



Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo
Via F. Galliccioli 4 - 24121 BERGAMO

DELIBERA N. 19 DEL 23/01/2026

Il Direttore Generale - **Dott. Massimo Giovanni Giupponi**
nominato con DGR n. XII/1646 del 21/12/2023

ha adottato la seguente Deliberazione:

ASSISTITO DA:

Il Direttore Amministrativo: Dott. Alessandro Petillo

Il Direttore Sanitario: Dott.ssa Nicoletta Castelli

Il Direttore Sociosanitario: Dott.ssa Barbara Caimi

OGGETTO: PARERE POSITIVO ALLA MODIFICA DELL'ACCREDITAMENTO DELL'UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIA - STRUTTURA RESIDENZIALE PER ASSISTENZA A PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE LECITE E ILLECITE - DENOMINATA COMUNITA' TERAPEUTICA DI FARA OLIVANA (CUDES 001268), CON SEDE IN FARA OLIVANA CON SOLA (BG) IN CASCINA FARA NUOVA SNC. ENTE GESTORE: COOPERATIVA DI BESSIMO SOC. COOP. SOCIALE A R.L. ONLUS, CON SEDE LEGALE IN CONCESIO (BS), VIA CASELLO N. 11 – C.F. 01091620177.

Articolazione Organizzativa proponente: SC AUTORIZZ.ACCREDIT.VIGILANZA STRUTTURE RETE TERRITORIALE

Il Responsabile del Procedimento: MINISTRINI CRISTINA
L'Incaricato dell'Istruttoria: ROTA ANNARITA

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO il D.lgs. 30.12.1992, n. 502, avente a oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23.10.1992, n. 421" e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale 30.12.2009, n. 33 avente a oggetto "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e s.m. e i., con particolare riferimento alle Leggi Regionali n. 23/2015 e n. 22/2021;

RICHIAMATA la D.G.R. X/4467 del 10/12/2015 con la quale, in attuazione della L.R. n. 23/2015, viene costituita l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Bergamo e definito l'assetto organizzativo della stessa;

DATO ATTO che in applicazione della legge regionale n. 33/2009 così come modificata dalle l.r. nn. 22/2021, 8/2022, 7/2025:

- alle ATS è in capo l'istruttoria per l'accreditamento e per le eventuali variazioni del medesimo, ivi compresa la voltura in capo ad altro soggetto gestore;
- a Regione Lombardia spetta la pronuncia sull'accreditamento con il conseguente aggiornamento/iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate, previa verifica di conformità con la programmazione sanitaria nazionale e regionale;
- l'accreditamento è disposto con decreto dirigenziale della direzione regionale competente e si perfeziona all'atto dell'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate da parte della medesima direzione;

RICHIAMATI il D.P.R. 14 gennaio 1997 di approvazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, e le DD.G.R.:

- n. 2569 del 31.10.2014 "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo";
- n. 6788 del 02.08.2022 "Revisione procedure di accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie", che ha disposto la sostituzione del Sub-allegato 9 della D.G.R. n. 4702 del 29.12.2015, "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario per l'esercizio 2016", che a sua volta aveva apportato modifiche alle procedure per l'esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie previste nell'Allegato 2 della D.G.R. n. 2569/2014";
- n. 12621 del 7.04.2023, "Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art. 12, comma 3 e 4, L.R. 31/1997) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze";
- n. 3720 del 30.12.2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2025" e s.m.i.;
- n. 5589 del 30.12.2025 "Socio-Sanitarie in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), della Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) anno 2026";

DATO ATTO che l'Allegato 1) della sopracitata D.G.R. n. 6788/2022, prevede al paragrafo 3.2 "Procedimento di accreditamento" che la ATS, adotti il provvedimento di parere positivo per l'accREDITamento o sue modifiche, dopo aver condotto le dovute verifiche per il possesso dei requisiti previsti, tramite visita in loco e analisi documentali;

PREMESSO che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

- in data 19.11.2025 con numero di protocollo 108871/25 è stata acquisita agli atti Segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) con contestuale richiesta di accREDITamento presentata dall'ente gestore Cooperativa di Bessimo Soc. Coop. Sociale a r.l. Onlus, con sede legale in Concesio (BS), Via Casello n. 11 – CF/P. IVA 01091620177, per la propria unità d'offerta sociosanitaria Comunità Terapeutica di Fara Olivana (CUDES 001268), con sede in Fara Olivana con Sola (BG), Cascina Fara Nuova SNC, per l'aumento di n. 4 posti letto e per la modifica dell'articolazione degli spazi, con l'annessione alla comunità di ulteriori locali;
- la sopracitata unità d'offerta risultava, fino a tale data, abilitata e accREDITata per n. 16 posti letto totali (di cui n. 12 di trattamento terapeutico riabilitativo residenziale e n. 4 di trattamento specialistico per pazienti in comorbidità psichiatrica) e a contratto con ATS Bergamo;
- la conclusione con esito favorevole del procedimento in corso comporterà un aumento da n. 16 a n. 20 dei posti letto accREDITati (di cui n. 16 di trattamento terapeutico riabilitativo residenziale e n. 4 di trattamento specialistico per pazienti in comorbidità psichiatrica);
- sono state avviate le dovute verifiche sui requisiti soggettivi dell'ente gestore, come previsto dalla D.G.R. n. 2569/2014;
- sulla base delle verifiche condotte dai funzionari della SS Autorizzazione, AccREDITamento e Vigilanza Sociosanitaria e Sociale e del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) è stato accertato il possesso dei requisiti di esercizio e di accREDITamento generali e specifici, strutturali e tecnologici, organizzativi e gestionali previsti dal D.P.R. 14.01.1997, nonché dalle DD.G.R. n. 2569 del 31.10.2014 e n. 12621 del 07.04.2003 per l'unità d'offerta Comunità Terapeutica di Fara Olivana (CUDES 001268) per n. 20 posti letto totali di cui n. 16 di trattamento terapeutico riabilitativo residenziale e n. 4 di trattamento specialistico per pazienti in comorbidità psichiatrica, come risulta dal verbale redatto nel corso dell'istruttoria;

RITENUTO, pertanto, di poter perfezionare per l'unità d'offerta Comunità Terapeutica di Fara Olivana (CUDES 001268), con sede in Fara Olivana con Sola (BG), in Cascina Fara Nuova SNC, la *"Attestazione del possesso dei requisiti di esercizio e di accREDITamento ai sensi della D.G.R. n. 2569/14 per SCIA contestuale"*, allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, corredata dal verbale di sopralluogo n. 855 del 17.12.2025, allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

ATTESO che il Responsabile del procedimento ritiene, per tutto quanto sopra esposto, di proporre il presente provvedimento di parere positivo per la modifica dell'accREDITamento dell'unità d'offerta Comunità Terapeutica di Fara Olivana (CUDES 001268);

PRESO ATTO che il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione della proposta di deliberazione di che trattasi ne attesta la legittimità, la regolarità tecnica, formale e sostanziale;

RITENUTO di far proprie le proposte del Responsabile del procedimento in relazione a quanto sopra riferito;

ACQUISITO il parere favorevole dei Direttori, Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario, per quanto di propria competenza, ai sensi dell'art. 3 comma 1 quinquies del D.lgs. n. 502/92 e s.m. e i. e della L. R. n. 33/2009 e s. m. e i.;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

- 1. di esprimere** parere positivo alla modifica dell'accreditamento dell'unità d'offerta sociosanitaria Comunità Terapeutica di Fara Olivana (CUDES 001268), sita in Fara Olivana con Sola (BG), Cascina Fara Nuova Snc, gestita dall'ente Cooperativa di Bessimo Soc. Coop. Sociale a r.l. Onlus, con sede legale in Concesio (BS), Via Casello n. 11 – CF/P. IVA 01091620177, per l'ampliamento degli spazi dedicati e per l'aumento dei posti letto da n. 16 a n. 20 (di cui n. 16 di trattamento terapeutico riabilitativo residenziale e n. 4 di trattamento specialistico per pazienti in comorbidità psichiatrica), sulla base della "*Attestazione del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento ai sensi della D.G.R. n. 2569/14 per SCIA contestuale*" corredata da relativo verbale di sopralluogo, allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2. di dare mandato** alla competente SC Autorizzazione Accreditamento e Vigilanza Strutture della Rete Territoriale, di eseguire un ulteriore sopralluogo, senza preavviso, al fine di verificare il mantenimento dei requisiti, entro 90 giorni dalla comunicazione dei provvedimenti regionali;
- 3. di dare atto** che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
- 4. 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. n. 241/1990 e s.m. e i.;
- 5. di dare atto** che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6 della L.R. n. 33/2009 e s.m. e i.;
- 6. di dare** comunicazione del presente atto al Collegio Sindacale per i controlli di competenza, ai sensi dell'art. 3-ter del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;

- 7. di trasmettere** il presente provvedimento alla Cooperativa di Bessimo Soc. Coop. Sociale a r.l. Onlus e a Regione Lombardia DG Welfare, affinché proceda all'emissione del provvedimento di modifica dell'accREDITamento, con aggiornamento della posizione della Comunità Terapeutica nel registro informatizzato delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate, dandone comunicazione ad ATS Bergamo e al soggetto gestore interessato.

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Massimo Giovanni Giupponi)

Allegato 1) *"Attestazione del possesso dei requisiti esercizio e di accREDITamento ai sensi della D.G.R. n. 2569/14 e s.m.i per SCIA contestuale"*

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E LEGITTIMITA'

STRUTTURA PROPONENTE: SC AUTORIZZ.ACCREDIT.VIGILANZA STRUTTURE RETE TERRITORIALE

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Il Responsabile del procedimento
MINISTRINI CRISTINA

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE

SC BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA' - Direttore Dott. Sergio Rocca

Si attesta la copertura economica e la regolarità contabile del presente provvedimento:

Bilancio – Costi (Bilancio/Esercizio/Codice Progetto/Codice Finanziamento): 00

Dati contabili – Costi (Raggruppamento di Budget/Entità Acquirente/Conto Economico/Conto Patrimoniale/Centro di Costo): 0

Importo – Costi (importo): 0

Bilancio – Ricavi (Bilancio/ Esercizio/Codice Progetto): 0

Dati contabili – Ricavi (Entità Acquirente/Conto Economico/Conto Patrimoniale/Centro di Costo): 0

Importo – Ricavi (importo): 0

Note: NESSUN ONERE PREVISTO

Autorizzante
Rocca Sergio

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

Unità d'offerta

Comunità residenziale per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite
 Comunità Terapeutica di Fara Olivana
 Fara Olivana con Sola (BG), Cascina Nuova Fara Olivana con Sola
 Capacità ricettiva: n. 20 posti letto

Motivazione della SCIA Contestuale presentata

Variazione della capacità ricettiva in aumento per n. 4 posti letto, con contestuale aumento dei pl accreditati da n. 12 a n. 16 posti di trattamento terapeutico riabilitativo, + 4 posti di pazienti in comorbidità psichiatrica, per un totale di n. 20 posti e modifica dell'articolazione degli spazi per annessione di ulteriori locali alla Comunità

Soggetto gestore

COOPERATIVA DI BESSIMO Società Coop.va Sociale A R.L. ONLUS C.F. e P. IVA: 01091620177 – con sede legale in Concesio (BS), Via Casello n. 11 - PEC: bessimo@pec.confcooperative.it

Legale rappresentante

ELENA CIUSANI - C.F. CSNLNE73L58F205T, nata a MILANO (MI) il 18/07/1973 e residente in via Pegol, 17 – 25080 - TIGNALE (BS) - Nominata con deliberazione del Consiglio di amministrazione del 25.05.2023

Estremi della SCIA contestuale: Numero Prot. 108871/25 del 19/11/2025

Ulteriori informazioni relative all'unità d'offerta

- **eventuale atto autorizzativo:** SCIA prot. ATS n. I.0047309 del 20.05.2025
- **eventuale accreditamento:** Decreto Regionale n. 15195 del 28.10.2025: UDO accreditata per n. 16 posti letto (di cui n. 12 di trattamento terapeutico riabilitativo e n. 4 di trattamento specialistico per pz in comorbidità psichiatrica)
- **eventuale codice struttura:** CUDES 001268
- **eventuali finanziamenti pubblici per la realizzazione:** nessun finanziamento
- **titolo di godimento dell'immobile:** comodato d'uso (agli atti contratto regolarmente registrato)
- **durata del titolo di godimento dell'immobile:** durata di anni 20 dal 01/01/2017 al 30/12/2036
- **dati identificativi del proprietario:** Fondazione Congregazione della Misericordia Maggiore di Bergamo (indicata come MIA) C.F. 80016630164 con sede legale in Bergamo, Via M. Tabajani
- **l'attività è esercitata a titolo di** gestione diretta di un bene non di proprietà **fino alla scadenza del 30/12/2036**

REQUISITI SOGGETTIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE E ALTRI SOGGETTI TENUTI – DGR 2569/14 allegato 1 sez. 2.1 Le verifiche non sono dovute per i legali rappresentanti di enti locali e di ASL che gestiscono direttamente unità d'offerta sociosanitarie, in quanto soggetti a specifica normativa di riferimento	Esito	NOTE
Insussistenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'articolo 67, comma 2, del D.Lgs. 159/11 per il Legale Rappresentante - CIUSANI ELENA, C.F. CSNLNE73L58F205T, Presidente CdA e Legale Rappresentante	SI	Agli atti autocertificazioni VERIFICA BANCA DATI NAZIONALE ANTIMAFIA Numero protocollo: PR_BSUTG_Ingresso_0073840_20250929 Stato richiesta: IN ISTRUTTORIA



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 tutti gli altri soggetti di cui al Libro II del medesimo decreto, di seguito elencati: - ZOCCATELLI GIOVANNI BATTISTA, Consigliere delegato - DANESI NICOLA, CF DNSNCL78M14B157H, Consigliere, - BERTELLI GUIDO, CF BRTGDU6411H717X, Consigliere - PANCRAZI CHIARA, CF PNCCHR89C50D940V, Consigliere - GRANELLI DIANA, CF GRNDNI75B45A794B, Consigliere - GREGORINI LUANA, CF GRGLNU80R46E333J, Consigliere - PAINI GIOVANNI, CF PNAGN71P27E897P, Consigliere - FENAROLI EDDA, CF FNRDDE53M45F523V, Sindaco Supplente - GORINI FEDERICO, CF GRNFRC62A04E967M - MAGNAVINI MAURIZIO, CF MGNMRZ70E01B157I, Sindaco - MURANO CARLO, CF MRNCRRL68M12C618E, Presidente Consiglio Sindacale - PIOVANELLI FEDERICO, CF PVNFBA67T23C618B, Sindaco	SI	Agli atti autocertificazioni VERIFICA BANCA DATI NAZIONALE ANTIMAFIA Numero protocollo: PR_BSUTG_Ingresso_0073840_20250929 Stato richiesta: IN ISTRUTTORIA
--	----	---

REQUISITI SOGGETTIVI DEL SOGGETTO GESTORE DGR 2569/14 allegato 1 sezione 3.1	Esito	NOTE
Personalità giuridica con iscrizione nello specifico registro delle imprese o delle persone giuridiche private - o Pubblica ☒ Privata	SI	Agli atti autocertificazioni Iscrizione al Registro delle Imprese di Brescia n. REA BS - 231523 Consultazione Registro Imprese - Archivio Ufficiale CCIAA: documento N. P. V.9151030 del 04.11.2025
Regolarità della continuità gestionale e finanziaria *	SI	Agli atti Relazione sull'ultimo Bilancio approvato
Presenza dell'organo di controllo economico e relativa composizione (tipologia, nominativi e qualifiche dei componenti) * Collegio de Revisori - MURANO CARLO, CF MRNCRRL68M12C618E, Presidente Consiglio Sindacale - PIOVANELLI FEDERICO, CF PVNFBA67T23C618B, Sindaco - FENAROLI EDDA, CF FNRDDE53M45F523V, Sindaco Supplente - GORINI FEDERICO, CF GRNFRC62A04E967M, Sindaco Supplente - MAGNAVINI MAURIZIO, CF MGNMRZ70E01B157I, Sindaco	SI	Regolarmente iscritti al registro dei revisori MEF
Assenza di stato di fallimento *	SI	Verifica attraverso consultazione Registro Imprese - Archivio Ufficiale CCIAA: documento N. P. V.9151030 del 04.11.2025:
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	non risulta iscritta alcuna procedura concorsuale in corso o pregressa per la Società oggetto di verifica

* 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 SCIA con contestuale richiesta di accreditamento

SI ATTESTA CHE

- l'ente gestore COOPERATIVA DI BESSIMO Società Coop.va Sociale A R.L. ONLUS Codice Fiscale E Partita IVA: 01091620177 – con sede legale in Concesio (BS) Via Casello n. 11

RISULTA

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

e che,

- l'unità d'offerta Comunità Terapeutica di Fara Olivana (CUDES 001268) con sede in Fara Olivana con Sola (BG), in Cascina Nuova Fara Olivana con Sola

RISULTA

- in possesso dei requisiti generali e specifici di esercizio e di accreditamento previsti dalla DGR n. 2569/2014 e dalla D.G.R. n. 12621/2003 per n. 20 posti letto totali (di cui n. 16 pl di trattamento terapeutico riabilitativo e n. 4 pl di trattamento specialistico per pz in comorbilità psichiatrica) e per gli ulteriori locali annessi alla Comunità.

Il Responsabile del procedimento
Dott. ssa Cristina Ministrini

Referenti per l'istruttoria

DPAAPSS: Amm.va Annarita Rota – A.S. dott.ssa Beatrice Azzolari – A.S. dott.ssa Kainat Sarwar

DIPS: TdP Ornella Imberti

Allegati:

- Verbale di sopralluogo Verbale n. 855 del 17/12/2025



VERBALE DI SOPRALLUOGO N° 855

In data 17.12.2025 alle ore 14:15

presso l'unità d'offerta: COMUNITA' TERAPEUTICA FARA OLIVANA

Sede principale ☐ Sede secondaria ☐ (da compilare solo per i Consultori Familiari)

indirizzo: Cascina Nuova - Fara Olivana con Sola
codice struttura 001268 codice fiscale / P.IVA 01091620177
abilitazione per (posti/volumi): 20
accreditamento per (posti/volumi): 16 p.l. tratt. ter. riab. e 4 in comorb. psichiatrica
contratto per (posti/volumi): 16 p.l. tratt. ter. riab. e 4 in comorb. psichiatrica
soggetto gestore: Cooperativa di Bessimo
legale rappresentante: Elena Ciusani

☐ Sopralluogo effettuato congiuntamente con il/i Funzionario/i del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria

l'equipe di vigilanza composta da:

dott.ssa Beatrice Azzolari - funzionario DPAAPSS Responsabile dell'istruttoria
dott.ssa Kainat Sarwar - funzionario DPAAPSS
TdP Ornella Imberti - funzionario DIPS - IPSA

alla presenza di:

dr.ssa Ciusani Elena_Legale Rappresentante dell'UdO

Identificato/a tramite:

☐ rilasciato da _____ in data _____

☒ Persona nota all'èquipe

dr.ssa Diana Granelli _Responsabile dell'UdO

ha effettuato un sopralluogo per la verifica dei

☒ requisiti organizzativi e gestionali

☒ strutturali e tecnologici

di esercizio/accreditamento di seguito specificati, nell'ambito dell'istruttoria avviata per:

☐ SCIA prot. ATS n. _____ del _____

☐ istanza di accreditamento: prot.ATS n. _____ del _____

☐ istanza di riclassificazione: prot.ATS n. _____ del _____

☒ SCIA con contestuale istanza di accreditamento: prot. ATS n. 108871 del 19.11.2025

☐ verifica per conferma di accreditamento (DGR n. _____ del _____ e comunicazione aggiornamento del registro regionale delle unità d'offerta sociosanitarie del _____)

☐ verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio/accreditamento

☐ verifica a seguito di segnalazione prot. _____

☐ altro _____

REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO COMUNITA' TOSSICODIPENDENTI

REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI GENERALI E SPECIFICI DGR n.2569/2014 – All.1; DGR n.12621/2003		
Rif.norm	Area tematica	Esito
	Politica, obiettivi e attività	
ES 2.2.1.a	Definizione della missione dell'Organizzazione e delle politiche complessive	SI
	Definizione degli obiettivi in relazione alla singola UdO, specificando servizi erogati e popolazione potenzialmente interessata	SI
	Definizione dell'organizzazione interna della UdO (modalità di erogazione del servizio, prestazioni erogate, attività eseguite)	SI
ES 2.2.1.b	Definizione annuale del piano di lavoro, comprendente tipologia e volume di attività previste e conseguente piano organizzativo	SI
ES 2.2.5.a	Adozione di un programma annuale di valutazione e miglioramento delle attività relativo ai processi di erogazione, selezionati in rapporto alle priorità individuate favorendo il coinvolgimento del personale	SI
AC 3.2.1	Adozione del programma annuale entro il primo trimestre dell'anno solare (entro 90 gg per i nuovi accreditamenti)	SI
AC 3.2.4.i	Definizione di strumenti, indicatori, modalità e tempi per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi del programma annuale	SI
	Presenza di una relazione annuale che espliciti i risultati, le eventuali criticità rilevate e le azioni migliorative per l'anno successivo, dando evidenza del coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione	SI
	Diffusione dei risultati della relazione annuale agli interessati	SI
AC 3.2.4.f	Per strutture residenziali ≥80 p.l. o per gestori con capacità contrattuale socio sanitaria ≥ € 800.000, presenza dell'attestazione annuale inviata all'ATS di: ☒ adozione di Codice Etico e Modello Organizzativo ai sensi del D.Lgs.231/2001 ☒ formazione e informazione al proprio personale ☒ nomina Organismo di Vigilanza con identificazione dei componenti e descrizione delle qualifiche ☒ avvenuta acquisizione della relazione annuale dell'Organismo di Vigilanza	SI
AC 3.2.4.h	Polizza assicurativa per responsabilità civile del soggetto gestore (quietanza di pagamento per l'annualità in corso), con: ☒ data di attivazione non successiva alla presentazione all'istanza di accreditamento ☒ copertura anche per fatti accidentali e imputabili a negligenza, imprudenza o imperizia ☒ assenza di franchigie opponibili ai terzi danneggiati. In alternativa ☐ programma assicurativo di gestione diretta del rischio, idoneamente documentato.	SI
ES DGR n. 12621/03	Adozione di un regolamento completo di: ☒ Diritti degli utenti ☒ Obblighi degli utenti ☒ Regole di vita comunitaria ☒ Norme di comportamento ☒ Impiego degli utenti nelle attività	SI
Note:		
	Continuità assistenziale	
ES 2.2.2.b	La continuità assistenziale è garantita in caso di urgenze o eventi imprevisti, in relazione alla tipologia e alla complessità assistenziale dell'utenza trattata	SI
	In caso di trasferimento sono messe a disposizione tutte le informazioni inerenti il percorso effettuato dall'utente nell'unità d'offerta	SI
AC 3.2.2.	Sono previste modalità di gestione di eventuali trasferimenti interni/presso altre unità d'offerta sociosanitarie o sanitarie	SI
DGR 6666/17	In caso di diniego all'accesso in comunità a causa di non idoneità del paziente è redatta motivata relazione	SI
Note:		
	Gestione risorse umane ed economiche	
ES 2.2.2.a	Sono definite e esplicitate l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche	SI

ES 2.2.3.a	Descrizione quantitativa e qualitativa delle risorse umane ritenute necessarie alla gestione della UdO	SI
ES 2.2.1.a	Descrizione organizzazione interna UdO (Organigramma, livelli di responsabilità)	SI
AC 3.2.3.d	Definizione della programmazione settimanale o mensile delle attività giornaliere del personale ivi compreso lo schema di distribuzione programmata degli orari di lavoro, i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie ed i permessi del personale	SI
AC 3.2.3.d	Adozione di un sistema di rilevazione delle presenze degli operatori per ogni specifica unità d'offerta	SI
	Personale identificabile mediante cartellino di riconoscimento	SI
ES 2.2.3.d	Adozione procedura operativa per l'inserimento del personale di nuova acquisizione	SI
AC 3.2.3.a	Presenza di criteri di selezione del personale che includano anche la conoscenza della lingua italiana	SI
ES 2.2.3.b	Personale volontario rendicontabile a standard: possesso di titolo professionale e appartenenza ad Associazioni di Volontariato iscritte nel registro e convenzionate con la struttura	NP
	Personale volontario non rendicontabile a standard: formalizzazione dei rapporti tra struttura e Associazione/singolo volontario	SI
ES DGR n. 12621/03	Il personale volontario rendicontabile non supera il 50% degli operatori	NP
	Sono presenti soggetti che hanno terminato il programma terapeutico	NP
AC 3.2.3.b	Individuazione con atto formale di un operatore referente per i compiti previsti al punto 3.2.3.b della DGR n. 2569/2014 (validazione protocolli, vigilanza aspetti igienico sanitari, corretta conservazione documentazione sociosanitaria, ecc): <i>Diana Granelli (indicare cognome e nome)</i>	SI
ES 2.2.5.b	Identificazione della struttura/responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità	SI
ES 2.2.6	Identificazione nell'organigramma del responsabile del sistema informativo	SI
ES 2.2.1.a	Individuazione del referente per i rapporti con gli uffici sul territorio che si occupano di protezione giuridica e servizi sociali	SI
ES 2.2.3.c	Adozione di un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale con indicazione del referente	SI
AC 3.2.3.c	È assicurata la copertura del fabbisogno formativo di tutti gli operatori addetti all'assistenza in un arco di tempo triennale, sulla base delle esigenze specifiche rispetto all'utenza da assistere e su tematiche relative all'umanizzazione delle cure	SI
	È prevista per tutti gli operatori (NB: anche per coloro che non concorrono allo standard dell'UdO) la formazione su tematiche relative alla comunicazione ed alle tecniche di relazione con gli utenti e i caregiver anche rispetto alla gestione dei conflitti	SI
Note:		
	Gestione delle risorse tecnologiche	
ES 2.2.4	È adottata una procedura di programmazione degli acquisti di apparecchiature biomediche e dispositivi medici	SI
	Inventario annuale delle apparecchiature biomediche	SI
	Adozione di un piano di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche	SI
	Procedure per garantire l'uso sicuro e appropriato delle apparecchiature biomediche	SI
Note:		
	Gestione, valutazione e miglioramento della qualità	
ES 2.2.5.c	Presenza di sistemi atti a rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza da parte di utenti o familiari	SI
AC 3.2.4.b	Rilevazione del grado di soddisfazione almeno annuale rivolta a: ☒ Utenti ☐ Familiari e/o caregiver ☒ Lavoratori anche riguardo al benessere lavorativo	SI
	Garantita l'analisi dei dati rilevati e la presa in considerazione delle criticità emerse	SI
	Garantita la diffusione dei risultati della rilevazione e delle azioni di miglioramento	SI

AC 3.2.4.c	Per la prevenzione e gestione dei disservizi sono garantite: ☒ la raccolta e la tracciabilità dei disservizi rilevati ☒ la predisposizione di azioni di miglioramento ☒ la diffusione delle azioni di miglioramento, se di interesse collettivo	SI
Note:		
	Documentazione Sociosanitaria (FASAS)	
	FASAS verificato/i:	
ES 2.2.5.d	Sono presenti le sezioni relative a: ☒ anamnesi riferite alle diverse aree ☒ analisi e valutazione della situazione del singolo utente e, dove necessario e opportuno, del suo contesto familiare ☒ percorso dell'utente nell'UdO (P.I., Pianificazione, Diari) ☒ modulistica relativa alla tutela della privacy, al consenso informato per i singoli atti sanitari proposti, alla tutela della persona se attivata	SI
Note:		
	Procedure e protocolli	
	Presenza piano di diffusione e di attuazione delle procedure e protocolli in uso	SI
	Aggiornamento con periodicità almeno triennale	SI
ES 2.2.5.e	Presenza di procedure e protocolli relativi a: ☒ Processi assistenziali rilevanti per la specifica UdO ☒ Criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste attesa, accoglimento e registrazione), presa in carico e dimissione ☐ Modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali organici ☐ Modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di strumenti ed accessori ☒ Modalità di pulizia e sanificazione degli ambienti ☒ Modalità di compilazione, conservazione, archiviazione del FASAS e di ogni altra documentazione comprovante l'attività sociosanitaria erogata	SI
Note: ES 2.2.5.e: i protocolli relativi a "modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali organici" e "modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di strumenti ed accessori" non sono pertinenti		
AC 3.2.4.g	Presenza di procedure e protocolli relativi a: ☒ Identificazione, segnalazione e gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella	SI
Note:		
	Il personale risulta a conoscenza delle procedure e protocolli in uso	SI
Note:		
	Segnaletica e carta dei servizi	
AC 3.2.4.d	Il soggetto gestore facilita l'accesso alla struttura e alle sue divisioni interne con l'apposizione di una segnaletica visibile anche a distanza e di facile comprensione	SI
	Il soggetto gestore assicura la definizione e l'utilizzo di strumenti per la comunicazione interna (bacheche, intranet, riunioni periodiche...)	SI
DGR 6666/17	È assicurata la pubblicazione del numero dei posti liberi/occupati e del numero di utenti in lista d'attesa sul proprio sito internet, con aggiornamento in tempo reale	SI
ES 2.2.1.c	Presenza di materiale informativo (carta dei servizi) contenente: ☒ le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini ☒ i criteri per l'accesso alle prestazioni e le modalità di erogazione delle stesse	SI
AC 3.2.4.a	La carta dei servizi è: ☒ datata e aggiornata ☒ esposta e a disposizione del pubblico/pubblicata su sito web (se esistente)	SI
AC 3.2.4.a	La carta dei servizi contiene: ☒ descrizione dell'unità d'offerta ☒ condizioni che danno diritto all'accesso ☒ criteri di accoglienza ☒ criteri di presa in carico e dimissioni dell'utente ☒ definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni e delle attività previste ☒ orario di funzionamento dell'unità d'offerta (orario/periodo di apertura nell'anno) ☒ raggiungibilità dell'unità d'offerta con i mezzi di trasporto ☒ informazioni su strumenti e modalità atti a tutelare i diritti delle persone assistite ☒ informazioni su strumenti, modalità e tempi di valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e caregiver (rispetto alla qualità dei servizi ed alle prestazioni usufruite) e degli operatori, nonché per la rilevazione dei disservizi	SI

	☒ definizione dei tempi di gestione segnalazioni e reclami ☒ definizione delle indicazioni in caso di dimissioni/trasferimento ad altra struttura e per assicurare la continuità delle cure ☒ tempistiche e modalità (inclusi i costi) per l'accesso alla documentazione sociosanitaria o per ottenerne il rilascio ☒ scheda di rilevazione del grado di soddisfazione (utenza/familiari) allegata alla carta dei servizi ☒ scheda di rilevazione di apprezzamenti/reclami allegata alla carta dei servizi.	
Note:		
	Sistema informativo	
ES 2.2.6.	Il soggetto gestore individua i bisogni informativi, predispone le strutture organizzative e le strumentazioni necessarie a garantire la qualità dei dati	SI
AC 3.2.5	Il soggetto gestore si dota di un sistema di contabilità analitica, riferito alla singola UdO, nel rispetto della normativa vigente e delle indicazioni regionali	SI
Note:		

STANDARD ASSISTENZIALI

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

Cognome e Nome	Qualifica	Titolo di studio	Iscrizione Albo
Granelli Diana	Responsabile	Laurea in scienze dell'educazione (L-18)	BG117
Sangalli Martina	Educatore	Laurea in scienze dell'educazione (L-19)	NP
Benvenuti Giulia Andrea	Educatore	Laurea in scienze dell'educazione (L-19)	NP
Toninelli Roberta	Infermiere	Diploma di infermiere professionale	BS3841
Marchese Cristiano	Medico	laurea in medicina e chirurgia + specializ. in psichiatria	BS07077
Savio Greta	Psicoterapeuta	Laurea in psicologia e specializ. in psicoterapia	LOM12662

Note:

Tabella 2 – Corrispondenza tra Operatori presenti in servizio e turnistica programmata

Elenco operatori presenti nel Nucleo (indicare il Nucleo su cui viene effettuata la verifica)

Cognome e Nome	Qualifica	Corrispondenza con turnistica
Granelli Diana	Educatore	SI
Sangalli Martina	Educatore	SI
Benvenuti Giulia Andrea	Educatore	SI
AC 3.2.3.d DGR n. 2569/14	Il personale in servizio corrisponde alla turnistica programmata/alle presenze registrate	
		SI

Rif.norm.	Tabella 4 - Requisiti gestionali del periodo verificato in sede di sopralluogo	Esito
ES/AC DGR n. 12621/03	E' garantita la presenza di almeno due operatori	SI

Note: lo standard è stato calcolato dal 24.11 al 30.11.2025

REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO COMUNITA' TOSSICODIPENDENTI

REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI SPECIFICI SERVIZI DI TRATTAMENTO SPECIALISTICO PER PAZIENTI IN COMORBILITA' PSICHIATRICA DGR n.41878/1999; DGR n.12621/2003, CIRC.n.29/2003		
Rif.norm	Area tematica	Esito
DGR n. 12621/03	Il servizio di trattamento specialistico si rivolge a soggetti tossicodipendenti in comorbilità psichiatrica	SI
	Il servizio di trattamento specialistico è residenziale	SI
	Il servizio di trattamento specialistico è (indicare l'opzione pertinente): ☐ struttura dedicata ☒ modulo specifico all'interno di altra struttura residenziale	
	Il servizio accoglie soggetti con problematiche di dipendenza per un periodo non superiore a 18 mesi	SI
Note:		
	Capacità ricettiva	
DGR n. 12621/03	La capacità ricettiva è al massimo di 15 posti letto	SI
	Nel caso in cui il servizio di trattamento specialistico si configuri come modulo specifico all'interno di una struttura si richiede la copertura massima di un terzo dei posti previsti	SI
Note:		
	Offerta di prestazioni	
DGR n. 12621/03	Il documento di programma comprende le seguenti aree di prestazioni da assicurare agli ospiti: ☒ primo contatto, in cui viene verificato 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 ☒ valutazione diagnostica multidisciplinare, che permette di formulare un programma terapeutico personalizzato che affronti il recupero della salute fisica, psichica e sociale ☒ Supporto psichiatrico, psicologico individuale/di gruppo e attività di psicoterapia strutturata individuale e/o di gruppo	SI
Note: lo standard verrà calcolato per la settimana dal 02.06 al 09.06.2025;		
Personale Unità Operativa I requisiti sotto riportati si riferiscono alle UdO in funzione dopo il 21/04/1999 (ex DGR n. 41878/1999 – standard di seconda soglia). Per le UdO in funzione fino al 20/04/1999 fare riferimento alla medesima DGR – standard di prima soglia.		
DGR n. 41878/99	Il Responsabile è: ☒ nominativamente individuato ☒ in possesso di uno dei seguenti titoli di studio: ☐ diploma di educatore professionale ☒ laurea scienze dell'educazione (classe18 – L19) ☐ educatore professionale di classe 2 ☐ laurea in pedagogia ☐ laurea in sociologia ☐ diploma universitario di assistente sociale ☐ in possesso di comprovata esperienza lavorativa nell'ambito delle dipendenze	SI
DGR n. 12621/03		
CIRC. n. 29/2003		
DGR n. 41878/99	Il personale qualificato è in possesso di uno dei seguenti titoli di studio: ☒ diploma di educatore professionale ☒ laurea scienze dell'educazione (classe18 – L19) ☐ educatore professionale di classe 2 ☐ laurea in pedagogia ☒ laurea in psicologia	SI
DGR n. 12621/03	Nel personale qualificato sono compresi: ☒ psicologo ☒ psichiatra ☒ medico ☒ infermiere	SI
CIRC. n. 29/2003	E' presente il personale di supporto (operatore di comunità, ecc)	SI
	Nelle ore diurne è assicurata la presenza contemporanea di due operatori di cui almeno uno in possesso delle qualifiche previste	SI
	Il Responsabile non coincide con altri operatori e fornisce almeno 20 ore/settimanali	SI
DGR n. 12621/03	E' garantita la reperibilità medica non inferiore a 8 ore per cinque giorni la settimana	SI
	Funzionamento	
DGR n. 12621/03	permanente nell'arco delle 24 ore, per 365 giorni	SI
Note: il contratto di reperibilità verrà inviato entro 5 giorni		

Tabella 3

Verifica del minutaggio assistenziale dal		24/11/2025	al	30/11/2025	
Standard richiesto (ore/settimana)					
	Giornate	Standard medico, psich, inf e psicologo (ore)	Standard operatore qualificato (ore)	Standard operatore di supporto (ore)	Totale (ore)
Acc residenz. */**		0,0	0,0	0,0	0,0
Acc semiresid.*/**		0,0	0,0	0,0	0,0
S. Ter. Riab. Res.	84	5,0	159,5	0,0	164,5
S. Ter. Riab. Semir.		0,0	0,0	0,0	0,0
S. Ped. Riab. Res.		0,0	0,0	0,0	0,0
S. Ped. Riab. Semir.		0,0	0,0	0,0	0,0
Spec. Per coppie**		0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Acc / S Ter Riab / S Ped Riab e Spec Coppie	84	5,0	159,5	0,0	164,5
Comor. Psich. **	28	25,1		9,6	34,7
Poli **		0,0		0,0	0,0
Totale Com Psich / Polidip	28	25,07		9,60	34,67
	* La competenza medica/infermieristica deve essere garantita autonomamente o tramite SMI. ** Se trattasi di modulo specifico lo standard di personale già 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 di supporto	Totale
Acc/S. Ter./S. Ped/Spec. Coppie	SI	12,5	170,3		182,8
Comor./Poli	SI	32,5		33,0	65,5

Eventuale documentazione acquisita nel corso del sopralluogo:

//

Osservazioni:

//

Dichiarazioni del Legale Rappresentante, del delegato e di altra persona incaricata:

//

Esito dell'ispezione – Valutazione sintetica:

- ☒ L'Unità d'Offerta risulta in possesso dei requisiti oggetto di verifica
☐ L'Unità d'Offerta non risulta in possesso dei requisiti oggetto di verifica
☐ L'esito della presente istruttoria è subordinata ad ulteriori valutazioni

Documentazione richiesta nel corso del sopralluogo:

//

La documentazione dovrà pervenire, entro e non oltre // ai seguenti indirizzi:

protocollo@pec.ats-bg.it

c.a. Beatrice Azzolari

Eventuali ulteriori provvedimenti saranno adottati con atti distinti ai sensi della normativa vigente, con particolare riferimento a quanto disposto dall'articolo 27 quinquies della L.R. n.33/2009 e s.m.i, e ai sensi di quanto indicato nel contratto laddove sottoscritto.

Il sopralluogo dell'équipe della SC Autorizzazione Accreditamento e Vigilanza Strutture della Rete Territoriale si conclude alle ore 15:00.

Il presente verbale compilato in ogni sua parte è redatto in due copie identiche al termine del sopralluogo.

Un originale del presente verbale, costituito da n. 8 pagine, viene consegnato:

- ☒ al Legale Rappresentante
☐ all'incaricato/delegato presente che si impegna a trasmetterlo al Legale Rappresentante.

Per la ATS
Beatrice Azzolari

Nome: 
Motivo: Confermato
Data: 17/12/2025 14:43:09 (UTC+01:00:00)

Kainat Sarwar

Nome: Cliente
Motivo: Confermato
Data: 17/12/2025 14:44:51 (UTC+01:00:00)

Per l'Ente Gestore
Elena Ciusani

Nome: 
Motivo: Confermato
Data: 17/12/2025 14:46:51 (UTC+01:00:00)

Diana Granelli

Nome: 
Motivo: Confermato
Data: 17/12/2025 14:45:46 (UTC+01:00:00)

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Tutte le informazioni relative al trattamento dei dati personali, nel rispetto di quanto previsto dalle disposizioni nazionali, in particolare dal D.lgs 196/2003 e s.m.i., sono consultabili sul sito dell'ATS di Bergamo al seguente indirizzo: <https://www.ats-bg.it/web/guest/privacy-aziendale>. Il titolare del trattamento è ATS Bergamo che raccoglie i dati personali utili e necessari per la presentazione di tale dichiarazione. La base giuridica del trattamento è l'art. 6 lett) e del Reg. UE 2016/679 e il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto in assenza di tutti o di alcuni dei dati personali richiesti, il documento potrà non essere ritenuto valido dall'Ente. I dati personali saranno trattati da personale autorizzato nonché comunicati a terzi che avranno ricevuto a tal fine nomina a responsabili esterni oppure saranno condivisi con altre Autorità Pubbliche se tale comunicazione è prevista da obblighi normativi. Il periodo di conservazione avviene nel rispetto delle normative di sicurezza garantendo l'applicazione di misure di sicurezza ritenute adeguate ai sensi dell'art. 32 del Reg. UE 2016/679. ATS Bergamo ricorda che sono riconosciuti all'interessato i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Reg. UE 2016/679, nonché la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali. Nell'informativa estesa presente sul sito web saranno reperibili sia i dati di contatto del Titolare del Trattamento che del DPO nominato.

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO

DGR n. 2569/2014 e DGR 6778/2022

Esito delle verifiche relative al possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente

Rif.norm.	Area tematica	Esito
ES 2.3.1.	Titolo di godimento dell'immobile	
UdO realizzata con finanziamenti statali/regionali: ☐ <i>tipologia:</i> <i>(in caso di finanziamenti statali/regionali indicare la tipologia)</i>		
Titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività (barrare una delle opzioni): ☐ Proprietà ☐ Locazione ☒ Comodato d'uso ☐ Appalto ☐ Concessione ☐ Affitto ramo d'azienda ☐ Altro (specificare)		
Titolo in base al quale è esercitata l'attività (barrare una delle opzioni): ☒ Gestione diretta di un bene non di proprietà ☐ Gestione diretta di un bene di proprietà ☐ Concessione ☐ Altro (specificare)		
Scadenza titolo di godimento dell'immobile (nel caso in cui la struttura non sia di proprietà del Gestore): contratto del 01/01/2017 valido al 30/12/2036		
Dati identificativi del proprietario (se l'immobile sede dell'attività di soggetto diverso dal Gestore – indicare persona fisica/Ragione Sociale): CONGREGAZIONE DELLA MISERICORDIA DI BERGAMO (MIA) cod. fisc. 80016630164		
Note:		
ES 2.3.2.a	AGIBILITÀ	
	Documentazione esaminata: ☒ Certificato di agibilità dei locali rilasciato dal Comune ☒ Copia protocollata dell'avvenuta richiesta di agibilità ☐ Copia protocollata della dichiarazione di agibilità di edifici destinati ad attività economiche ☐ Dichiarazione di fine lavori protocollata dal Comune (solo per edifici esistenti, ove l'intervento di modifica strutturale non richieda nuova agibilità) ☐ SCAGI (Segnalazione Certificata Inizio Attività per Agibilità) ai sensi dell'art.24, comma 1 del DPR 380/2001 così come modificato dall'art. 3 del D. Lgs n. 222/2016 ☐ Solo per i casi in cui non sia possibile reperire né richiedere l'agibilità, presenza di idonee attestazioni del possesso dei requisiti igienico-sanitari e di sicurezza statica rilasciate da tecnici abilitati ☐ Altra documentazione idonea a attestare il possesso dell'agibilità (da indicare nelle note)	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata - CERTIFICATO DI AGIBILITA' PER IL PIANO TERRA E PRIMO PROT. 3370 DEL 12/11/2003 - DOMANDA DI CERTIFICATO DI AGIBILITA' PER IL PIANO SECONDO DEL 30/5/2012 PROT. 2029	
ES 2.3.2.b	PROTEZIONE ANTISISMICA	
	Documentazione esaminata: ☐ Collaudo statico ai sensi della Legge 1086/1971 (nuovi edifici) ☐ Collaudo statico per le parti di nuova costruzione (edifici esistenti – ampliamenti) ☒ Certificato di idoneità statica dell'intero edificio (edifici esistenti e modifiche senza interventi strutturali) ☐ Certificato di verifica statica di conformità alla normativa antisismica ☐ Altra documentazione idonea a attestare il rispetto della normativa antisismica (da indicare nelle note)	SI
	Nel caso di sede ubicata all'interno di opere ed edifici strategici o rilevanti, scheda analisi e verifiche vulnerabilità sismica ☐ in fase di acquisizione ☐ acquisita	NP

	Note ed estremi della documentazione esaminata (nel caso sia indicato NP per verifiche vulnerabilità sismica, specificarne le motivazioni) - CERTIFICATO DI IDONEITA' STATICA ALLEGATO ALLA RICHIESTA DI AGIBILITA' DEL 2003, REDATTA DALL'ING. PAOLO COMANA	
ES 2.3.2.c	PROTEZIONE ANTINCENDIO	
	Documentazione prevenzione incendi (barrare una delle opzioni): ☐ Ricevuta SCIA antincendio di cui all'art. 4 del DPR 151/2011, rilasciata dal Comando VV.F (solo per cat. C all. 1 DPR 151/2011: con dichiarazione di impegno a comunicare l'esito dell'istruttoria dei Vigili del Fuoco) ☐ CPI (solo per cat. C all. 1 D.P.R. 151/2011) ☐ Ricevuta rilasciata dal Comando dei Vigili del Fuoco della richiesta di rinnovo periodico di conformità antincendio (art. 5 del DPR 151/2011) ☒ Dichiarazione di esclusione dall'elenco dell'Allegato 1 del DPR 151/2011 ☐ Altra documentazione idonea a attestare il rispetto della normativa antincendio (da indicare nelle note)	SI
	Piano delle emergenza per rischio incendi e valutazione del rischio ☒ presenza del piano delle emergenze per rischio incendio (parte del DVR) ☐ per attività avviate da meno di 90 giorni, in attesa di redazione del DVR, presenza del Documento di valutazione del rischio incendio ai sensi del D.Lgs. 81/2008 ed ottemperanza al DM 10/3/1998	SI
	Atto di designazione dei coordinatori e degli addetti delle squadre antincendio con attestati dei relativi corsi obbligatori	SI
	Documentazione attestante l'esecuzione di prove di evacuazione annuali	SI
	Registro controlli dei presidi antincendio ex art.4 DM 10/3/98 e p.2 art.6 DPR 151/11	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata Dichiarazione di esclusione elenco all.1 DPR 151/2011 del 09.06.2025; Registro dei controlli aggiornato al 26/03/2025; Piano di emergenza aggiornato al 17/06/2025 - ULTIMA PROVA DI EVACUAZIONE DEL 08/10/25 - REGISTRO DEI CONTROLLI DEL 06/9/2025	
ES 2.3.2.d	PROTEZIONE ACUSTICA	
	Presenza del documento di collaudo dei requisiti acustici passivi degli edifici o della porzione di edificio in cui è inserita l'UdO (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)	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
ES 2.3.2.e	SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA	
Impianti elettrici	Conformità degli impianti elettrici (barrare una delle opzioni): ☒ Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico completa di progetto ai sensi del D.M. 37/2008 ☐ Dichiarazione di conformità ai sensi della l. 46/90 dell'impianto elettrico completa di progetto ove previsto, ovvero Dichiarazione di rispondenza (impianti eseguiti prima dell'entrata in vigore del D.M. 37/2008) ☐ Attestazione legge 186/68 per impianti elettrici realizzati antecedentemente alla legge 46/90	SI
	Controlli periodici ☒ Documentati controlli periodici manutentivi con periodicità conforme alle norme tecniche vigenti attestata da idonea documentazione ☐ Impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico	SI
	Verifica dell'impianto di messa a terra ☒ 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) ☐ Impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico	SI
	Identificazione degli ambienti destinati a uso medico e loro classificazione con corrispondente planimetria vidimata dal responsabile sanitario	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata - DIRI n. 4525 del 15/7/2025 redatta dalla ditta EUROPA PROGETTI di Per. Ind. Eugenio Pini rappresentativa dell'intero complesso - ultimo controllo impianto elettrico del 17/6/2025 e 11/7/25 - Verbale di verifica periodica imp. Terra del 03/11/2025 Apave Italia esito	

	positivo; - Ultime verifiche impianto elettrico del 11/06/2025	
Impianti di protezione contro le scariche atmosferiche	Conformità dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche. Documentazione esaminata: ☒ dichiarazione di autoprotezione redatta da un tecnico abilitato (nel caso l'impianto non sia previsto) ☐ dichiarazione di conformità dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche completa di progetto ai sensi del D.M. 37/2008 ☐ altra documentazione idonea a attestare la conformità dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche (da indicare nelle note)	SI
	Verifica dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche ☐ 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) ☐ impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata Valutazione rischio fulmini aggiornata al 29/09/2023 (Studio Tecnico BENAGLIO PATRICK)	
Gruppo elettrogeno	Conformità gruppo elettrogeno (certificato di conformità, certificato di collaudo)	NP
	Verifiche periodiche ☐ verifiche periodiche di efficienza e funzionamento attestata da idonea documentazione ☐ impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
Dispositivi elettromed.	Elenco completo dei dispositivi elettromedicali in uso con relative conformità CE	NP
	Verifiche periodiche ☐ verifica periodica dei dispositivi elettromedicali secondo le scadenze previste attestata da idonea documentazione ☐ dispositivi di nuova costruzione, non ancora soggetti a controlli periodici	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata dichiarazione di assenza apparecchi elettromedicali del 9/6/2025	
ES 2.3.2.f	SICUREZZA ANTIINFORTUNISTICA	
	Presenza del DVR o della valutazione dei rischi ☒ presenza del Documento di valutazione dei rischi ☐ per attività avviate da meno di 90 giorni, in attesa di redazione del DVR, risulta effettuata la valutazione dei rischi	SI
	Valutazione dei rischi interferenti ☐ presenza del DUVRI-Documento di valutazione dei rischi da interferenza ☐ dichiarazione di assenza di lavori, forniture o servizi ai sensi dell'art. 26 DLgs 81/08	NP
	Nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione ☒ presenza del documento di nomina del RSPP	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata DVR generale aggiornato al 01/01/2025 con riferimento a DVR sede di Fara Olivana del 10.01.2020: DVR aggiornato a Luglio 2025 rev.3 - nomina RSPP del 1/1/2025 ing. Ferraro	
ES 2.3.2.g	IGIENE E SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO	
Locali interrati e seminterrati	Autorizzazione in deroga ex art.65 D.Lgs. 81/2008, in caso di utilizzo ai fini lavorativi di locali interrati e seminterrati	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
Impianti di sollevamento	Dichiarazione di conformità	SI
	Matricola ascensori/montacarichi rilasciata dal competente ufficio comunale	SI
	Verifiche periodiche attestata da idonea documentazione	SI
	Presenza di ascensori e montatettighe con certificazione di idoneità degli ascensori all'utilizzo come vie di fuga in caso di incendio	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata piattaforma elevatrice n. fabbrica 1775 matricola n. A/001/2011 - manutenzione semestrale del 22/7/2025 (DdLIFT) - verifica periodica CENPI del 7/10/2025	
Impianto idro-termo-sanitario	Conformità impianto idro-termo-sanitario (dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008 o L. 46/90)	SI

	Copia denuncia INAIL – Dipartimento tecnico (ex ISPEL) della centrale termica, se potenza >35 KW	SI
	Verifiche periodiche, per ciascun impianto di pertinenza/al servizio dell'unità d'offerta ☒ presenza del libretto d'uso e manutenzione e relativi controlli periodici ☐ impianto di nuova installazione, non ancora soggetto a controllo periodico	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata (specificare se impianto dell'Udo o impianto centralizzato) - Dichiarazione di conformità ditta CERRO TORRE del 3/11/2014 con irf. progetto ing. Montanari del 6/2014 - ultimo rapporto manutenzione caldaia del 11/7/2025 ditta Bassini Stefano	
Impianto a gas	Conformità impianto a gas (dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/08 o della Legge 46/90)	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
Centrali frigorifere e sterilizzatrici	Denuncia a INAIL di messa in servizio	NP
	Verifica periodica (sulla base dell'all.VII D.Lgs. 81/2008 e delle risultanze del verbale di prima verifica) attestata da idonea documentazione	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
Sterilizzatrici	Denuncia a INAIL di messa in servizio delle sterilizzatrici soggette al DM 329/04	NP
	Verifiche periodiche, per ciascun impianto di pertinenza/al servizio dell'unità d'offerta ☐ verifica periodica (sulla base dell'all. VII D.Lgs. 81/2008 e delle risultanze del verbale di prima verifica) attestata da idonea documentazione ☐ impianto di nuova installazione, non ancora soggetto a controllo periodico	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
Legionellosi	Presenza della procedura di autocontrollo (che includa gli impianti di produzione di acqua calda/condizionamento con UTA/climatizzazione a split e similari)	SI
	Registro, per ogni impianto, con interventi eseguiti e periodicità	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata- linee guida di gestione rischio del 15/4/2025 valido su tutte le strutture. - ultimo rapporto di campionamento con certificati di analisi del 22/11/2024 e 27/1/2025	

ES 2.3.2.h	PROTEZIONE RADIAZIONI IONIZZANTI	
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): ☒ Dichiarazione di assenza di sorgenti radioattive/apparecchiature radiodiagnostiche ☐ Idonea documentazione (comunicazione preventiva di pratica radiologica, registro di sorveglianza fisica, manuale di qualità)	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata dichiarazione del 9/6/2025	
ES 2.3.2.i	ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE	
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): ☒ dichiarazione, rilasciata dal tecnico progettista, del superamento delle barriere architettoniche ai sensi della Legge 13/1989 e D.M. 236/1989 ☐ dichiarazione presente nella documentazione di agibilità	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata dichiarazione del 4/2/2002	
ES 2.3.2.j	SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI (obbligatorio per tutte le strutture socio sanitarie in cui si producono rifiuti sanitari)	
	Contratto con ditta autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari a rischio infettivo in corso di validità e relativa documentazione degli avvenuti smaltimenti	SI
	Verifica della presenza degli idonei contenitori per la raccolta a rischio infettivo	SI
	Verifica della presenza di idoneo spazio di stoccaggio	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata contratto con ditta	

	CAUTO Cooperativa Sociale ONLUS del 5/2/2025 validità annuale	
ES 2.3.2.k	IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA	
AC 10.3	Presenza impianto trattamento aria con aria primaria:	
	Dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008 degli impianti di trattamento dell'aria	NP
	Relazione tecnica con indicazione dei parametri termo – igro – volumetrici	NP
	Documentazione inerente verifiche periodiche manutentive degli impianti secondo un piano di manutenzione definito dal Gestore: ☐ presenza del piano di manutenzione definito dal Gestore e della documentazione relativa alle verifiche periodiche manutentive ☐ presenza del piano di manutenzione definito dal Gestore (impianto di nuova installazione non ancora soggetto alle verifiche periodiche manutentive)	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
ES 2.3.2.l	IMPIANTI DISTRIBUZIONE GAS MEDICALI	
	Presenza di ☐ impianto centralizzato distribuzione dei gas medicali ☐ altre soluzioni tecniche in grado di soddisfare il requisito, anche ricorrendo all'utilizzo di bombole	NP
	Dichiarazione di conformità e marcatura CE dell'impianto gas medicali	NP
	Documentazione inerente verifiche e manutenzioni periodiche dell'impianto	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
ES 2.3.2.m	MATERIALI ESPLODENTI	
	Verificata tramite (barrare una delle opzioni): ☒ Dichiarazione di assenza di materiali esplosivi ☐ Idonea documentazione (permesso prefettura, Certificato Prevenzione Incendi)	SI
	Note dichiarazione del 9/6/2025	
	Per le strutture in esercizio, la verifica dei luoghi e delle destinazioni d'uso è pienamente conforme agli spazi e luoghi approvati in sede di autorizzazione/DIA/SCIA o formale comunicazione di modifica dell'articolazione degli spazi ai sensi dell'allegato 2, punto 2.3.3 della DGR n. 2569/14 così come modificato dalla DGR n. 4702/2015, Sub allegato 9, anche con riferimento alle planimetrie agli atti.	SI
	Note:	

COMUNITA' TOSSICODIPENDENTI

Udo NUOVE/VARIAZIONI

Conformità allo stato dei luoghi delle planimetrie presentate con istanza	SI
Note:	

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI		
STRUTTURE RESIDENZIALI		
DGR n. 41878/1999; DGR n. 12621/2003		
	Articolazione della struttura	Esito
ES/AC DGR n. 41878/99	Capacità ricettiva tra 8 e 30 posti letto	SI
	Le camere rispettano le seguenti superfici: ☐ a 1 posto letto mq 9 ☒ a 2 posti letto mq 14 ☒ a 3 posti letto mq 20 ☐ a 4 posti letto mq 26 * ☐ a più di 4 posti letto fino ad un massimo di 8 con superficie minima per utente non inferiore a 6,66 mq * * solo per strutture autorizzate prima del 20 aprile 1999	SI
	Servizi igienici: ☒ almeno uno ogni 5 utenti, con un minimo di 2 servizi igienici ☒ dotati di wc, lavabo e vasca o doccia ☒ per il personale, in relazione al numero di operatori contemporaneamente presente	SI
	Locale per il soggiorno con superficie minima di 14 mq e almeno 1,2 mq per utente	SI
	Locali per il pranzo: ☒ superficie minima di 14 mq e almeno 1,2 mq per utente ☒ blocco servizi composto da almeno 2 wc e antibagno dotato di lavabo	SI
	Locale per servizio cucina e dispensa adeguato al numero degli ospiti	SI
	Lavanderia e guardaroba: ☒ locale di superficie non inferiore a 10 mq adibito a lavanderia e deposito biancheria pulita (se non appaltato) dotato di aerazione e illuminazione naturale diretta ☒ spazio-locale ben ventilato per la raccolta della biancheria sporca per eventuale servizio per la disinfezione e disinfestazione della biancheria	SI
	Ripostigli in numero e con ubicazione adeguata	SI
	Locali per il personale in relazione al numero di operatori contemporaneamente presente	SI
	Locali per attività riabilitative-pedagogiche-terapeutiche con superficie minima di 16 mq e almeno 1,2 mq per utente	SI
	Spazi per il primo soccorso: ☒ è presente un locale infermeria di almeno 9 mq di superficie, dotato di almeno un posto letto per il ricovero temporaneo/isolamento e di un servizio igienico ad uso esclusivo. ☒ Nelle strutture dotate di camere con più di 2 posti letto, è presente invece uno spazio di ricovero in camere di massimo 2 posti letto e dotate di servizi igienici in numero adeguato.	SI
	Note:	

Eventuale documentazione acquisita nel corso del sopralluogo:
NESSUNA

Osservazioni:
NESSUNA

Dichiarazioni del Legale Rappresentante, del delegato e di altra persona incaricata:
NESSUNA

Esito dell'ispezione – Valutazione sintetica:

- ☒ L'Unità d'Offerta risulta in possesso dei requisiti oggetto di verifica
- ☐ L'Unità d'Offerta non risulta in possesso dei requisiti oggetto di verifica
- ☐ L'esito della presente istruttoria è subordinata ad ulteriori valutazioni

Documentazione richiesta nel corso del sopralluogo:

- ☐ documentazione relativa alla sicurezza degli ambienti di lavoro (MDPAAPSS-DIPS03_PSAI_RICH)
- ☐ altro

La documentazione dovrà pervenire, entro e non oltre/////.... ai seguenti indirizzi:
protocollo@pec.ats-bg.it , all'attenzione di /////

Eventuali ulteriori provvedimenti saranno adottati con atti distinti ai sensi della normativa vigente, con particolare riferimento all'applicazione di quanto disposto dall'articolo 27 quinquies della LR. 33/2009 e s.m.i, ovvero del sistema sanzionatorio previsto dal D.Lgs 758/1994 (in caso di violazione degli obblighi previsti dalle norme contenute nel D.Lgs 81/2008 in materia di salute e sicurezza sul lavoro).

Il sopralluogo dell'équipe del DIPS si conclude alle ore 15.00.

Il presente verbale compilato in ogni sua parte è redatto in ///// copie identiche al termine del sopralluogo.

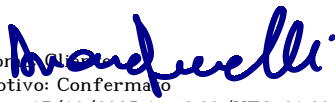
Un originale del presente verbale, costituito da n. 7 pagine, viene consegnato:

- ☒ al Legale Rappresentante
- ☐ all'incaricato/delegato presente che si impegna a trasmetterlo al Legale Rappresentante.

Per la ATS


Nome:
Motivo: Confermato
Data: 17/12/2025 14:45:23 (UTC+01:00:00)

Per l'Ente Gestore


Nome:
Motivo: Confermato
Data: 17/12/2025 14:46:03 (UTC+01:00:00)


Nome:
Motivo: Confermato
Data: 17/12/2025 14:46:34 (UTC+01:00:00)

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Tutte le informazioni relative al trattamento dei dati personali, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 e dalle vigenti disposizioni nazionali, in particolare dal D.Lgs 196/2003 e s.m.i., sono consultabili sul sito dell'ATS di Bergamo al seguente indirizzo: <https://www.ats-bg.it/web/guest/privacy-aziendale>
Il titolare del trattamento è ATS Bergamo che raccoglie i dati personali utili e necessari per la presentazione di tale dichiarazione. La base giuridica del trattamento è l'art. 6 lett) e del Reg. UE 2016/679 e il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto in assenza di tutti o di alcuni dei dati personali richiesti, il documento potrà non essere ritenuto valido dall'Ente. I dati personali saranno trattati da personale autorizzato nonché comunicati a terzi che avranno ricevuto a tal fine nomina a responsabili esterni oppure saranno condivisi con altre Autorità Pubbliche se tale comunicazione è prevista da obblighi normativi. Il periodo di conservazione avviene nel rispetto delle normative di sicurezza garantendo l'applicazione di misure di sicurezza ritenute adeguate ai sensi dell'art. 32 del Reg. UE 2016/679. ATS Bergamo ricorda che sono riconosciuti all'interessato i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Reg. UE 2016/679, nonché la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali. Nell'informativa estesa presente sul sito web saranno reperibili sia i dati di contatto del Titolare del Trattamento che del DPO nominato.