

Can / Subcom / DEB



Allegato a **Decreto** del Commissario
ad ACTA
n. 30 del 20 MAR. 2014

VFP. Act. e Acc.
23/12

Pescara, 19 Dicembre 2013

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Prot. n° 2849 Partenza
19/12/2013

Commissario Ad Acta
Dott. Giovanni CHIODI

Sub-commissario
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI

REGIONE ABRUZZO
Direzione Politiche della Salute
Prot. n. 322 508
20 DIC. 2013

Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria
Ufficio Autorizzazione ed accreditamento Istituzionale
Direzione Politiche della Salute
Dott. Tobia MONACO

Oggetto: Procedimento di accreditamento istituzionale dell'Ambulatorio di Fisiokinesiterapia "CO.PAN S.a.s. (art.12, L.R. 32/2007). Trasmissione Valutazione Finale del CCRA (Nota n. 7 delle Procedure di Accreditamento Istituzionale dell'Allegato 6 " Procedure" della DGR 591/P del 1 Luglio 2008 e successive modifiche)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 18 Dicembre 2013 con verbale n.15/2013, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta motivata in copia conforme, riguardante l'accREDITAMENTO istituzionale dell'Ambulatorio di Fisiokinesiterapia "CO.PAN S.a.s." per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE
Dott. ~~Amedeo Budassi~~

Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 18 Dicembre 2013, vista la tipologia di accreditamento proposta motivatamente dall'Agenzia Sanitaria Regionale con nota prot. N. 2772 del 11/12/2013 in ordine all'Ambulatorio di Fisiokinesiterapia "CO.PAN S.a.s.", di Montesilvano (PE), ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

Valuta

positivamente la tipologia di accreditamento dell'Ambulatorio di Fisiokinesiterapia "CO.PAN S.a.s.", conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta:

- Tipologia accreditamento – classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

Letto confermato e sottoscritto:

Il Direttore dell'ASR Abruzzo _____

Dirigente del Servizio Programmazione socio-assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze _____

Il Dirigente del Servizio Programmazione sanitaria _____

Il Dirigente del Servizio Attività Ispettiva e Controllo Qualità _____



COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE

ACCREDITAMENTO

AMBULATORIO DI FISIOCINESITERAPIA CO.PAN. SAS

PROPOSTA MOTIVATA

Struttura Verificata: Ambulatorio di Fisiocinesiterapia CO.PAN. SAS sito nel Comune di Montesilvano (PE)

Richiesta: Prot. n. 21675/4/3299 del 5/10/2009

Accreditamento predefinitivo (art. 6 LR 32/07): Regime ambulatoriale

Autorizzazione Definitiva: Comunicata dal Servizio Programmazione Sanitaria – Ufficio Autorizzazione ed Accreditamento Istituzionale – Direzione Politiche della Salute, con nota prot. RA/247811/DG19 del 7 Novembre 2012: Numero Autorizzazione Definitiva n. 5 del 4/11/2010, Comune di Montesilvano.

Gruppo G.E.R.A. formalizzato con verbale del CCRA n. 6 del 14 settembre 2012 modificato con il verbale n.7 del 9 ottobre 2012

- Annabella Antonucci, Responsabile del gruppo visita
- Fioravante Di Giovanni
- Vittorio Fonzo
- Francesco D'Alessandro
- Giuliano Baldini
- Nino Antonio Coia (dimissionario)

Referenti della Struttura

- Adriano Meca
- Valentina Galati



**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

Premessa:

Con il Prot. 9171/DG4 del 18 Maggio 2010 è stata trasmessa dal Servizio Programmazione Socio Assistenziale, Progettualità di Territorio, Medicina Sociale e Tutela della salute Mentale e Dipendenze della Direzione Politiche della Salute, la risultanza istruttoria dell'Ambulatorio di Fisiochinesiterapia CO.PAN. SAS, finalizzata all'accREDITAMENTO istituzionale.

La domanda pervenuta presenta la seguente richiesta:

Allegato A alla Domanda di Rilascio di AccredITAMENTO

per gli Ambulatori:

- Ambulatorio di Fisiochinesiterapia

Parti del Manuale di AccredITAMENTO allegati alla domanda della Struttura

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

In data 14 settembre 2012 il CCRA formalizzava il gruppo GERA per la verifica della suddetta disciplina. Lo stesso gruppo GERA, modificato con verbale n. 7 del 9 ottobre 2012, riceveva mandato specifico con verbale del CCRA n. 8 del 22 novembre 2012.

In data 20 Febbraio 2013 il gruppo GERA faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva della relazione finale.

Nella relazione finale il gruppo GERA esprimeva una valutazione positiva, concludendo per la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale con classe 1.



**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

L'ASR, sulla base della documentazione in possesso, procedeva alla valutazione di quanto ~~pervenuto a norma delle procedure sull'accreditamento (Allegato n. 6 della deliberazione n. 591/P del 1 Luglio 2008 "Procedure" modificato con Delibera del Commissario ad Acta n.36/2009 del 1 Giugno 2009)~~ evidenziando le seguenti criticità:

- Il gruppo GERA rappresenta nella parte del Manuale di Accreditamento verificata quanto segue:
 - Nella parte 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE):
i requisiti numero 18.1-18.2-19.1-19.2-20.1-20.2-21.1-21.2-22.1-22.2-23.1-23.2-24.1 risultano NON APPLICABILI.

In considerazione di quanto sopra esposto, l'ASR Abruzzo ha inviato con nota Prot. 1119 del 28 maggio 2013 la richiesta chiarimenti relativamente alla sussistenza dei requisiti della parte del Manuale dell'Accreditamento "2.1 Direzione delle Strutture" che vanno dal 18 al 24.

In data 13 giugno 2013 il Dott. Adriano Meca, in qualità di Rappresentante legale della struttura in oggetto, ha fatto pervenire all'ASR Abruzzo la nota acquisita al prot. ASR n. 1320 del 13/06/2013 in cui veniva autocertificato il possesso dei requisiti del manuale di Accreditamento della scheda 2.1 – codice DS dal punto 18 al punto 24.

In data 6 settembre 2013 l'ASR Abruzzo ha dato mandato alla dott.ssa Annabella Antonucci, in qualità di responsabile del gruppo GERA, di:

- verificare la sussistenza dei requisiti del Manuale di Accreditamento della scheda 2.1 – codice DS dal punto 18 al punto 24 di cui alla precedente autocertificazione
- meglio verificare la sussistenza dei requisiti numero 8.1-8.2 della parte 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA del Manuale dell'Accreditamento.

A seguito della verifica specifica dei requisiti sopra indicati, in data 14/11/2013, la dott.ssa Annabella Antonucci ha fatto pervenire la relazione integrativa corredata ed integrata della documentazione attestante la sussistenza dei suddetti requisiti.



**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE** 3 di 4

Conclusioni

La relazione presentata dal gruppo GERA, così come integrata, risulta essere congruente al 100% dei requisiti di classe A nella parte riferita

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

Per quanto sopra rappresentato e vista la relazione del gruppo GERA così come integrata con documentazione

SI PROPONE

- l'accreditamento istituzionale per l'Ambulatorio di Fisiocinesiterapia CO.PAN. SAS relativo a:

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA



COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE