

DOCUMENTO SCANSIONATO



Regione Lombardia

Regione Lombardia - Giunta
DIREZIONE GENERALE WELFARE
PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE

Piazza Città di Lombardia n.1
20124 Milano

www.regione.lombardia.it
welfare@pec.regione.lombardia.it

Tel 02 6765.6588

ca. 2016. 0012929 del 14/04/16

Alle Unità operative di Vigilanza
Sociosanitaria delle ASL Lombarde

INVIO PER COMPETENZA: SS		
Invio copia per conoscenza/assistenza:		
<input checked="" type="checkbox"/>	D.G.	Serv. Affari Generali e Legali
<input checked="" type="checkbox"/>	D.A.	Serv. Gestione Personale
<input checked="" type="checkbox"/>	D.S.	Serv. Amministrativo Finanziario
	D.SS.	Serv. Prov. Area Economale
	Collegio Sindacale	Serv. Prov. Area Tecnica
	Dip. Delle Famiglia	Serv. Sistema Informativo
	Dip. PAC	UFF. comunicazione URP
	Dip. Prevenzione Medica	Uff. Organizz. e risorse umane
	Dip. Prevenzione Veterinario	Uff. Promozione qualità
	Dip. Cure Primarie	Uff. Sicurezza prev. e protezione
	Dip. ASSI	Uff. Budget e controllo di gest.
	Dip. Delle Dipendenze	Risk Management
	Direzione Distretto	

Oggetto: trasmissione del verbale di vigilanza per i Consultori familiari

Regione Lombardia della Salute della Brianza sede LECCO	
14 APR 2016	
N°	12493
Cat.	Classe
Destinazione	

Ad integrazione delle precedenti note, si trasmette in allegato il verbale in oggetto, rinviando alla circolare n. G1.2015.0022090 del 23/12/2015 per le indicazioni applicative.

Si ritiene comunque utile specificare alcune ulteriori indicazioni sulle modalità di verifica del requisito relativo all'approccio multiprofessionale e integrato delle attività consultoriali, previsto dalla DGR n. 3264/2001.

L'approccio multiprofessionale ed integrato deve essere attestato sulla base di una valutazione complessiva della documentazione relativa alle varie attività svolte (fascicoli, registro delle presenze degli operatori, verbali delle riunioni d'equipe, procedure e altra documentazione) con particolare attenzione all'ambito della presa in carico degli utenti. Solo dall'esame della documentazione può emergere, infatti, la concreta attuazione del requisito da parte dell'equipe.

La programmazione della simultanea presenza in servizio di diverse professionalità nell'orario di apertura del consultorio e nelle riunioni d'equipe costituisce un indicatore per tale requisito, la cui verifica non può, però, avvenire sulla base di criteri predefiniti.

La percentuale di orario in cui è garantita la presenza in servizio simultanea di diverse professionalità, infatti, deve essere definita in funzione delle attività, della casistica e delle procedure adottate dal consultorio.

Analogamente, le riunioni d'equipe, che non costituiscono di per sé l'obiettivo dell'integrazione ma ne rappresentano uno strumento, devono essere effettuate dalle figure professionali competenti in base alle tematiche esaminate, senza comprendere necessariamente tutte le professionalità previste dallo standard. Possono, quindi, essere programmate con idonea cadenza riunioni con tutte le figure professionali e riunioni mirate per problematiche e casistiche più specifiche.

Confidando nella Vostra consueta collaborazione, si porgono cordiali saluti.

IL DIRIGENTE

LAURA EMILIA SANTINA LANFREDINI

Allegato: verbale CF v0

VERBALE DI SOPRALLUOGO N° ____

In data _____ alle ore _____

presso l'unità d'offerta: (tipologia e denominazione)

Sede principale Sede secondaria

indirizzo: _____

codice struttura _____

soggetto gestore: _____

legale rappresentante: _____

l'equipe di vigilanza composta da:

Nome e Cognome, UO di appartenenza, qualifica dell'operatore, (responsabile dell'istruttoria);

Nome e Cognome, UO di appartenenza, qualifica dell'operatore

alla presenza di:

Nome e Cognome e qualifica di chi presenzia al sopralluogo

identificato/a tramite _____ rilasciato da _____ in data _____

/ persona nota all'equipe

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. ASL/ATS n. _____ del _____
- istanza di accreditamento: prot. ASL/ATS n. _____ del _____
- SCIA con contestuale istanza di accreditamento: prot. ASL/ATS n. _____ del _____
- verifica a seguito di Decreto n. _____ del _____ per _____
- verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio/accreditamento
- verifica a seguito di segnalazione prot. _____
- altro _____

REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO CF

REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI GENERALI E SPECIFICI		
DGR n.2569/2014 – All.1; Legge 405/75; DGR n. 2594/00; DGR 3264/01; DGR n. 16009/04		
Rif.norm	Area tematica	Esito
	Politica, obiettivi e attività	
ES 2.2.1.a	Definizione della missione dell'Organizzazione e delle politiche complessive	SI/NO
	Definizione degli obiettivi in relazione alla singola UdO, specificando servizi erogati e popolazione potenzialmente interessata	SI/NO
	Definizione dell'organizzazione interna della UdO (modalità di erogazione del servizio, prestazioni erogate, attività eseguite)	SI/NO
ES 2.2.1.b	Definizione annuale del piano di lavoro, comprendente tipologia e volume di attività previste e conseguente piano organizzativo	SI/NO
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/NO
AC 3.2.1	Adozione del programma annuale entro il primo trimestre dell'anno solare (entro 90 gg per i nuovi accreditamenti)	SI/NO/NP
AC 3.2.4.i	Definizione di strumenti, indicatori, modalità e tempi per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi del programma annuale	SI/NO/NP
	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/NO/NP
	Diffusione dei risultati della relazione annuale agli interessati	SI/NO/NP
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: <ul style="list-style-type: none"> □ 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/NO/NP
AC 3.2.4.h	Polizza assicurativa per responsabilità civile del soggetto gestore (quietanza di pagamento per l'annualità in corso), con: <ul style="list-style-type: none"> □ 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/NO
	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/NO
	In caso di trasferimento sono messe a disposizione tutte le informazioni inerenti il percorso effettuato dall'utente nell'unità d'offerta	SI/NO
AC 3.2.2.	Sono previste modalità di gestione di eventuali trasferimenti interni/presso altre unità d'offerta sociosanitarie o sanitarie	SI/NO SI/NO
ES DGR n. 2594/00	È garantita la facoltà di dichiarare l'obiezione di coscienza	SI/NO
ES DGR n. 2594/00	Solo per i consultori pubblici: sono garantite le prestazioni previste per l'interruzione di gravidanza	SI/NO/NP
	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/NO
ES 2.2.3.a	Descrizione quantitativa e qualitativa delle risorse umane ritenute necessarie alla gestione della UdO	SI/NO
ES 2.2.1.a	Descrizione organizzazione interna UdO (Organigramma, livelli di responsabilità)	SI/NO
ES DGR n. 2594/00	È garantita in organico la presenza, e tale da garantire una reale interdisciplinarietà, delle seguenti figure professionali: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ginecologo <input type="checkbox"/> psicologo <input type="checkbox"/> assistente sociale <input type="checkbox"/> assistente sanitaria/infermiere <input type="checkbox"/> ostetrica <input type="checkbox"/> il mediatore familiare nei casi in cui sia erogata la prestazione 	SI/NO
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/NO
AC DGR n. 16009/04	L'attività delle sedi distaccate esclude l'erogazione delle sole prestazioni mediche e/o ostetriche	SI/NO/NP
AC DGR n. 3264/01	È garantito l'approccio multidisciplinare integrato delle attività sociosanitarie consultoriali anche attraverso la programmazione per fasce orarie delle figure professionali e l'analisi della documentazione (fascicoli, registro delle presenze degli operatori, verbali delle riunioni d'equipe, procedure e altra documentazione)	SI/NO
AC 3.2.3.d	Adozione di un sistema di rilevazione delle presenze degli operatori per ogni specifica unità d'offerta	SI/NO
	Personale identificabile mediante cartellino di riconoscimento	SI/NO
ES 2.2.3.d	Adozione procedura operativa per l'inserimento del personale di nuova acquisizione	SI/NO
AC 3.2.3.a	Presenza di criteri di selezione del personale che includano anche la conoscenza della lingua italiana	SI/NO
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	SI/NO/NP
	Personale volontario non rendicontabile a standard: formalizzazione dei rapporti tra struttura e Associazione/singolo volontario	SI/NO/NP
AC 3.2.3.a	Modalità di integrazione fra le figure professionali e volontari e tirocinanti eventualmente presenti	SI/NO/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): indicare cognome e nome	SI/NO
ES 2.2.5.b	Identificazione della struttura/responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità	SI/NO
ES 2.2.6	Identificazione nell'organigramma del responsabile del sistema informativo	SI/NO
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/NO
ES 2.2.3.c	Adozione di un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale con indicazione del referente	SI/NO
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/NO

	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/NO
	Note:	
	Gestione delle risorse tecnologiche	
ES 2.2.4	È adottata una procedura di programmazione degli acquisti di apparecchiature biomediche e dispositivi medici	SI/NO
	Inventario annuale delle apparecchiature biomediche	SI/NO
	Adozione di un piano di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche	SI/NO
	Procedure per garantire l'uso sicuro e appropriato delle apparecchiature biomediche	SI/NO
	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/NO
AC 3.2.4.b	Rilevazione del grado di soddisfazione almeno annuale rivolta a: <input type="checkbox"/> Utenti <input type="checkbox"/> Familiari e/o caregiver <input type="checkbox"/> Lavoratori anche riguardo al benessere lavorativo	SI/NO
	Garantita l'analisi dei dati rilevati e la presa in considerazione delle criticità emerse	SI/NO
	Garantita la diffusione dei risultati della rilevazione e delle azioni di miglioramento	SI/NO
AC 3.2.4.c	Per la prevenzione e gestione dei disservizi sono garantite: <input type="checkbox"/> la raccolta e la tracciabilità dei disservizi rilevati <input type="checkbox"/> la predisposizione di azioni di miglioramento <input type="checkbox"/> la diffusione delle azioni di miglioramento, se di interesse collettivo	SI/NO
	Note:	
	Documentazione Sociosanitaria (FASAS)	
	FASAS verificato/i:	
ES 2.2.5.d	Sono presenti le sezioni relative a: <input type="checkbox"/> anamnesi riferite alle diverse aree <input type="checkbox"/> analisi e valutazione della situazione del singolo utente e, dove necessario e opportuno, del suo contesto familiare <input type="checkbox"/> percorso dell'utente nell'UdO (P.I., Pianificazione, Diari) <input type="checkbox"/> modulistica relativa alla tutela della privacy, al consenso informato per i singoli atti sanitari proposti, alla tutela della persona se attivata	SI/NO
	Note:	
	Procedure e protocolli	
ES 2.2.5.e	Presenza piano di diffusione e di attuazione delle procedure e protocolli in uso	SI/NO
	Aggiornamento con periodicità almeno triennale	SI/NO
	Presenza di procedure e protocolli relativi a: <input type="checkbox"/> Processi assistenziali rilevanti per la specifica UdO <input type="checkbox"/> Criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste attesa, accoglimento e registrazione), presa in carico e dimissione <input type="checkbox"/> Modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali organici <input type="checkbox"/> Modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di strumenti ed accessori <input type="checkbox"/> Modalità di pulizia e sanificazione degli ambienti <input type="checkbox"/> Modalità di compilazione, conservazione, archiviazione del FASAS e di ogni altra documentazione comprovante l'attività sociosanitaria erogata	SI/NO
	Presenza di procedure e protocolli relativi a: <input type="checkbox"/> Identificazione, segnalazione e gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella	SI/NO
	Il personale risulta a conoscenza delle procedure e protocolli in uso	SI/NO

	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/NO
	Il soggetto gestore assicura la definizione e l'utilizzo di strumenti per la comunicazione interna (bacheche, intranet, riunioni periodiche...)	SI/NO
AC DGR n. 3264/01	Per la sede principale (e per le eventuali sedi secondarie, se oggetto del controllo) presenza di apposita segnaletica riportante: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Orario di accesso alle prestazioni <input type="checkbox"/> Elenco delle specialità disponibili <input type="checkbox"/> Modalità di prenotazione <input type="checkbox"/> Tempi di consegna dei referti 	SI/NO/NP
ES 2.2.1.c	Presenza di materiale informativo (carta dei servizi) contenente: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini <input type="checkbox"/> i criteri per l'accesso alle prestazioni e le modalità di erogazione delle stesse 	SI/NO
AC 3.2.4.a	La carta dei servizi è: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> datata e aggiornata <input type="checkbox"/> esposta e a disposizione del pubblico/pubblicata su sito web (se esistente) 	SI/NO
AC 3.2.4.a	La carta dei servizi contiene: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> descrizione dell'unità d'offerta <input type="checkbox"/> condizioni che danno diritto all'accesso <input type="checkbox"/> criteri di formazione e modalità di gestione della lista di attesa <input type="checkbox"/> criteri di accoglienza (anche con indicazione dell'Unità Operativa o persona incaricata per le visite guidate nella unità d'offerta) <input type="checkbox"/> criteri di presa in carico e dimissioni dell'utente <input type="checkbox"/> definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni e delle attività previste <input type="checkbox"/> orario di funzionamento dell'unità d'offerta (orari/periodo di apertura nell'anno) <input type="checkbox"/> raggiungibilità dell'unità d'offerta con i mezzi di trasporto <input type="checkbox"/> informazioni su strumenti e modalità atti a tutelare i diritti delle persone assistite <input type="checkbox"/> 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), nonché per la rilevazione dei disservizi <input type="checkbox"/> definizione dei tempi di gestione segnalazioni e reclami <input type="checkbox"/> definizione delle indicazioni in caso di dimissioni/trasferimento ad altra struttura e per assicurare la continuità delle cure <input type="checkbox"/> tempistiche e modalità (inclusi i costi) per l'accesso alla documentazione sociosanitaria o per ottenerne il rilascio <input type="checkbox"/> scheda di rilevazione del grado di soddisfazione (utenza/familiari) allegata alla carta dei servizi <input type="checkbox"/> scheda di rilevazione di apprezzamenti/reclami allegata alla carta dei servizi 	SI/NO
	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/NO
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/NO
	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

Note:

Tabella 2 - Corrispondenza tra Operatori presenti in servizio e programmazione

Elenco operatori presenti

Cognome e Nome	Qualifica	Corrispondenza con programmazione
AC 3.2.3.d DGR n. 2569/14	Il personale in servizio corrisponde agli orari programmati/alle presenze registrate	SI/NO

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO
Sede principale e distaccate
DGR n. 2569/2014 – All.1

Rif.norm	Area tematica	Esito
ES 2.3.1.	Titolo di godimento dell'immobile	SI/NO
UdO realizzata con finanziamenti statali/regionali: (in caso di finanziamenti statali/regionali indicare la tipologia)		
Titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività:		
<input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Locazione <input type="checkbox"/> Comodato d'uso <input type="checkbox"/> Appalto <input 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 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):		
Dati identificativi del proprietario (se l'immobile sede dell'attività è di proprietà di soggetto diverso dal gestore): (indicare persona fisica/ragione sociale)		
Note:		
Esito delle verifiche relative al possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente		
ES 2.3.2.a	AGIBILITÀ	SI/NO
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 type="checkbox"/> Dichiarazione di fine lavori protocollata dal Comune (solo per edifici esistenti, ove l'intervento di modifica strutturale non richieda nuova agibilità)		
Note:		
ES 2.3.2.b	PROTEZIONE ANTISISMICA	SI/NO
Verifiche di idoneità statica.		
Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni):		
<input type="checkbox"/> Collaudo statico ai sensi della Legge 1086/1971 (nuovi edifici) <input type="checkbox"/> Collaudo statico per le parti di nuova costruzione (edifici esistenti – ampliamenti) <input type="checkbox"/> Certificato di idoneità statica dell'intero edificio (edifici esistenti e modifiche senza interventi strutturali) <input type="checkbox"/> Certificato di verifica statica di conformità alla normativa antisismica		
Per opere ed edifici strategici o rilevanti scheda analisi e verifiche vulnerabilità sismica		
SI/NO/NP		
Note:		
ES 2.3.2.c	PROTEZIONE ANTINCENDIO	SI/NO

	<p>Documentazione prevenzione incendi (barrare una delle opzioni):</p> <ul style="list-style-type: none"> <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) <input type="checkbox"/> CPI (solo per cat. C all. 1 D.P.R. 151/2011) <input 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) <input type="checkbox"/> Dichiarazione di esclusione dall'elenco dell'Allegato 1 del D.P.R. 151/2011 	SI/NO
	Documento di valutazione del rischio incendio ai sensi del D.Lgs. 81/2008 ed ottemperanza al DM 10/3/1998	SI/NO
	Piano delle emergenze per rischio incendio (redatto entro 90 gg e aggiornato in caso di modificazioni del tipo di attività o dell'organizzazione)	SI/NO
	Atto di designazione dei coordinatori e degli addetti delle squadre antincendio con attestati dei relativi corsi obbligatori	SI/NO
	Documentazione attestante l'esecuzione di prove di evacuazione annuali	SI/NO
	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	SI/NO
	Note:	
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)	
	Note:	
ES 2.3.2.e	SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA	SI/NO
Impianti elettrici	<p>Conformità degli impianti elettrici (barrare una delle opzioni):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico completa di progetto ai sensi del D.M. 37/2008 <input type="checkbox"/> Dichiarazione di rispondenza (impianti eseguiti prima dell'entrata in vigore del D.M. 37/2008) 	SI/NO
	Effettuazione dei controlli periodici degli impianti elettrici (con periodicità conforme alle norme tecniche vigenti) attestata da idonea documentazione	SI/NO
	Identificazione degli ambienti destinati a uso medico e loro classificazione con corrispondente planimetria vidimata dal responsabile sanitario	SI/NO
Impianti di protezione contro le scariche atmosferiche	<p>Verificata tramite (barrare una delle opzioni):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Copia denuncia impianto inviata al SUAP (in alternativa ad ASL/ATS e INAIL oppure, solo all'INAIL per impianti antecedenti al gennaio 2002) <input type="checkbox"/> Omologazione INAIL - ex ISPESL (solo per impianti antecedenti gennaio 2002) <input type="checkbox"/> Dichiarazione di autoprotezione redatta da un tecnico abilitato (nel caso l'impianto non sia previsto) 	SI/NO
	Verifica dell'impianto elettrico di messa a terra secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione	SI/NO
Gruppo elettrogeno	Conformità (certificato di conformità, certificato di collaudo)	SI/NO/NP
	Verifiche periodiche di efficienza e funzionamento attestata da idonea documentazione	SI/NO/NP

Dispositivi elettromed.	Elenco completo dei dispositivi elettromedicali in uso con relative conformità CE	SI/NO/NP
	Verifica periodica dei dispositivi elettromedicali secondo le scadenze previste attestata da idonea documentazione	SI/NO/NP
	Note:	
ES 2.3.2.f	SICUREZZA ANTIINFORTUNISTICA	SI/NO/NP
	Presenza del DVR - Documento di valutazione dei rischi, prodotto entro 90 gg dall'avvio dell'attività	SI/NO/NP
	Presenza del DUVRI - Documento di valutazione dei rischi da interferenza	SI/NO/NP
	Note:	
ES 2.3.2.g	IGIENE E SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO	SI/NO
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	SI/NO/NP
Impianti di sollevamento	Dichiarazione di conformità	SI/NO/NP
	Matricola ascensori/montacarichi rilasciata dal competente ufficio comunale	SI/NO/NP
	Verifiche periodiche attestata da idonea documentazione	SI/NO/NP
	Presenza di ascensori e montalettighe con certificazione di idoneità degli ascensori all'utilizzo come vie di fuga in caso di incendio	SI/NO/NP
Impianto idro-termo-sanitario	Dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008	SI/NO/NP
	Copia denuncia INAIL - Dipartimento tecnico (ex ISPESL) della centrale termica, se potenza >35 KW	SI/NO/NP
	Tenuta del libretto e relativi controlli periodici	SI/NO/NP
Impianto a gas	Dichiarazione di conformità (ai sensi del DM 37/08 o della Legge 46/90)	SI/NO/NP
Centrali frigorifere e sterilizzatrici	Denuncia a INAIL di messa in servizio	SI/NO/NP
	Verifica periodica (sulla base dell'all.VII D.Lgs. 81/2008 e delle risultanze del verbale di prima verifica) attestata da idonea documentazione	SI/NO/NP
Legionellosi	Presenza della procedura di autocontrollo (che includa gli impianti di produzione di acqua calda/condizionamento con UTA/climatizzazione a split e similari)	SI/NO
	Registro, per ogni impianto, con interventi eseguiti e periodicità	SI/NO
	Note:	
ES 2.3.2.h	PROTEZIONE RADIAZIONI IONIZZANTI	SI/NO
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): <ul style="list-style-type: none"> <input 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) 	
	Note:	
ES 2.3.2.i	ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE	SI/NO
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): <ul style="list-style-type: none"> <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 	
	Note:	
ES 2.3.2.j	SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI	SI/NO
	Contratto con ditta autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari a rischio infettivo in corso di validità e relativa documentazione degli avvenuti smaltimenti	SI/NO

	Verifica della presenza degli idonei contenitori per la raccolta a rischio infettivo	SI/NO
	Verifica della presenza di idoneo spazio di stoccaggio	SI/NO
	Note:	
ES 2.3.2.k	IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA	SI/NO/NP
	Dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008 degli impianti di trattamento dell'aria	SI/NO/NP
	Relazione tecnica con indicazione dei parametri termo - igro - volumetrici	SI/NO/NP
	Documentazione inerente verifiche periodiche manutentive degli impianti secondo un piano di manutenzione definito dal Gestore	SI/NO/NP
	Note:	
ES 2.3.2.l	IMPIANTI DISTRIBUZIONE GAS MEDICALI	SI/NO/NP
	Presenza impianto distribuzione ossigeno (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> centralizzato <input type="checkbox"/> non centralizzato	SI/NO/NP
	Dichiarazione di conformità e marcatura CE dell'impianto gas medicali	SI/NO/NP
	Documentazione inerente verifiche e manutenzioni periodiche dell'impianto	SI/NO/NP
	Note:	
ES 2.3.2.m	MATERIALI ESPLODENTI	SI/NO
	Verificata tramite (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> Dichiarazione di assenza di materiali esplosivi <input type="checkbox"/> Idonea documentazione (permesso prefettura, Certificato Prevenzione Incendi)	SI/NO
	Note:	

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/NO
Note:	

NUOVE UdO/VARIAZIONI

Conformità allo stato dei luoghi delle planimetrie presentate con istanza	SI/NO
Note:	

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI		
Sede principale		
DPR 14 gennaio 1997		
Rif.norm	Area tematica	Esito
	Articolazione della struttura - sede principale	
DPR 14/01/1997	Locale per accoglienza utenti, segreteria/informazioni	SI/NO
	Locale per consulenza psicologica diagnostica e terapeutica	SI/NO
	Locale per visite ostetrico-ginecologiche che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi	SI/NO
	Locale per riunioni	SI/NO
	Spazio archivio	SI/NO
	Servizi igienici: <input type="checkbox"/> per il personale <input type="checkbox"/> per gli utenti	SI/NO
	Spazio/locale per il deposito del materiale pulito	SI/NO
	Spazio/locale per il deposito del materiale sporco	SI/NO
	Spazio/armadi per il deposito del materiale d'uso, delle attrezzature, delle strumentazioni	SI/NO
		Attrezzature e presidi
DPR 14/01/1997	Il locale ambulatorio dispone delle attrezzature e presidi medico-chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta	SI/NO
	Sono presenti strumenti per la gestione dell'emergenza	SI/NO
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI		
Sede distaccata		
	Presenza di locali adeguati alla tipologia di prestazioni erogate ed in numero commisurato all'utenza seguita che garantiscano la privacy	SI/NO
	Note:	

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 il _____, al seguente indirizzo:

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

Il sopralluogo si conclude alle ore _____.

Il presente verbale compilato in ogni sua parte (sbarrare o eliminare le eventuali parti non utilizzate) è redatto in due copie identiche al termine del sopralluogo.

Un originale del presente verbale, costituito da n. ___ pagine, viene consegnato al Legale Rappresentante/all'incaricato/delegato presente che si impegna a trasmetterlo al Legale Rappresentante.

Per la ATS

Per l'Ente Gestore

(Trattamento dei dati 196/03 secondo le specifiche indicazioni aziendali)

Porfido Ivana

Da: welfare@pec.regione.lombardia.it
Inviato: giovedì 14 aprile 2016 14:45
A: protocollo@pec.ats-brianza.it
Oggetto: TRASMISSIONE DEL VERBALE DI VIGILANZA PER I CONSULTORI FAMILIARI
Allegati: Segnatura.xml; RL_RLAOOG1_2016_3069.pdf.p7m; VERBALE CF v0.doc

REGIONE LOMBARDIA - GIUNTA

WELFARE

Nostri riferimenti interni:

Protocollo numero G1.2016.0012929 del 14/04/2016 12:34 Firmato digitalmente da LAURA EMILIA SANTINA LANFREDINI

Elenco allegati:

RL_RLAOOG1_2016_3069.pdf.p7m
VERBALE CF v0.doc

I documenti allegati alla presente e-mail con estensione .p7m (formato PKCS#7) sono firmati digitalmente in conformità al DPCM 13/01/2004 e Delib. CNIPA 4/2005. Per visualizzare, stampare, esportarne il contenuto e per verificarne la firma è necessario disporre di uno specifico software. Un elenco dei software di verifica disponibili gratuitamente per uso personale è presente al seguente indirizzo:
<http://www.agid.gov.it/identita-digitali/firme-elettroniche/software-verifica>

