

COPIA  
**ISTITUZIONE "IL NOVELLO - DON FRANCO  
COMASCHI"**  
**COMUNE DI TRAVACO ' SICCOMARIO**  
Provincia di Pavia

**VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DI  
AMMINISTRAZIONE**

**N. 29**

**18/09/2012**

OGGETTO: **"ACCREDITAMENTO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA"**

L'anno **DUEMILADODICI** il giorno **diciotto** del mese di **settembre alle ore 21,15**, nella sala delle adunanze dell'Istituzione presso il Centro Diurno, previa notifica degli inviti personali, avvenuta nei modi e nei termini di regolamento, si è riunito il Consiglio di Amministrazione dell'Istituzione convocato dal Presidente dott.ssa Carla Galessi.

Risultano presenti e assenti i seguenti Consiglieri:

	Carica	Presente/Assente
Galessi Carla	Presidente	P
Boiocchi Sandro	Consigliere	P
Lovagnini Massimo	Consigliere	P
Gabrieli Claudia	Consigliere	P
Vittone Pierangelo	Consigliere	A
Germani Cesare	Consigliere	A
Clensi Domizia	Consigliere	P
Pazzi Graziella	Consigliere	A
Diani Claudio Camillo	Consigliere	P
Presenti n. 6		Assenti n° 3

Partecipa alla seduta il Direttore **Dott.ssa Sarah Franceschi** la quale provvede alla redazione del presente verbale.

Il PRESIDENTE **Dott.ssa Galessi Carla**, assunta la presidenza e constatata la legalità dell'adunanza, dichiara aperta la seduta ed invita gli intervenuti a discutere e a deliberare sulla proposta di cui all'argomento in oggetto.

**DELIBERA DI C.d.A. N. 29 DEL 18/09/2012 AVENTE PER OGGETTO:  
"ACCREDITAMENTO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA"**

### **IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE**

**Premesso** che in data 30/05/2012 la Regione Lombardia ha emanato Dec.Leg. 3540 che integra o, per la parti in contrasto, sostituisce i requisiti specifici di esercizio e di accreditamento già previsti dalle DD.G.R. relative alle singole tipologie di Unità di offerta;

**Vista** la deliberazione n° 3541 del 30/05/2012 della Regione Lombardia avente per oggetto: *"Definizione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accREDITamento dell'assistenza domiciliare integrata"* che regola il nuovo sistema di accreditamento al servizio di assistenza domiciliare integrata con la definizione degli specifici requisiti di esercizio strutturali e tecnico-gestionali da garantire per l'accREDITamento medesimo;

**Considerato** che la Direzione della Istituzione ha ritenuto opportuno presentare all'ASL di Pavia la dovuta documentazione di accreditamento per proseguire il servizio di assistenza domiciliare integrata, tenuto presente, tuttavia, che è altrettanto necessario richiedere all'Asl un incontro per avere maggiori chiarezze sul nuovo sistema retributivo regionale del servizio ADI;

**Presentata**, conseguentemente, in data 13/07/2012 a seguito della deliberazione sopra citata Regionale, la Scheda di Certificazione di Inizio Attività (SCIA) al fine di ottenere l'accREDITamento per proseguire il servizio Voucher erogato dalla Istituzione per la cittadinanza residente nel Distretto ASL di Pavia;

**Ricevuta** in data 30/08/2012 visita ispettiva della Commissione di Vigilanza dell'Asl di Pavia in merito alla verifica dei requisiti di esercizio e di accREDITamento di nuova unità di offerta a seguito di SCIA e contestuale richiesta di accREDITamento presentata in data 13.07.2012 per l'erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata;

**Preso atto** da parte del Consiglio di Amministrazione che la Direzione della Istituzione si sta muovendo per sollecitare l'Asl di Pavia in merito alle nuove modalità e conseguenti obblighi di erogazione del servizio ADI;

### **DELIBERA**

- 1) di approvare la erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata fino al 31.12.2012
- 2) di valutare, alla fine dell'anno, quali variazioni economiche e gestionali ha comportato il nuovo modello di erogazione del servizio, deliberando in merito alla sua eventuale prosecuzione per l'anno 2013.

**DELIBERA C. d. A. N. 29 DEL 18/09/2012**

**Letto, approvato e sottoscritto.**

**IL PRESIDENTE**  
**F.TO dott.ssa Galessi Carla**

**IL SEGRETARIO**  
**F.TO dott.ssa sarah franceschi**

---

**DICHIARAZIONE DI PUBBLICAZIONE**

**Il sottoscritto Segretario certifica che il presente verbale è stato affisso all'Albo Pretorio del Comune di Travacò Siccomario il giorno 28/09/2012 e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.**

**Addì, 28/09/2012**

**IL SEGRETARIO COMUNALE**  
**F.TO NIGRO dott.ssa FAUSTA**

---

**Copia conforme all'originale in carta libera ad uso amministrativo.**

**IL DIRETTORE**  
**F.TODott.ssa sarah franceschi**

---

**Dichiarazione di esecutività**

**La presente deliberazione:**

**X E' immediatamente esecutiva a termini di regolamento.**

**E' divenuta esecutiva il \_\_\_\_\_ in seguito all'approvazione da parte del Consiglio Comunale di Travacò Siccomario.**