

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. 650

del 20/11/2024

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Ente Gestore "ASST degli Spedali Civili di Brescia" – Consultorio familiare "Consultorio Familiare di Rezzato" CUDES 003318. Parere favorevole all'accreditamento a seguito di SCIA per modifica dell'articolazione degli spazi della sede distaccata "Consultorio Familiare di Flero" con contestuale richiesta di accreditamento.

**Il DIRETTORE GENERALE - Dott. Claudio Vito Sileo
nominato con D.G.R. n. XII/1645 del 21.12.2023**

Acquisiti i **pareri** del
DIRETTORE SANITARIO
del
DIRETTORE SOCIO SANITARIO
e del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini

Dott. Franco Milani

Dott.ssa Sara Cagliani



IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati:

- la Legge n. 405 del 29 luglio 1975, "Istituzione dei consultori familiari";
- il D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e ss.mm.ii.;
- il D.P.R. 14 gennaio 1997, "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- la D.G.R. n. VII/2594 del 11.12.2000, "Determinazioni in materia di autorizzazione al funzionamento del servizio per le attività consultoriali in ambito materno infantile";
- la D.G.R. n. VII/3264 del 26.01.2001, "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 n. 23 e l.r. 5 gennaio 2000 n. 1 e conseguente revoca della d.g.r. n. 6/45251 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'accreditamento dei consultori familiari pubblici e privati», ed a seguito delle disposizioni normative in materia";
- la D.G.R. n. VII/16009 del 16.01.2004, "Indicazioni organizzative per i Consultori familiari";
- la L.R. n. 33 del 30.12.2009, "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e ss.mm.ii.;
- la D.G.R. n. X/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";
- la D.G.R. n. XI/6788 del 02.08.2022, "Revisione procedure di accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie";
- la D.G.R. n. XII/1827 del 31.01.2024, "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024" (Regole 2024);

Dato atto che il Consultorio familiare "Consultorio Familiare di Rezzato" CUDES 003318, con sede principale a Rezzato (BS) in via F.lli Kennedy n. 115 e sede distaccata "Consultorio Familiare di Flero" a Flero (BS) in via G. Mazzini n. 15, risulta accreditato con D.D.S. n. 7298 del 11.09.2015;

Viste:

- la SCIA con contestuale richiesta di accreditamento per modifica dell'articolazione degli spazi della sede distaccata "Consultorio Familiare di Flero", presentata in data 25.09.2024 (atti ATS prot. n. 0093100/24), dall'Ente Gestore "ASST degli Spedali Civili di Brescia", C.F. e P.IVA 03775110988, con sede legale a Brescia (BS) in piazzale Spedali Civili n. 1, relativa al Consultorio familiare in oggetto;
- il verbale di sopralluogo degli operatori della SC Accreditamento e Vigilanza, verbale Rep. ATS n. 2905 del 30.09.2024, per la verifica del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento della sede distaccata "Consultorio Familiare di Flero", con richiesta di ulteriore documentazione integrativa;
- le integrazioni prodotte dall'Ente Gestore in data 15.10.2024 (atti ATS prot. n. 0100133/24);

Preso atto:

- dell'esito favorevole delle verifiche effettuate dagli operatori della SC Accreditamento e Vigilanza, con verbale Rep. ATS n. 3123 del 21.10.2024, sul possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento, generali e specifici, strutturali tecnologici, gestionali organizzativi della sede distaccata "Consultorio Familiare di Flero", come da Allegato



"A" (composto da n. 13 pagine), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- dell'attestazione sottoscritta in data 14.11.2024 dal Direttore del Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento, come da Allegato "B" (composto da n. 3 pagine), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Ritenuto di esprimere parere favorevole all'accREDITamento del Consultorio familiare in oggetto;

Vista l'istruttoria tecnica condotta dalla SC AccREDITamento e Vigilanza;

Vista la proposta del Direttore del Dipartimento, Dott. Luca Maria Bassoli che, anche in qualità di responsabile del procedimento, quale Direttore della Struttura Complessa, attesta altresì la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;

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

D E C R E T A

per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

- a) di prendere atto dell'esito favorevole delle verifiche effettuate dagli operatori della SC AccREDITamento e Vigilanza, con verbale rep. ATS n. 3123 del 21.10.2024, sul possesso dei requisiti di esercizio e di accREDITamento, generali e specifici, strutturali tecnologici, gestionali organizzativi della sede distaccata "Consultorio Familiare di Flero", come da Allegato "A" (composto da n. 13 pagine), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- b) di prendere atto dell'attestazione sottoscritta in data 14.11.2024 dal Direttore del Dipartimento per la Programmazione, AccREDITamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, del possesso dei requisiti di esercizio e di accREDITamento del Consultorio familiare in oggetto, come da Allegato "B" (composto da n. 3 pagine), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- c) di esprimere parere favorevole all'accREDITamento del Consultorio familiare "Consultorio Familiare di Rezzato" CUDES 003318, a seguito di SCIA per modifica dell'articolazione degli spazi della sede distaccata "Consultorio Familiare di Flero" – Ente Gestore "ASST degli Spedali Civili di Brescia";
- d) di demandare alla SC AccREDITamento e Vigilanza la trasmissione del presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia e all'Ente Gestore;
- e) di dare atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- f) 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. 502/1992 e dell'art. 12, comma 14, della L.R. 33/2009;
- g) di disporre, a cura della SC Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo on-line – sezione Pubblicità legale – ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. 33/2009, e dell'art. 32 della L. 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



DIREZIONE GENERALE

**DIPARTIMENTO per la PROGRAMMAZIONE,
ACCREDITAMENTO, ACQUISTO delle PRESTAZIONI
SANITARIE e SOCIO SANITARIE**

SC ACCREDITAMENTO delle STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE

**SS ACCREDITAMENTO e VIGILANZA delle STRUTTURE SOCIOSANITARIE
E SOCIALI**

Viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

E-mail: accreditamentosociosan@ats-brescia.it

VERBALE CONCLUSIVO DI VERIFICA

Rep. Verb. n. 3123/24 del 21/10/2024

In riferimento al verbale di sopralluogo **n. 2905/24 del 30/09/2024** presso l'unità d'offerta **CONSULTORIO FAMILIARE DI REZZATO – SEDE SECONDARIA DI FLERO (CUDES 003318)**, ubicata in Via Mazzini, 15 – 25020 Flero (BS), gestita da **ASST degli Spedali Civili di Brescia**, in data 21/10/2024 presso la sede dell'ATS di Brescia, il funzionario della SC Accreditamento delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie SALVATORE TRIPODI Collaboratore Tecnico Professionale ed i funzionari della SS Accreditamento e Vigilanza delle Strutture Sociosanitarie e Sociali, MICHELANGELO PEPA Dirigente Medico, PAOLA BRUNELLI Assistente Sanitaria e NICOL BOSCHETTI Assistente Sanitaria;

preso atto

- di quanto rilevato in sede di sopralluogo con verbale n. 2905/24 del 30/09/2024 il cui esito è stato subordinato ad ulteriori valutazioni;
- degli esiti della valutazione relativa alla documentazione integrativa organizzativa-gestionale e tecnico-strutturale pervenuta con prot. ATS n. 00100133 del 15/10/2024, quale seguito al sopraccitato sopralluogo;

attestano che

l'Unità d'Offerta risulta in possesso dei requisiti oggetto di verifica.



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
	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	NP
	Diffusione dei risultati della relazione annuale agli interessati	NP
	Nota: sede chiusa dal 2023 per lavori di ristrutturazione – casa di comunità	
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	NP
	Note: trattasi di ente pubblico	
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	SI



ES DGR n. 2594/00	Solo per i consultori pubblici: sono garantite le prestazioni previste per l'interruzione di gravidanza	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
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 ☒ ostetrica ☐ 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	NP
	Note: sede chiusa dal 2023 per lavori di ristrutturazione – casa di comunità	
AC DGR n. 16009/04	L'attività delle sedi distaccate esclude l'erogazione delle sole prestazioni mediche e/o ostetriche	SI
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	SI
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): dott.ssa Silvana Pavan	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	
	È 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	NP
	Note: sede chiusa dal 2023 per lavori di ristrutturazione – casa di comunità	
	È attiva l'offerta di un'Ostetrica/o di riferimento prevista dal Percorso Nascita	SI
	È attiva l'offerta di visite domiciliari dell'Ostetrica nel puerperio/nel periodo post natale prevista dal Percorso Nascita	SI
	È 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
	È 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, 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	NP
	Nota: sede chiusa dal 2023 per lavori di ristrutturazione – casa di comunità	
	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 verificati: 1	
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, accogliimento 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
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 (bacheche, 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 ☒ orario 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
Colossi Giuliana Maria	Ostetrica	Diploma di ostetrica	SI
Sarcina Francesca	Assistente sanitaria	Laurea in assistenza sanitaria	SI
Quaglia Francesca	Assistente Sociale	Laurea in scienze del servizio sociale	SI
Leo Michela	Psicologa	Laurea in psicologia spec. psicoterapia	SI
Parola Silvia	Psicologa	Laurea in psicologia spec. psicoterapia	SI
Gerosa Vera	Ginecologa	Laurea in medicina e chirurgia spec. ginecologia	SI
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	NP
DGR 268/2018 Decreto 14243/2018	Se attivato il Percorso Nascita Fisiologico, il personale in servizio corrisponde alle attività definite da tale percorso	NP
	Note: al momento non sono presenti operatori in quanto le attività presso la sede non sono ancora attive.	

**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): <i>il contratto decorre dalla stipula (19/09/2024) e avrà una durata di 30 anni</i>		
Dati identificativi del proprietario (se l'immobile sede dell'attività è di proprietà di soggetto diverso dal gestore): <i>Comune di Flero, Codice Fiscale e Partita IVA 00869010173</i>		
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 ☐ 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: *S.C.A. Prot. Comune di Flero n. 0011848 del 21.08.24	
ES 2.3.2.b	PROTEZIONE ANTISISMICA (Requisito in Piano Programma)	SI
	Verifiche di idoneità statica.	
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni):	
	☐ 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) (Ing. Belpietro Diego n. 1760 BS del 14.12.07) ☐ Certificato di verifica statica di conformità alla normativa antisismica	SI
	Per opere ed edifici strategici o rilevanti scheda analisi e verifiche vulnerabilità sismica	SI*



	Note: *Requisito inserito in Piano Programma ed oggetto di monitoraggio semestrale. I locali ospitanti la suddetta UdO sono stati recente oggetto di lavori per la realizzazione della Casa di Comunità di Flero con fondi PNRR. Tali interventi sono stati ultimati in data 02.04.24. Presente la dichiarazione di esclusione dell'immobile dall'elenco degli edifici strategici e rilevanti definiti dal D.d.u.o. n. 7237 del 22/05/2019 datata 18.06.24 e redatta dall'Arch. Verga Marco (superficie complessiva inferiore a mq. 1.000).	
ES 2.3.2.c	PROTEZIONE ANTINCENDIO	SI
	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) ☐ 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 (Redatta dall'Arch. Fiorini Irene del 11.06.07 – Comune di Flero)	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 (Decreto n. 490 del 24.05.24 con designazione di: Maggi Luisa, Rossi Dietta per la Casa di Comunità di Flero, entrambe R=elevato)	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: (Verifica estintori settembre 2024), (DI.CO. del 30.04.24 Aflutec S.R.L. di Cellatica – BS per le luci di emergenza)	SI
	Note:	
ES 2.3.2.d	PROTEZIONE ACUSTICA (Requisito in Piano Programma)	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: *Requisito inserito in Piano Programma ed oggetto di monitoraggio semestrale. Il Gestore dichiara che l'ultimazione dei lavori di adeguamento acustico, prevista per il 31.12.24, è stata anticipata al 02.04.24 contestualmente agli interventi previsti per la realizzazione della Casa di Comunità di Flero con il conseguente assolvimento del requisito, nei limiti possibili consentiti dalla Soprintendenza competente, data la sussistenza di un vincolo di tutela sull'immobile. È presente la dichiarazione dei requisiti acustici passivi post-intervento redatta in data 14.06.24 dall'Ing. n. 3504 BS.	
ES 2.3.2.e	SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA	SI
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 (DI.CO. del 30.04.24 Aflutec S.R.L. di Cellatica – BS) ☐ 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 (DI.CO. del 30.04.24 Aflutec S.R.L. di Cellatica – BS)	NP



	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 ISPEL (solo per impianti antecedenti gennaio 2002) ☒ Dichiarazione di autoprotezione redatta da un tecnico abilitato (nel caso l'impianto non sia previsto): (Del 21.04.2023 a firma Ing. Castelvendere Giorgio n. 3504 BS).	SI
	Verifica dell'impianto elettrico di messa a terra secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione (DI.CO. del 30.04.24 Aflutec S.R.L. di Cellatica - BS)	SI
Gruppo elettrogeno	Conformità (certificato di conformità, certificato di collaudo) (Dichiarazione di assenza a firma dell'Arch. Verga Marco del 10.09.24)	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: (Dichiarazione che tutte le apparecchiature sono dotate di marchio CE a firma dell'Ing. Viganò Gian Luca SC Ingegneria Clinica)	
	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:	
ES 2.3.2.f	SICUREZZA ANTIINFORTUNISTICA	SI
	Presenza del DVR - Documento di valutazione dei rischi, prodotto entro 90 gg dall'avvio dell'attività	NP
	Presenza del DUVRI - Documento di valutazione dei rischi da interferenza (Servizio di pulizie esternalizzato - Servizio Markas del 30.09.24)	SI
	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 (DI.CO. del 30.04.24 Aflutec S.R.L. di Cellatica - BS con realizzazione di nuovo impianto idro-sanitario. Dichiarazione di impianto di climatizzazione raffrescamento/riscaldamento dotato di unità interne regolabili dai singoli ambienti)	SI



	Copia denuncia INAIL – Dipartimento tecnico (ex ISPESL) della centrale termica, se potenza >35 KW (Trattasi di generatori elettrici acqua-aria)	NP
	Tenuta del libretto e relativi controlli periodici (DI.CO. del 30.04.24 Aflutec S.R.L. di Cellatica – BS)	SI
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): ☒ Dichiarazione di assenza di sorgenti radioattive/apparecchiature radiodiagnostiche (Dichiarazione a firma di Dott. Burato Enrico del 26.0924 in qualità di delegato dal Datore di Lavoro) ☐ 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 ☒ Già citato nell'agibilità (S.C.A. Prot. Comune di Flero n. 0011848 del 21.08.24)	
	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 (Decreto n. 972 del 30.10.23 di autorizzazione della prosecuzione dell'affidamento del servizio prelievo, trasporto, smaltimento, fornitura contenitori e/o recupero dei rifiuti speciali fino al 31.12.24 a Eco Eridania S.P.A. e ditta Zanetti Arturo & C.)	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	NP
	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	NP
	Note: Dichiarazione di conformità dell'Impianto di Ventilazione Meccanica Controllata – DI.CO. del 30.04.24 Aflutec S.R.L. di Cellatica – BS	
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): ☒ Dichiarazione di assenza di materiali esplosivi (Dichiarazione a firma di Dott. Burato Enrico del 26.0924 in qualità di delegato dal Datore di Lavoro) ☐ 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		
Note:		



NUOVE UdO/VARIAZIONI

Conformità allo stato dei luoghi delle planimetrie presentate con istanza	SI
---	----

Note:

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:

Il presente verbale è costituito da n. 13 pagine.

I verbalizzanti
(firmato digitalmente)

Salvatore Tripodi

Michelangelo Pepa

Paola Brunelli

Nicol Boschetti