



UOC ACCREDITAMENTO, VIGILANZA E
CONTROLLO STRUTTURE SANITARIE

Prot. n. 0086137 del 32/12/2024

Alla c.a. Dott.ssa Elena Pellegrini
Legale Rappresentante
Centro Medico Fisiokinesiterapico srl
Via Gabriele Rossetti, 50 – 00152 Roma
centromedfisiok@legalmail.it

Oggetto: Rif. DCA U00552 del 13 dicembre 2017 e DCA U00230 del 07 giugno 2018 **Procedimento di rinnovo dell'accreditamento** per il presidio sanitario **“CENTRO MEDICO FISIOKINESITERAPICO s.r.l.”** sito in via Gabriele Rossetti, 50 – 00152 Roma

DENOMINAZIONE DEL SOGGETTO GIURIDICO GESTORE: CENTRO MEDICO FISIOKINESITERAPICO SRL
DENOMINAZIONE DEL PRESIDIO: STRUTTURA AMBULATORIALE CENTRO MEDICO FISIOKINESITERAPICO
INDIRIZZO SEDE LEGALE E OPERATIVA: VIA GABRIELE ROSSETTI N. 50 - 00152 ROMA
PARTITA IVA: 01001161007
PEC: centromedfisiok@legalmail.it
TELEFONO: 06 5806306
LEGALE RAPPRESENTANTE: DOTT.SSA ELENA PELLEGRINI
DIRETTORE TECNICO: DOTT. ANDREA MASSIMIANI OMCEO RM N. 60910
TIPOLOGIA DI STRUTTURA: PRESIDIO AMBULATORIALE (POLIAMBULATORIO) CON BRANCA ACCREDITATA: MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE



UOC ACCREDITAMENTO, VIGILANZA E CONTROLLO STRUTTURE SANITARIE

In ottemperanza ai DCA 230/2017 e 552/2017, il personale della UOC AVCSS, ha proceduto ad effettuare la **VERIFICA in ordine al possesso dei requisiti di accreditamento in ottemperanza a quanto previsto dal DCA n. U00469 del 07 novembre 2017** ed in particolare ai sensi dall'Allegato "B" "Manuale per l'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie" sezione:

- **"ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN REGIME AMBULATORIALE"**: Criteri/Fattori di Qualità compresi dal n.1 al n.8 incluso.

CONFIGURAZIONE DELLA STRUTTURA:

- **Decreto del Commissario ad Acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010) n. U00243 del 09 novembre 2012** "Provvedimento di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale definitivo in favore del presidio sanitario denominato "Centro Medico Fisiokinesiterapico S.r.l.", gestito dalla Centro Medico Fisiokinesiterapico S.r.l. (P. IVA 01001161007), con sede in Via Gabriele Rossetti n.50-00152 Roma".
- **Decreto del Commissario ad Acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010) n. U00349 del 27 luglio 2017** "Centro Medico Fisiokinesiterapico S.r.l." (P. IVA 01001161007). Presidio sanitario sito in via Gabriele Rossetti n.50 a Roma. Variazione del Direttore Sanitario".
- Istanza di variazione del Direttore Sanitario recante la data del 21/04/2023. Cambio di direzione dal dott. Tommaso Sciarra al dott. Andrea Massimiani dalla data 01/05/2023.
- Istanza di variazione del legale rappresentante recante la data del 13/09/2024. Variazione dal dott. Dario Pellegrini alla dott.ssa Elena Pellegrini subentrata in data 09/07/2024.
- **Determinazione n. G08639 del 4 luglio 2022** "Autorizzazione all'esercizio del Presidio Poliambulatoriale gestito dalla società "CENTRO MEDICO FISIOKINESITERAPICO SRL" (P. IVA 01001161007), sito in Viale gabriele Rossetti, 50 – 00152 Roma. Variazione dell'assetto assistenziale. ASL ROMA 3.

Ciò premesso la configurazione della struttura risulta la seguente:

- **POLIAMBULATORIO CON BRANCA ACCREDITATA: MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**

VERIFICA in ordine al possesso dei requisiti di accreditamento in ottemperanza a quanto previsto dal DCA n U00469 del 07.11.2017

È stata verificata la conformità della struttura rispetto ai requisiti ulteriori di accreditamento previsti dall'Allegato "B" "Manuale per l'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie" del DCA n. U00469/2017 e, più precisamente, quelli esplicitati nel Capitolo **"Accreditamento istituzionale delle strutture AMBULATORIALI"**: Criteri/Fattori di Qualità compresi dal n.1 al n.8 incluso;

È necessario specificare che il totale delle evidenze per i singoli requisiti, risulta rideterminato, rispetto ai valori riportati nelle tabelle di riferimento dal "Manuale di Accreditamento" del DCA 469/2017 come indicato



UOC ACCREDITAMENTO, VIGILANZA E CONTROLLO STRUTTURE SANITARIE

nella tabella di seguito riportata, per effetto della **“non applicabilità”** o della **“non valutabilità”** di alcuni criteri della Struttura oggetto della presente valutazione.

Il **Legale Rappresentante** della struttura è la **Dott.ssa Elena Pellegrini**, nata a Roma in data 08/07/1981.

È stata acquisita la Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio attestante il possesso dei requisiti generali di cui al DCA 469/2017 rilasciata dal Rappresentante Legale della società in data 30/09/2024.

I documenti digitali contenenti le evidenze richieste dal DCA 469/2017 e s.m.i sono stati consegnati in data 30/09/2024 su supporto digitale, unitamente alle dichiarazioni di conformità degli originali presenti in sede a firma del Legale Rappresentante rilasciata in pari data. La documentazione è stata acquisita al protocollo n. 0065841 del 30/09/2024.

Le attività di verifica si sono svolte:

- o presso la sede della struttura sanitaria sita in via Gabriele Rossetti, 50 – 00152 Roma nei giorni 21 e 22 Ottobre 2024.

Le integrazioni documentali sono pervenute in data 29/10/2024 in formato digitale, unitamente alle dichiarazioni di conformità degli originali presenti in sede a firma del Legale Rappresentante rilasciata in pari data state acquisite al protocollo della ASL Roma 3 con il n. 0073661 del 29/10/2024

Il **Direttore Sanitario** è il Dott. Andrea Massimiani, nato a Roma il 16/12/1985, iscritto Albo Provinciale dei Medici Chirurghi di Roma al n. 60910 dal 03/04/2014, laureato in Medicina e Chirurgia in data 15/07/2013 presso l'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, in possesso della specializzazione in, Medicina Fisica e Riabilitativa conseguita presso l'Università “La Sapienza” di Roma in data 03/11/2020 (dichiarazione del 26/09/2024, specializzazione non riportata su portale FNOMCEO).

SEZIONE RELATIVA ALLA VERIFICA DEI REQUISITI AMBULATORIALI

È stata verificata la conformità della struttura rispetto ai requisiti ulteriori di accreditamento previsti dall'Allegato “B” “Manuale per l'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie” del DCA n. U00469/2017 e, più precisamente, quelli esplicitati nel Capitolo:

- **“ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN REGIME AMBULATORIALE”**: Criteri/Fattori di Qualità compresi dal n.1 al n.8 incluso;

Il totale delle evidenze per i singoli requisiti, elencati nel decreto per ognuno degli 8 Criteri/Fattori di Qualità, è stato calcolato e rideterminato come indicato nella tabella riepilogativa finale e si discosta dai valori riportati dal Manuale. Viene prima operato il controllo dei requisiti non applicabili alla tipologia della struttura (**B**) e, successivamente, avendo come riferimento i valori ottenuti, si procede con la verifica dei criteri non valutabili (**C**) e non soddisfatti (**D**). La performance della struttura viene misurata confrontando il numero totale delle evidenze riscontrate, rispetto ai requisiti ritenuti valutabili. Si illustrano di seguito i risultati delle verifiche effettuate:



UOC ACCREDITAMENTO, VIGILANZA E
CONTROLLO STRUTTURE SANITARIE

REQUISITI RITENUTI NON APPLICABILI alla tipologia della struttura (NAP) - B

- Sono stati ritenuti NON APPLICABILI i Criteri/Fattori di Qualità:
 - Requisito 1.2;
 - Requisito 2.2.1: Fase I (lett. a, 4° sottopunto, sezione Chirurgia Ambulatoriale); Fase 3 (lett. a, 2° e 3° sottopunto; lett. b, 2° sottopunto; lett. c);
 - Requisito 2.2.2;
 - Requisito 2.3: Fase I (lett. a, 2° sottopunto);
 - Requisito 5.4: Fase 2 (lett. b);
 - Requisito 6.2: Fase I (lett. b, e d); Fase 2 (lett. a, sottopunti 6°, 10°, 11°, 12°, 13°, 14°; lett. b; lett. c, 3° sottopunto; lett. e); Fase 3 (lett. d);
 - Requisito 6.3: Fase I (lett. a sezione Gestione del rischio sottopunto 1° 2° 3° 4° 5° e Gestione del rischio dipendenze e Addiction).

REQUISITI RITENUTI NON VALUTABILI - C

- Rientrano in questa tipologia i requisiti per i quali non sono presenti, al momento della verifica, elementi che ne permettano la valutazione (ad es. inserimento di nuovo personale, reclami, etc.)
 - Requisito 1.1: Fase 2 (lett. c);
 - Requisito 1.6: Fase 2 (lett. a); Fase 3; Fase 4 (lett. b);
 - Requisito 2.2.3 Fase 2 (lett. e);
 - Requisito 4.1: Fase 2 (lett. a);
 - Requisito 5.5: Fase 3 (lett. a);
 - Requisito 6.3: Fase 2 (lett. c); Fase 3 (lett. a, lett. c); Fase 4 (lett. a);
 - Requisito 7.2: Fase 2; Fase 3; Fase 4;
 - Requisito 7.3: Fase 2 (lett. b); Fase 3; Fase 4.

REQUISITI RITENUTI NON SODDISFATTI - D

- Requisito 5.3: Fase 2 (lett. a);
- Requisito 5.4: Fase 3 (lett. b);
- Requisito 6.1: Fase 2 (lett. c); Fase 3 (lett. a);
- Requisito 6.3: Fase 2 (lett. a).



UOC ACCREDITAMENTO, VIGILANZA E
CONTROLLO STRUTTURE SANITARIE

La Vs struttura dovrà implementare i requisiti ritenuti al momento **non soddisfatti, non valutabili/non applicabili**, ivi compresi i sopracitati requisiti ulteriori di accreditamento, inerenti l'operatività della sala operatoria. L'esito delle verifiche effettuate è stato trasmesso ai competenti uffici regionali con parere di *conformità*.

Dott.ssa Anna Maria Donia
Dirigente Medico UOC AVCSS

UOC AVCSS
Il Direttore
Dott. Marcello De Masi



Area Sviluppo, Controllo e Monitoraggio
del Sistema Sanitario
**U.O.C. Accreditamento e Vigilanza
sulle Strutture Sanitarie Esterne**
via Casal Bernocchi, 73 – 00125 ROMA
tel. 06-56487227 fax 06-56487217



Prot. n. 23033 del 08/03/2013

RACCOMANDATA A/R

Legale Rappresentante
CENTRO MEDICO
FISIOKINESITERAPICO s.r.l.
Via Gabriele Rossetti, 50
00152 ROMA

e p.c. Direttore U.O.C.
Programmazione; Sistemi Informativi
ed Epidemiologia
S E D E

OGGETTO: Decreto del Commissario ad Acta n. U00243 del 09 novembre 2012.

Con nota prot. 39341 del 1 marzo 2013 la Regione Lazio Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale – Area “Ufficio Speciale Temporaneo per l’attuazione della L. R. n. 12/2011” ha trasmesso il decreto in oggetto citato, con il quale è stato adottato il provvedimento di conferma dell’autorizzazione all’esercizio e riconoscimento dell’accreditamento istituzionale definitivo in favore del CENTRO MEDICO FISIOKINESITERAPICO S.r.l. (P. IVA 01001161007), con sede in via Gabriele Rossetti n. 50 – 00152 ROMA, per il presidio sanitario denominato “Struttura Ambulatoriale CENTRO MEDICO FISIOKINESITERAPICO”, (P. IVA 01502121005), con sede in via Gabriele Rossetti n. 50 – 00152 ROMA

Il decreto in oggetto ha disposto di:

- confermare l’autorizzazione all’esercizio al CENTRO MEDICO FISIOKINESITERAPICO S.r.l. , con sede in via Gabriele Rossetti n. 50 – 00152 ROMA, per il presidio sanitario denominato “Struttura Ambulatoriale CENTRO MEDICO FISIOKINESITERAPICO”, con sede in via Gabriele Rossetti, 50 – 00152 ROMA, per le attività di “Medicina Fisica e Riabilitazione;
- rilasciare l’**accreditamento istituzionale definitivo** al CENTRO MEDICO FISIOKINESITERAPICO S.r.l. , con sede in via Gabriele Rossetti n. 50 – 00152 ROMA, per il presidio denominato “Struttura Ambulatoriale CENTRO MEDICO FISIOKINESITERAPICO”, con sede in via Gabriele Rossetti, 50 – 00152 ROMA, per l’attività di:
 - Medicina Fisica e Riabilitazione

In allegato alla presente si trasmette, a valere quale notifica, il Decreto del Commissario ad Acta n. U00243 del 09 novembre 2012, per l’adozione dei successivi atti di competenza.
Distinti saluti.

Il Direttore f.f. U.O.C. A.V.S.S.E.
Dr. Giovanni Sacripanti