

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 - informa@ats-brescia.it

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

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 60

del 11/02/2016

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Presentazione SCIA con contestuale richiesta di accreditamento per messa in esercizio di nuova Unità d'Offerta denominata "Casa San Giuseppe" dell'Ente Gestore Istituto delle Suore delle Poverelle – Istituto Palazzolo. Attestazione del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento previsti dalla normativa regionale vigente.

**II DIRETTORE GENERALE - Dr. Carmelo Scarcella
nominato con D.G.R. X/4615 del 19.12.2015**

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

Dr. Fabrizio Speziani

Dott.ssa Teresa Foini



IL DIRETTORE GENERALE

Vista la D.G.R. n. X/3945 del 31.07.2015 avente ad oggetto "Definizione della nuova unità d'offerta sociosanitaria a bassa intensità assistenziale nell'area delle dipendenze. individuazione dei requisiti specifici di esercizio e di accreditamento";
Richiamata 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";

Richiamate:

- la D.G.R. n. X/2989 del 23.12.2014, ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015";
- la D.G.R. n. 4702 del 29.12.2015, ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2016" ed in particolare il *Capitolo 3, paragrafo 3.1.1.2.1 "Accreditamento Unità d'Offerta socio sanitarie"* che prevede *"Per l'anno 2016 sono temporaneamente sospesi i nuovi accreditamenti di tutte le tipologie di UdO socio-sanitaria. Sono fatte salve le istanze di accreditamento già presentate nel corso dell'anno 2015 e ancora in trattazione"* e il *sub allegato 9 "Procedure per l'esercizio e l'accREDITAMENTO delle Unità d'Offerta Sociosanitarie"* che sostituisce integralmente l'allegato 2 della D.G.R. 2569/2014;

Dato atto che in data 28.12.2015, prot. n. 0163511, è stata inoltrata dall'Istituto delle Suore delle Poverelle – Istituto Palazzolo, la Segnalazione Certificata di Inizio Attività con contestuale richiesta di accreditamento per la messa in esercizio di nuova Unità d'Offerta denominata "Casa San Giuseppe" con sede in Brescia, Via San Zeno n. 150, per un modulo comunitario di 16 posti letto;

Preso atto che, con Verbale della Commissione di Vigilanza n. TOX-BIA_001_2016 del 19.01.2016, la competente U.O. Vigilanza e Controllo Erogatori Socio-Sanitari ha dichiarato, relativamente alla richiesta dell'Istituto delle Suore delle Poverelle – Istituto Palazzolo, la rispondenza di quanto rilevato ai requisiti previsti dalla normativa vigente (D.G.R. n. X/3945 del 31.07.2015) per l'esercizio e l'accREDITAMENTO della Comunità Bassa Intensità Assistenziale denominata "Casa San Giuseppe", con sede operativa in Via San Zeno n. 150 nel Comune di Brescia, per un modulo comunitario di 16 posti letto;

Ritenuto di approvare quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento i seguenti documenti:

- il Verbale della Commissione di Vigilanza n. TOX-BIA_001_2016 del 19.01.2016 (allegato "A" composto da n. 13 pagine);
- l'Attestazione del possesso dei requisiti di esercizio e di accREDITAMENTO ai sensi della D.G.R. n. 2569/14 per SCIA contestuale (allegato "B" composto da n. 3 pagine);

Rilevato che, per quanto accertato, sussistono i requisiti soggettivi, strutturali, organizzativi e funzionali necessari, in conformità alla normativa vigente, all'accREDITAMENTO della Comunità Bassa Intensità Assistenziale denominata "Casa San Giuseppe", con sede operativa in Via San Zeno n. 150 nel Comune di Brescia;

Preso atto che risultano rispettati i termini procedurali previsti dalla L.R. n. 1 del 01.02.2012;

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

Vista la proposta del Direttore Sociosanitario, Dott.ssa Eliana Breda;

Dato atto che la Responsabile dell'U.O. Vigilanza e Controllo Erogatori socio-sanitari, Dr.ssa Francesca Cremaschini, attesta, in qualità di Responsabile del procedimento, la regolarità tecnica del presente provvedimento;



Dato atto che il parere di competenza del Direttore Sociosanitario è assorbito nella funzione esercitata dal medesimo in qualità di proponente;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Dr. Fabrizio Speziani e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Teresa Foini che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A

- a) per le motivazioni in premessa richiamate, di attestare il possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento previsti dalla normativa regionale vigente da parte dell'Istituto delle Suore delle Poverelle – Istituto Palazzolo con sede legale in via Francesco Lonati n. 3, relativamente alla Comunità Bassa Intensità Assistenziale denominata "Casa San Giuseppe", con sede operativa in Via San Zeno n. 150 nel Comune di Brescia per un modulo comunitario di 16 posti letto;
- b) di approvare quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento gli allegati:
 - il Verbale della Commissione di Vigilanza n. TOX-BIA_001_2016 del 19.01.2016 (allegato "A" composto da n. 13 pagine);
 - l'Attestazione del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento ai sensi della D.G.R. n. 2569/14 per SCIA contestuale (allegato "B" composto da n. 3 pagine);
- c) di dare atto che risultano rispettati i termini procedurali previsti dalla L.R. n. 1 del 01.02.2012;
- d) di dare atto che dall'adozione del presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- e) di trasmettere copia del presente provvedimento, a cura dell'U.O. Vigilanza e Controllo Erogatori socio sanitari, tramite posta elettronica certificata a:
 - Istituto delle Suore delle Poverelle – Istituto Palazzolo – amministrazione.casamadre@pec.it;
 - Regione Lombardia Direzione Generale Welfare, U.O. Programmazione Rete Territoriale – welfare@pec.regione.lombardia.it.
- 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. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
- g) di disporre, a cura della U.O. Affari Generali, 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.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dr. Carmelo Scarcella



ATS DI BRESCIA

verbale n. TOX-BIA_001_2016 Comunità Bassa Intensità Assistenziale

19/01/2016

MOD. TOX-BIA 2016 - Rev. 0

In data 19/01/2016 alle ore 9:40 sottoscritti:

- Cremaschini Francesca – Responsabile Vigilanza e controllo Erogatori Socio San. (**Responsabile dell'istruttoria**);
- Fattori Giuseppe – Tecnico della Prevenzione Vigilanza e controllo Erogatori Socio San.;
- Canale Claudia – Collaboratore Amministrativo Esperto Vigilanza e controllo Erogatori Socio San.;

si sono recati presso la comunità di Bassa Intensità Assistenziale delle Dipendenze CASA SAN GIUSEPPE di Brescia

Sono presenti per l'Ente: Simonini Vincenzo Presidente Coop. Con-Tatto, Danesi Elena Responsabile tecnica Coop. Con-Tatto.

La visita è stata effettuata per:

Presentazione SCIA del 28-12-2015 Prot. 0163511/15 per la messa in esercizio di unità d'offerta con contestuale richiesta accreditamento.

ENTE GESTORE

ISTITUTO DELLE SUORE DELLE POVERELLE - ISTITUTO PALAZZOLO

Via San Bernardino 56 Comune Bergamo cap 24122

Tel 035/244430 Fax 035/241174

E-mail: ufficioamministrativo@istitutopalazzolo.it

PEC: amministrazione.casamadre@pec.it

Partita IVA e Codice fiscale: 00533470167

LEGALE RAPPRESENTANTE

ANNA MORONI nata il *omissis* a *omissis* e residente a *omissis* in via *omissis* cittadinanza *omissis* codice fiscale *omissis*

DENOMINAZIONE UNITA' D'OFFERTA

CASA SAN GIUSEPPE

Via San Zeno 150 Brescia – 25124

tel: 0303540037

Email: casasangiuseppe@contattoservizi.it

Natura giuridica:

Ente Ecclesiastico



ATS DI BRESCIA

verbale n. TOX-BIA_001_2016 Comunità Bassa Intensità Assistenziale

19/01/2016

MOD. TOX-BIA 2016 - Rev. 0

Il Servizio è **autorizzato** con SCIA n° **0163511/15** del **28-12-2015**
per un totale numero 16 posti Residenziali

**ESITO VERIFICA IN LOCO DEI REQUISITI GENERALI E SPECIFICI DI
ESERCIZIO/ACCREDITAMENTO PREVISTI DALLA NORMATIVA VIGENTE**
(D.G.R. 2569/2014, D.G.R. 3945/2015)

Requisiti gestionali-organizzativi

Si dichiara la rispondenza di quanto rilevato ai requisiti previsti dalla normativa vigente.

Requisiti Tecnico-strutturali

Si dichiara la rispondenza di quanto rilevato ai requisiti previsti dalla normativa vigente.

In sede di sopralluogo viene acquisita la seguente documentazione, ritenuta idonea:

• **gestionale-organizzativi**

assicurazione responsabilità civile; procedure sostituzione personale; organigramma e funzionigramma cooperativa; contratto di appalto; contratti individuali del personale; requisiti soggettivi componenti consiglio generale ODV, procuratori e sindaci;

• **tecnico-strutturale**

Verifica di protezione contro fulmini; dichiarazione di rispondenza dell'impianto elettrico;

Dichiarazioni a verbale da parte dell'Ente gestore: nessuna

Il presente verbale, composto da n. 3 pagine e n. 2 allegati viene redatto in duplice copia, una delle quali viene rilasciata alla struttura.

Letto, confermato e sottoscritto.

Il verbale si chiude alle ore 12.30.

Luogo Brescia data 19/01/2016

Per l'ATS di Brescia

QUALIFICA	FIRMA
CremaSchini Francesca Responsabile Vig.Er. Soc.San	F.to Dr.ssa Francesca CremaSchini
Fattori Giuseppe Tecnico della Prevenzione	F.to Dott. Giuseppe Fattori

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

ATS DI BRESCIA

verbale n. TOX-BIA_001_2016 Comunità Bassa Intensità Assistenziale

19/01/2016

MOD. TOX-BIA 2016 - Rev. 0

Canale Claudia - Collaboratore
Amministrativo Esperto

F.to Dott.ssa Claudia Canale

Per l'Ente Gestore

QUALIFICA	FIRMA
Simonini Vincenzo Presidente Coop. Con-tatto	F.to Vincenzo Simonini
Danesi Elena Responsabile tecnica Coop. Con-Tatto	F.to Elena Danesi

**Verbale UdO
a bassa intensità assistenziale
Area Dipendenze**

N.01/TOX-BIA/2016 del 19/01/2016
Check List gestionale/organizzativa

REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO TOX

REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI GENERALI E SPECIFICI DGR n. 2569/2014 D.G.R. 12 marzo 1999 n. 6/41878 DGR 3945/15		
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	S
AC 3.2.4.h	Polizza assicurativa per responsabilità civile del soggetto gestore (quietanza di pagamento per l'annualità in corso), con: <input checked="" type="checkbox"/> data di attivazione non successiva alla presentazione all'istanza di accreditamento <input checked="" type="checkbox"/> copertura anche per fatti accidentali e imputabili a negligenza, imprudenza o imperizia <input checked="" type="checkbox"/> 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.	All'atto della dimissione/trasferimento, è previsto il rilascio all'utente della relazione di dimissione (riportando stato di salute, trattamenti effettuati, necessità di trattamenti successivi e altre informazioni utili)	SI
	Sono previste modalità di gestione di eventuali trasferimenti interni/presso altre unità d'offerta sociosanitarie o sanitarie	SI
	Note:	
	Gestione risorse umane ed economiche	

ES 2.2.2.a	Risulta definita e esplicitata l'organizzazione e delle politiche di gestione delle risorse umane ed economiche	SI
ES 2.2.3.a	Descrizione quantitativa e qualitativa delle risorse umane ritenute necessarie alla gestione della UdO	SI
ES 2.2.1.a	Descrizione organizzazione interna UdO (Organigramma, livelli di responsabilità)	SI
AC 3.2.3.d	Definizione della programmazione settimanale o mensile delle attività giornaliere del personale ivi compreso lo schema di distribuzione programmata degli orari di lavoro, i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie ed i permessi del personale	SI
AC 3.2.3.d	Adozione di un sistema di rilevazione delle presenze degli operatori per ogni specifica unità d'offerta	SI
	Personale identificabile mediante cartellino di riconoscimento	SI
ES 2.2.3.d	Adozione procedura operativa per l'inserimento del personale di nuova acquisizione	SI
AC 3.2.3.a	Presenza di criteri di selezione del personale che includano anche la conoscenza della lingua italiana	SI
	Personale volontario non rendicontabile a standard: formalizzazione dei rapporti tra struttura e Associazione/singolo volontario	SI
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 del responsabile di comunità che svolge le funzioni previste dalla DGR 2569/14 allegato 1 punto 3.2.3.:	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	S
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
DGR 41878/99	Per la gestione delle emergenze sono previsti: <input checked="" type="checkbox"/> piano di formazione del personale <input checked="" type="checkbox"/> organigramma funzionale	SI
	Note:	
	Gestione delle risorse tecnologiche	
DGR 741878/99	Registro degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria (con descrizione e data degli interventi effettuati)	NP
ES 2.2.4	È adottata una procedura di programmazione degli acquisti di apparecchiature biomediche e dispositivi medici	NP
	Inventario annuale delle apparecchiature biomediche	NP
	Adozione di un piano di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche	NP
	Procedure per garantire l'uso sicuro e appropriato delle apparecchiature biomediche	NP
	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.c	Per la prevenzione e gestione dei disservizi sono garantite: <input checked="" type="checkbox"/> la raccolta e la tracciabilità dei disservizi rilevati <input checked="" type="checkbox"/> la predisposizione di azioni di miglioramento <input checked="" type="checkbox"/> 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: <input checked="" type="checkbox"/> anamnesi riferite alle diverse aree <input checked="" type="checkbox"/> analisi e valutazione della situazione del singolo utente e, dove necessario e opportuno, del suo contesto familiare <input checked="" type="checkbox"/> percorso dell'utente nell'UdO (P.I., Pianificazione, Diari) <input checked="" type="checkbox"/> modulistica relativa alla tutela della privacy, al consenso informato per i singoli atti sanitari proposti, alla tutela della persona se attivata <input checked="" type="checkbox"/> certificazione di tossicodipendenza rilasciata da SerT/SMI	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: <input checked="" type="checkbox"/> Processi assistenziali rilevanti per la specifica UdO <input checked="" type="checkbox"/> Approvvigionamento, conservazione e smaltimento farmaci <input checked="" type="checkbox"/> Tracciabilità della somministrazione dei farmaci <input checked="" type="checkbox"/> Criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste attesa, accoglimento e registrazione), presa in carico e dimissione <input checked="" type="checkbox"/> Modalità di pulizia e sanificazione degli ambienti <input checked="" type="checkbox"/> 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: <input checked="" type="checkbox"/> Sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza compresa l'adozione di adeguate strategie vaccinali ove ritenute opportune <input checked="" type="checkbox"/> 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
ES 2.2.1.c	Presenza di materiale informativo (carta dei servizi) contenente: <input checked="" type="checkbox"/> le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini <input checked="" type="checkbox"/> i criteri per l'accesso alle prestazioni e le modalità di erogazione delle stesse <input checked="" type="checkbox"/> le tipologie di rette applicate <input checked="" type="checkbox"/> dettaglio degli eventuali costi aggiuntivi per prestazioni specifiche	SI
AC 3.2.4.a	La carta dei servizi è: <input checked="" type="checkbox"/> datata e aggiornata <input checked="" type="checkbox"/> esposta e a disposizione del pubblico/pubblicata su sito web (se esistente)	SI

AC 3.2.4.a	<p>La carta dei servizi contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> descrizione dell'unità d'offerta con indicazioni dei posti abilitati, accreditati, a contratto <input checked="" type="checkbox"/> condizioni che danno diritto all'accesso <input checked="" type="checkbox"/> criteri di formazione e modalità di gestione della lista di attesa <input checked="" type="checkbox"/> criteri di accoglienza (anche con indicazione dell'Unità Operativa o persona incaricata per le visite guidate nella unità d'offerta) <input checked="" type="checkbox"/> criteri di presa in carico e dimissioni dell'utente <input checked="" type="checkbox"/> definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni e delle attività previste (giornata tipo) <input checked="" type="checkbox"/> orario di funzionamento dell'unità d'offerta (orario di visita/periodo di apertura nell'anno) <input checked="" type="checkbox"/> l'orario di visita è libero nelle ore diurne e regolamentato dalle 20.00 alle 8.00 <input checked="" type="checkbox"/> raggiungibilità dell'unità d'offerta con i mezzi di trasporto ed eventuale disponibilità di un servizio di trasporto della struttura <input checked="" type="checkbox"/> tipologia di rette applicate e dettaglio degli eventuali costi aggiuntivi per prestazioni specifiche <input checked="" type="checkbox"/> strumenti e modalità atti a tutelare i diritti delle persone assistite <input checked="" type="checkbox"/> definizione dei tempi di gestione segnalazioni e reclami <input checked="" type="checkbox"/> definizione delle indicazioni in caso di dimissioni/trasferimento ad altra struttura e per assicurare la continuità delle cure <input checked="" type="checkbox"/> tempistiche e modalità (inclusi i costi) per l'accesso alla documentazione socio-sanitaria o per ottenerne il rilascio <input checked="" type="checkbox"/> scheda di rilevazione del grado di soddisfazione (utenza/familiari) allegata alla carta dei servizi <input checked="" type="checkbox"/> scheda di rilevazione di apprezzamenti/reclami allegata alla carta dei servizi. <p>Barrare se pertinente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> se previsto deposito cauzionale, sono indicate le modalità di applicazione dello stesso 	SI
	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 di cui alla L.R. 3/2008	SI
	Note:	

DGR 3945/15

PERSONALE

Responsabile di programma

(presenza almeno 36 h sett. . Detto responsabile può svolgere le sue funzioni in più UdO residenziali)

Cognome	Nome	Titolo di studio	Posizione funzionale	Rapporto di lavoro	Ore
Pedercini	Davide	Laurea Psicologia Clinica	Responsabile di programma	Dip Con-Tatto servizi S.C.S	24*

* di cui 12 presso Casa Il Mantello di Torre Boldone

Responsabile di sede (nel caso in cui il responsabile di programma sia condiviso da più unità)

Cognome	Nome	Titolo di studio	Posizione funzionale	Rapporto di lavoro	Ore
Chiari	Giulia	Laurea Educatore Profess . sanitario	Responsabile di sede	Dip Con-Tatto servizi S.C.S	38

Operatori a tempo pieno (requisito di accreditamento 1/10 solo autorizzazione – accreditamento 1/8)

Cognome	Nome	Titolo di studio	Posizione funzionale	Rapporto di lavoro	Ore
Montagna	Chiara	Laurea educatore Professionale	operatore	Dip Con-Tatto servizi S.C.S	38

programma/piano di lavoro contenente:

elenco prestazioni svolte

principi ispiratori e metodologia degli interventi

definizioni delle fasi e dei tempi complessivi di svolgimento

modalità di relazione con i familiari

descrizione degli interventi (medico psicologico educativo lavorativo sociale)

modalità di utilizzo del personale e delle attrezzature

misure adottate per la salute degli utenti

tipologia delle persone ai quali è rivolto l'intervento

n di posti disponibili

modalità di valutazione e verifica degli interventi

regolamento interno (consegnato in fase di accoglienza a ciascun ospite) :

-diritti ed obblighi dell'utente

-regole di vita comunitaria con particolare riguardo alle norme comportamentali degli operatori e degli

F.to Dott.ssa Claudia Canale

Collaboratore Amministrativo Esperto

**Verbale TOX-BIA
 Terapeutico Riabilitativo 2 Soglia
 N° TOX-BIA_001_2016 del 19/01/2016
Check List**

REQUISITI STRUTTURALI

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO DGR 2569/2014 - DGR 41878/99 - DGR 12621/2003			
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 (barrare una delle opzioni):			
<input checked="" 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 (barrare una delle opzioni):			
<input checked="" 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	
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 checked="" 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	

	<p>Verifiche di idoneità statica. Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni):</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 checked="" 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 	SI	
	Per opere ed edifici strategici o rilevanti scheda analisi e verifiche vulnerabilità sismica	NP	
	Note:		
ES 2.3.2.c	PROTEZIONE ANTINCENDIO	SI	
	<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 checked="" type="checkbox"/> 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	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: <u>Dichiarazione assenza</u>		
ES 2.3.2.e	SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA	SI	
Impianti elettrici	<p>Conformità degli impianti elettrici (barrare una delle opzioni):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" 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	
	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	NP	

Impianti di protezione contro le scariche atmosferiche	Verificata tramite (barrare una delle opzioni): <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 checked="" type="checkbox"/> 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	NP	
	Verifica periodica dei dispositivi elettromedicali secondo le scadenze previste attestata da idonea documentazione	NP	
	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/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	NP	
Impianti di sollevamento	Dichiarazione di conformità	SI	
	Matricola ascensori/montacarichi rilasciata dal competente ufficio comunale	SI	
	Verifiche periodiche attestata da idonea documentazione	SI	
	Presenza di ascensori e 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)	SI	
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): <input checked="" 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	
	Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni): <input checked="" 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	NP	
	Contratto con ditta autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari a rischio infettivo in corso di validità e relativa documentazione degli avvenuti smaltimenti	NP	
	Verifica della presenza degli idonei contenitori per la raccolta a rischio infettivo	NP	
	Verifica della presenza di idoneo spazio di stoccaggio	NP	
	Note:		
ES 2.3.2.k	IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA	NP	
DGR 41878/99	Presenza impianto trattamento aria con 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:		
ES 2.3.2.l	IMPIANTI DISTRIBUZIONE GAS MEDICALI	NP	
	Presenza impianto distribuzione ossigeno (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> centralizzato <input type="checkbox"/> 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): <input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di assenza di materiali esplosivi <input type="checkbox"/> 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 anche con riferimento alle planimetrie agli atti	SI	
Note:		

REQUISITI STRUTTURALI (MODULO COMUNITARIO)

Ubicazione: semi-residenziale

Capacità recettiva della struttura: 16

CAMERE singole:

n° 1 camere a 1 p.l. (> 9 mq)

CAMERE doppie:

n° 6 camere a 2 p.l. (> 14 mq)

CAMERE triple:

n° 1 camere a 3 p.l. (> 20 mq)

Locali servizi igienici adeguati al numero di ospiti SI NO

Locali pranzo e soggiorno commisurati al numero degli utenti: SI NO
(1,2 mq/utente e comunque non meno di 14 mq)

Locale cucina e dispensa adeguati al numero degli ospiti: SI NO
(non inferiore a 14 mq + 2 mq di dispensa)

Locale per gli operatori utilizzabile per riunioni, colloquio, attività, con servizio igienico dedicato SI NO

Tutti i locali sono adeguatamente arredati favorendo la personalizzazione dello spazio fisico SI N

Supporti informatici per la gestione del debito informativo verso la Regione Lombardia
(requisito di accreditamento)

F.to Dott. Giuseppe Fattori

Tecnico della Prevenzione

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

Unità d'offerta

UdO residenziale a bassa intensità nell'area dipendenze Casa S. Giuseppe
Via San Zeno n. 150 Brescia
capacità ricettiva: n 16 posti

Motivazione

- messa in esercizio di nuova unità d'offerta con contestuale istanza di accreditamento

Soggetto gestore

Istituto delle suore delle Poverelle – Istituto Palazzolo
Via S. Bernardino n. 56 , 24122 Bergamo
CF: 00533470167
PEC: amministrazione.casamadre@pec.it

Legale rappresentante

Anna Moroni

CF *omissis*

Nata a *omissis* il *omissis*

residente a *omissis*

atto di nomina: verbale di delibera del Consiglio Generale del 30 ottobre 2013

Estremi della SCIA contestuale/istanza di accreditamento

prot. n. 0163511/15 del 28/12/15

Ulteriori informazioni relative all'unità d'offerta

- **eventuali finanziamenti pubblici per la realizzazione:** *l'unità di offerta è stata realizzata senza finanziamenti pubblici*
- **titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività:** *proprietà*
- **l'attività è esercitata a titolo di** *gestione diretta di un bene di proprietà*

“Allegato B”

REQUISITI SOGGETTIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE E ALTRI SOGGETTI TENUTI – DGR 2569/14 allegato 1 sez. 2.1 Le verifiche non sono dovute per i legali rappresentanti di enti locali e di ASL che gestiscono direttamente unità d'offerta sociosanitarie, in quanto soggetti a specifica normativa di riferimento	Esito	NOTE
Insussistenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'articolo 67, comma 2, del D.Lgs. 159/11 per il legale rappresentante	SI	
Insussistenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'articolo 67, comma 2, del D.Lgs. 159/11 per <u>tutti gli altri soggetti</u> di cui al Libro II del medesimo decreto, di seguito elencati:	SI	
inserire nome, cognome, codice fiscale e qualifica Anna Moroni omissis Legale rappresentante Maria Loretta Sartore omissis Maria Vania Mapelli omissis Madeleine Tanoh omissis Lucia Vezzoli omissis Marilena Monzani omissis Edoardo Manzoni omissis procuratore e OdV Carla Fiori omissis procuratore Luciana Gattinoni omissis sindaco Fabrizio Longoni omissis sindaco Mauro Somenzi omissis sindaco Pierangelo Aresi omissis OdV Stefano Chinotti omissis OdV	SI	

REQUISITI SOGGETTIVI DEL SOGGETTO GESTORE DGR 2569/14 allegato 1 sezione 3.1	Esito	NOTE
Personalità giuridica con iscrizione nello specifico registro delle imprese o delle persone giuridiche private <ul style="list-style-type: none"> • Privata 	SI	
Regolarità della continuità gestionale e finanziaria *	SI	
Presenza dell'organo di controllo economico e relativa composizione (tipologia, nominativi e qualifiche dei componenti) * <i>Luciana Gattinoni omissis sindaco</i> <i>Fabrizio Longoni omissis sindaco</i> <i>Mauro Somenzi omissis sindaco</i>	SI	
Assenza di stato di fallimento *	SI	
Assenza di liquidazione coatta *	SI	
Assenza di concordato preventivo *	SI	
Assenza di procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni: fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo *	SI	

* Requisiti non applicabili per i soggetti gestori pubblici, in quanto si fa riferimento agli obblighi contabili e di controllo previsti dalle specifiche normative

Visto l'esito dell'istruttoria relativa alla Segnalazione Certificata di Inizio Attività con contestuale istanza di accreditamento ,

SI ATTESTA CHE

- il soggetto gestore denominato Istituto delle suore delle Poverelle – Istituto Palazzolo, avente sede legale nel Comune di Bergamo in via S. Bernardino n. 56 (C.F.00533470167),

RISULTA

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

- l'unità d'offerta Casa S. Giuseppe UdO residenziale a bassa intensità nell'area dipendenze , con sede nel Comune di Brescia in via San Zeno n. 150,

RISULTA

in possesso dei requisiti generali e specifici di esercizio e di accreditamento previsti dalla DGR n. 2569/2014 e dalla DGR n.3945 del 31/7/2015.

Brescia,19/01/2016

Il Responsabile
U.O. VIGILANZA E CONTROLLO
EROGATORI SOCIO SANITARI
F.to Dr.ssa Francesca Cremaschini

.....

Responsabile del procedimento:

Collaboratore Amministrativo Esperto

F.to Dott.ssa Claudia Canale

.....

Si allega la check list/verbale di verifica dei requisiti di esercizio generali e specifici per l'unità di offerta che ha presentato la SCIA contestuale, come previsti dalle relative DGR.2569/14