

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 76

del 14/02/2020

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: "Consultorio familiare privato Travagliato" gestito da Fondazione Poliambulanza. Presentazione SCIA con contestuale richiesta di accreditamento per trasferimento sede da Via Golini n. 6 a via Brescia n 42, Travagliato (BS).

**II DIRETTORE GENERALE - Dott. Claudio Vito Sileo
nominato con D.G.R. XI/1058 del 17.12.2018**

DIRETTORE SANITARIO
del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO
e del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini

Dott.ssa Frida Fagandini

Dott.ssa Sara Cagliani



IL DIRETTORE GENERALE

Richiamate:

- la D.G.R. n. VII/3264 del 26.01.2001, ad oggetto "Determinazioni in materia di accreditamento del servizio per le attività consultoriali in ambito materno infantile a seguito della L.R. 12 agosto 1999 n. 15, L.R. 6 dicembre 1999 n. 23 e L.R. 5 gennaio 2000 n. 1 e conseguente revoca della D.G.R. n. VI/45251 del 24 settembre 1999 "Determinazioni in merito all'art. 8, commi 4 e 7 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche, relativamente agli istituti dell'autorizzazione e dell'accredimento dei consultori familiari pubblici e privati", ed a seguito delle disposizioni normative in materia";
- la D.G.R. n. X/2569 del 31.10.2014, ad oggetto: "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle Unità d'Offerta Sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo";
- la D.G.R. n. X/2672 del 16.12.2019, ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2020";

Dato atto che in data 20.12.2019 (Atti ATS prot. n. 0128470/19 del 20.12.2019) è stata inoltrata dalla Fondazione Poliambulanza, con sede legale a Brescia, Via Bissolati n. 57, SCIA con contestuale richiesta di accreditamento per trasferimento della sede del Consultorio Familiare Privato Travagliato da Via Golini n. 6 a Via Brescia n. 42, Travagliato (BS);

Precisato che il Consultorio sopra citato, Unità d'Offerta già esistente, è attualmente accreditato nella sede di Travagliato, Via Golini, 6 con nota della Direzione Generale Welfare prot. G1.2017.000139 del 03.01.2017;

Verificato che con Verbale n. CON_002_2020 del 07.02.2020 (allegato "A" composto da n. 3 pagine), check-list gestionale organizzativa (allegato "B" composto da n. 6 pagine) e check-list strutturale tecnologica (allegato "C" composto da n. 5 pagine), relativi all'UdO sopra indicata, l'équipe di vigilanza ha dichiarato la rispondenza ai requisiti previsti dalla normativa vigente per l'esercizio e l'accredimento;

Preso atto della sussistenza di tutti i requisiti soggettivi di esercizio e di accreditamento previsti dalla D.G.R n. X/2569 del 31.10.2014 come dichiarati tramite l'apposita attestazione allegata, quale parte integrante e sostanziale, al presente atto (Allegato "D" composto da n. 3 pagine) sottoscritta dal Responsabile dell'U.O. Abilitazione all'esercizio e accreditamento Unità d'Offerta Socio Sanitarie, Dott. Marco Tufari;

Vista la proposta del Direttore del Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, Dott.ssa Simona De Filippo, che altresì attesta, in qualità di responsabile del procedimento, la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Dato atto che:

- dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- il presente provvedimento viene trasmesso alla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia e al legale rappresentante dell'Ente sopracitato per gli adempimenti di cui alla normativa vigente;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini, del Direttore Sociosanitario, Dott.ssa Frida Fagandini e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Sara Cagliani che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A

- a) di prendere atto del possesso di tutti i requisiti di esercizio e di accreditamento per l'Unità d'Offerta Consultorio Familiare Privato Travagliato presso la nuova



sede di Via Brescia n. 42 a Travagliato (BS), gestita dalla Fondazione Poliambulanza con sede legale a Brescia, Via Bissolati n 57, come da seguenti allegati, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- verbale n. CON_002_2020 del 07.02.2020 (allegato "A" composto da n. 3 pagine);
 - check-list gestionale organizzativa inerente i requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente (Allegato "B" composto da n.6 pagine);
 - check-list strutturale tecnologica inerente i requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente (Allegato "C" composto da n. 5 pagine);
 - attestazione del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento ai sensi della D.G.R. n. 2569/14 per SCIA con contestuale richiesta di accreditamento (Allegato "D" composto da n. 3 pagine);
- b) di accreditare la sopra citata Unità d'Offerta nella nuova sede di Travagliato (BS) via Brescia n. 42;
- c) di dare atto che dall'adozione del presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- d) di demandare il seguito di competenza al Direttore del Servizio Autorizzazione e Accreditamento delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie, conferendo altresì mandato al medesimo di procedere alle opportune comunicazioni a:
- Regione Lombardia - Direzione Generale Welfare – Programmazione rete Territoriale;
 - Fondazione Poliambulanza;
- e) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
- f) di disporre, a cura del Servizio Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo on-line – sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, e dell'art. 32 della L. n. 69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e comunitari in materia di protezione dei dati personali.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dott. Claudio Vito Sileo

Consultorio CIDAf

Verbale N° CONS_002_2020 del 07/02/2020 Check List gestionale

Sede principale ☐

REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO

☐ 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
	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
	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
ES DGR n. 2594/00	È garantita la facoltà di dichiarare l'obiezione di coscienza	NO
ES DGR n. 2594/00	Solo per i consultori pubblici: sono garantite le prestazioni previste per l'interruzione di gravidanza	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
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
ES DGR n. 2594/00	È garantita in organico la presenza, e tale da garantire una reale interdisciplinarietà, delle seguenti figure professionali: □ ☒ ginecologo □ ☒ psicologo □ ☒ assistente sociale □ ☒ assistente sanitaria/infermiere □ ☒ ostetrica/o □ il mediatore familiare nei casi in cui sia erogata la prestazione	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 DGR n. 16009/04	L'attività delle sedi distaccate esclude l'erogazione delle sole prestazioni mediche e/o ostetriche	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
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	NP
AC 3.2.3.a	Modalità di integrazione fra le figure professionali e volontari e tirocinanti eventualmente presenti	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 : Valter Gomarasca	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:	
DGR 268/18; Decreto 14243/2018	PERCORSO NASCITA FIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA	
	E' stato attivato il percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica	SI
	Requisiti da verificare solo se è stato attivato il percorso nascita:	
	Il documento organizzativo e gestionale riporta la descrizione delle modalità di erogazione del percorso, delle prestazioni erogate e delle attività previste in accordo con le linee di indirizzo del Percorso Nascita Fisiologico	SI
	Il Percorso Nascita Fisiologico a gestione ostetrica è inserito nel Piano di Lavoro annuale	SI
	Per il Percorso Nascita Fisiologico sono definiti strumenti, indicatori, modalità e tempi per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi specifici del programma annuale	SI
	La relazione annuale è estesa al Percorso Nascita Fisiologico e ne esplicita 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
	E' attiva l'offerta di un'Ostetrica/o di riferimento prevista dal Percorso Nascita	SI
	E' attiva l'offerta di visite domiciliari dell'Ostetrica nel puerperio/nel periodo post natale prevista dal Percorso Nascita	SI
	E' prevista per gli operatori di riferimento la formazione sul Percorso Nascita Fisiologico a gestione ostetrica	SI

	Documentazione Sanitaria-Sociosanitaria per il Percorso Nascita ☐ ☒ presenza delle sezioni relative ai dati socio-anagrafici, tutela della privacy, consenso al modello assistenziale ostetrico (PAI), diario (modello assistenziale ostetrico)	SI
	E' garantita l'analisi del grado di soddisfazione materna	SI
	La carta dei servizi prevede le informazioni sul Percorso Nascita Fisiologico a gestione ostetrica offerto alle donne	SI
	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	
ES 2.2.5.e	Presenza piano di diffusione e di attuazione delle procedure e protocolli in uso	SI
	Aggiornamento con periodicità almeno triennale	SI
	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 UTILIZZANO SOLO MONOUSO ☐ ☒ 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

AC 3.2.4.g	Presenza di procedure e protocolli relativi a: ☐ ☒ Identificazione, segnalazione e gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella	SI
	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 (bachecche, intranet, riunioni periodiche...)	SI
AC DGR n. 3264/01	Per la sede principale (e per le eventuali sedi secondarie, se oggetto del controllo) presenza di apposita segnaletica riportante: ☐ ☒ Orario di accesso alle prestazioni ☐ ☒ Elenco delle specialità disponibili ☐ ☒ Modalità di prenotazione ☐ ☒ Tempi di consegna dei referti	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 formazione e modalità di gestione della lista di attesa ☐ ☒ criteri di accoglienza (anche con indicazione dell'Unità Operativa o ☒ persona incaricata per le visite guidate nella unità d'offerta) ☐ ☒ criteri di presa in carico e dimissioni dell'utente ☐ ☒ definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni e delle attività previste ☐ ☒ di funzionamento dell'unità d'offerta (orari/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), nonché per la rilevazione dei disservizi ☐ ☒ 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	SI
	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
FIENI ELIANA	PSICOLOGA	LAUREA	SI 03/16417
NEGRI SILVIA	ASS SOC	LAUREA	SI 4564/B
GRIFFINI SARA	ASS SANIT	LAUREA	SI 697
ZANELLI ALICE	OSTETRICA	LAUREA	SI 1268
VISENZI CHIARA	GINECOLOGA	LAUREA + SPECIALITA'	SI 8759

Note:

Tabella 2 - Corrispondenza tra Operatori presenti in servizio e programmazione

Elenco operatori presenti

Cognome e Nome		Qualifica	Corrispondenza con programmazione
INVERARDI ELEONORA		PICOLOGA	SI
LEVIANI LAURA		PEDAGOGISTA	SI
SMOCOVICH ELEONORA		PSICOLOGA	SI
ZANELLI ALICE		OSTERICA	SI
AC 3.2.3.d DGR n. 2569/14	Il personale in servizio corrisponde agli orari programmati/alle presenze registrate		SI
DGR 268/2018 Decreto 14243/2018	Se attivato il Percorso Nascita Fisiologico, il personale in servizio corrisponde alle attività definite da tale percorso		SI



Consultorio Travagliato

Verbale N° CONS_002_2020 del 07/02/2020

Check List Strutturale

REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO

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
UdO realizzata con finanziamenti statali/regionali: (in caso di finanziamenti statali/regionali indicare la tipologia)		
Titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività:		
☐ Proprietà ☒ Locazione ☐ Comodato d'uso ☐ Appalto ☐ Concessione ☐ Affitto ramo d'azienda ☐ Altro (specificare)		
Titolo in base al quale è esercitata l'attività:		
☒ 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): 31 Marzo 2025		
Dati identificativi del proprietario (se l'immobile sede dell'attività è di proprietà di soggetto diverso dal gestore): (indicare persona fisica/ragione sociale) NATROM SRL con sede legale Via Brescia 139 Travagliato. P.I. 03460920170		
Note:		
Esito delle verifiche relative al possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente		
ES 2.3.2.a	AGIBILITÀ	SI

	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): ☐ Certificato di agibilità dei locali rilasciato dal Comune X 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)	
	Note:	
ES 2.3.2.b	PROTEZIONE ANTISISMICA	SI
	Verifiche di idoneità statica. Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): X 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	SI
	Per opere ed edifici strategici o rilevanti scheda analisi e verifiche vulnerabilità sismica	NP
	Note:	
ES 2.3.2.c	PROTEZIONE ANTINCENDIO	SI1
	Documentazione prevenzione incendi (barrare una delle opzioni): ☐ 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) ☐ CPI (solo per cat. C all. 1 D.P.R. 151/2011) X Ricevuta rilasciata dal Comando dei Vigili del Fuoco della richiesta di rinnovo periodico di conformità antincendio (art. 5 del D.P.R. 151/2011) ☐ Dichiarazione di esclusione dall'elenco dell'Allegato 1 del D.P.R. 151/2011	SI
	Documento di valutazione del rischio incendio ai sensi del D.Lgs. 81/2008 ed ottemperanza al DM 10/3/1998	SI
	Piano delle emergenze per rischio incendio (redatto entro 90 gg e aggiornato in caso di modificazioni del tipo di attività o dell'organizzazione)	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 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
	Note:	
ES 2.3.2.d	PROTEZIONE ACUSTICA	SI
	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

Impianti elettrici	Conformità degli impianti elettrici (barrare una delle opzioni): X Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico completa di progetto ai sensi del D.M. 37/2008 ☐ Dichiarazione di rispondenza (impianti eseguiti prima dell'entrata in vigore del D.M. 37/2008)	SI
	Effettuazione dei controlli periodici degli impianti elettrici (con periodicità conforme alle norme tecniche vigenti) attestata da idonea documentazione	SI
	Identificazione degli ambienti destinati a uso medico e loro classificazione con corrispondente planimetria vidimata dal responsabile sanitario	SI
Impianti di protezione contro le scariche atmosferiche	Verificata tramite (barrare una delle opzioni): ☐ Copia denuncia impianto inviata al SUAP (in alternativa ad ASL/ATS e INAIL oppure, solo all'INAIL per impianti antecedenti al gennaio 2002) ☐ Omologazione INAIL - ex ISPESL (solo per impianti antecedenti gennaio 2002) X Dichiarazione di autoprotezione redatta da un tecnico abilitato (nel caso l'impianto non sia previsto)	SI
	Verifica dell'impianto elettrico di messa a terra secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione	SI
Gruppo elettrogeno	Conformità (certificato di conformità, certificato di collaudo)	NP
	Verifiche periodiche di efficienza e funzionamento attestata da idonea documentazione	NP
Dispositivi elettromed.	Elenco completo dei dispositivi elettromedicali in uso con relative conformità CE	SI
	Verifica periodica dei dispositivi elettromedicali secondo le scadenze previste attestata da idonea documentazione	SI
	Note:	
ES 2.3.2.f	SICUREZZA ANTIINFORTUNISTICA	SI
	Presenza del DVR - Documento di valutazione dei rischi, prodotto entro 90 gg dall'avvio dell'attività	SI
	Presenza del DUVRI - Documento di valutazione dei rischi da interferenza	NP
	Note:	
ES 2.3.2.g	IGIENE E SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO	SI
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
Impianti di sollevamento	Dichiarazione di conformità	NP
	Matricola ascensori/montacarichi rilasciata dal competente ufficio comunale	NP
	Verifiche periodiche attestata da idonea documentazione	NP
	Presenza di ascensori e montalettighe con certificazione di idoneità degli ascensori all'utilizzo come vie di fuga in caso di incendio	NP
Impianto idro-termo-sanitario	Dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008	SI
	Copia denuncia INAIL – Dipartimento tecnico (ex ISPESL) della centrale termica, se potenza >35 KW	NP
	Tenuta del libretto e relativi controlli periodici	NP
Impianto a gas	Dichiarazione di conformità (ai sensi del DM 37/08 o della Legge 46/90)	NP
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

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:	
ES 2.3.2.h	PROTEZIONE RADIAZIONI IONIZZANTI	SI
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): X Dichiarazione di assenza di sorgenti radioattive/apparecchiature radiodiagnostiche □ Idonea documentazione (comunicazione preventiva di pratica radiologica, registro di sorveglianza fisica, manuale di qualità)	
	Note:	
ES 2.3.2.i	ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE	SI
	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 X Già citato nell'agibilità	
	Note:	
ES 2.3.2.j	SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI	SI
	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:	
ES 2.3.2.k	IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA	SI
	Dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008 degli impianti di trattamento dell'aria	SI
	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	SI
	Note:	
ES 2.3.2.l	IMPIANTI DISTRIBUZIONE GAS MEDICALI	NP
	Presenza impianto distribuzione ossigeno (barrare una delle opzioni): □ centralizzato □ non centralizzato	NP
	Dichiarazione di conformità e marcatura CE dell'impianto gas medicali	NP
	Documentazione inerente verifiche e manutenzioni periodiche dell'impianto	NP
	Note:	
ES 2.3.2.m	MATERIALI ESPLODENTI	SI
	Verificata tramite (barrare una delle opzioni): X Dichiarazione di assenza di materiali esplosivi □ Idonea documentazione (permesso prefettura, Certificato Prevenzione Incendi)	SI
	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
Note:	

NUOVE Udo/VARIAZIONI

Conformità allo stato dei luoghi delle planimetrie presentate con istanza	SI
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
	Locale per consulenza psicologica diagnostica e terapeutica	SI
	Locale per visite ostetrico-ginecologiche che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi	SI
	Locale per riunioni	SI
	Spazio archivio	SI
	Servizi igienici: X per il personale X per gli utenti	SI
	Spazio/locale per il deposito del materiale pulito	SI
	Spazio/locale per il deposito del materiale sporco	SI
	Spazio/armadi per il deposito del materiale d'uso, delle attrezzature, delle strumentazioni	SI
	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
	Sono presenti strumenti per la gestione dell'emergenza	SI
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
	Note:	