO	NP
	Deve essere assicurata una superficie di almeno 1,2 mq per utente, con un minimo di 14 mq.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Facilmente accessibile ai locali pranzo e soggiorno deve essere previsto un blocco servizi composto da almeno 2 wc opportunamente disimpegnati, con apposito antibagno dotato di almeno un lavabo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	<b>Locale per servizio cucina e dispensa</b>	SI	NO	NP
	Locali adeguati al numero degli ospiti.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	<b>Lavanderia e guardaroba</b>	SI	NO	NP
	Per il servizio lavanderia, qualora non appaltato a ditte esterne, deve essere previsto un locale di superficie non inferiore a 10 mq (lavanderia e deposito biancheria pulita), dotato di regolamentare aerazione e illuminazione naturale diretta.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inoltre, deve essere previsto uno spazio-locale, ben ventilato per la raccolta della biancheria sporca per un eventuale servizio per la disinfezione e disinfestazione della biancheria stessa.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	<b>Ripostigli</b>	SI	NO	NP
	Devono essere previsti locali ripostiglio per gli accessori e le attrezzature della comunità in numero e con ubicazione adeguata.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	<b>Locali e servizi per il responsabile delle strutture e per gli operatori</b>	SI	NO	NP
	Deve essere previsto un numero di locali e di servizi igienici dimensionati in relazione al personale residente contemporaneamente presente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9	<b>Locali per attività riabilitative-pedagogiche-terapeutiche</b>	SI	NO	NP
	Deve essere assicurata una superficie di almeno 1,2 mq per utente, con un minimo di 16 mq. Qualora, ai fini delle iniziative riabilitative e di risocializzazione, siano previste attività di laboratorio devono essere garantiti adeguati spazi dimensionati come sopra e nel rispetto delle norme di sicurezza impiantistica vigente. nel caso di laboratori per attività più complesse e per fini ulteriori a quelli precedenti, gli ambienti, le attrezzature e quanto altro connesso dovranno possedere le caratteristiche previste per le specifiche attività.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10	<b>Spazi per il primo soccorso</b>	SI	NO	NP

**AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO**

SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio sanitaria

Corso Italia 19 - Milano 20122 - Tel.02 8578 2270 fax 02 8578 6302

e-mail: [accreditamentosociosanitario@ats-milano.it](mailto:accreditamentosociosanitario@ats-milano.it) - PEC: [protocollogenerale@pec.ats-milano.it](mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it)

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969

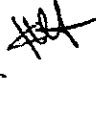



Struttura: CRT – Comunità Residenziale Cascina Molino Torrette  
Ente gestore: FONDAZIONE EXODUS ONLUS

Esito favorevole del 07.06.2017

Le strutture devono essere dotate di uno spazio per il primo soccorso articolato in: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Locale infermeria di almeno 9 mq di superficie; dotato di almeno un posto letto per il ricovero temporaneo e/o Isolamento di ammalati e/o sospetti di forme contagiose, dotato di servizio igienico ad uso esclusivo;</li> <li>□ Qualora la struttura sia dotata di camere con un numero di posti maggiore di 2, in alternativa al posto letto del locale infermeria deve essere previsto uno spazio di ricovero con un numero di posti letto non inferiore al 5% della ricettività totale della struttura, sistemati in camere al massimo a 2 posti letto e dotate di servizi igienici in numero adeguato.</li> </ul>	■	□	□
<b>Per le STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NP</b>
Deve essere garantita la dotazione degli spazi sopra indicati ad eccezione di quelli di cui ai punti 3.1, 3.2, 3.6, 3.10b.	□	□	■
Per quanto attiene i servizi igienici, oltre a quelli annessi ai locali pranzo e soggiorno deve essere previsto almeno un altro blocco di servizi composto da almeno 2 wc e una doccia opportunamente disimpegnati con apposito antibagno dotato di almeno 2 lavabi.	□	□	■

Valutazione sintetica: l'Unità d'Offerta risulta in possesso dei requisiti strutturali e tecnologici sopra esplicitati.

Responsabile Procedimento: dott. Marco Galbiatei   
Responsabili Istruttoria: dott. Pierluigi Gallucci 

**AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO**

SC Accreditamento e Vigilanza Area Socio sanitaria

Corso Italia 19 - Milano 20122 - Tel.02 8578 2270 fax 02 8578 6302

e-mail: [accreditamentosociosanitario@ats-milano.it](mailto:accreditamentosociosanitario@ats-milano.it) – PEC: [protocollogenerale@pec.ats-milano.it](mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it)

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969