

REGIONE TOSCANA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA CENTRO
 Sede Legale P.zza Santa Maria Nuova n. 1 – 50122 Firenze

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

Numero della delibera	561
Data della delibera	14-05-2025
Oggetto	Regolamento Aziendale
Contenuto	Approvazione del Regolamento di funzionamento della Commissione Multidisciplinare di Vigilanza ai sensi della Legge Regione Toscana n. 41/2005 e del Regolamento Regione Toscana n. 2/R del 2018

Dipartimento	DIPARTIMENTO SERVIZIO SOCIALE
Direttore del Dipartimento	BOLDRINI ROSSELLA
Struttura	DIPARTIMENTO SERVIZIO SOCIALE
Direttore della Struttura	BOLDRINI ROSSELLA
Responsabile del procedimento	STADERI AZZURRA

Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
1	68	Regolamento Commissione Multidisciplinare di Vigilanza

Tipologia di pubblicazione	Integrale Parziale
-----------------------------------	-------------------------

IL DIRETTORE GENERALE
(in forza del D.P.G.R. Toscana n. 169 dell' 11 ottobre 2023)

Vista la Legge Regionale n. 84/2015 recante “*Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla Legge Regionale 40/2005*”;

Vista la delibera n. 1720 del 24.11.2016 di approvazione dello Statuto aziendale e le conseguenti delibere di conferimento degli incarichi dirigenziali delle strutture aziendali;

Visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii;

Visto la Legge Regionale n. 41/05 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale” e ss.mm.ii che istituisce la Commissione Multidisciplinare di Vigilanza quale organismo consultivo e di supporto per il monitoraggio e la vigilanza sulle attività sanitarie e socio-sanitarie;

Richiamato il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R “Regolamento di attuazione dell’articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)” che definisce le modalità operative e le funzioni della Commissione, stabilendo principi di trasparenza, partecipazione e multidisciplinarietà;

Visto il Piano Sociale Sanitario Integrato della Regione Toscana (PSSIR) 2018-2020;

Visto altresì:

- la Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e ss.mm.ii.;
- la Legge Regionale n. 82/2009 “Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato” e le Leggi Regionali n. 21/2017, n. 70/2017 e n. 1/2020 che hanno operato la revisione del sistema di accreditamento sociale integrato toscano;
- il Regolamento 11 agosto 2020, 86/R di attuazione della l.r. n. 82/2009 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato) e le Deliberazioni di Giunta regionale n. 245/2021, n. 289/2021, n. 918/2021 e n. 1239/2021;

Richiamata la delibera aziendale n. 34 del 23/8/2017 “*Approvazione e sperimentazione strumento di valutazione unitario della commissione di vigilanza dell’Azienda UsL Toscana Centro- CHECK LIST*”;

Dato atto che con delibera n. 88/2025, l’AUSL Toscana Centro provvedeva ad aggiornare la composizione della Commissione Multidisciplinare di Vigilanza, successivamente rettificata con la delibera n. 179 del 11/02/2025 “*Rettifica Delibera n.88/2025 recante: Commissione Multidisciplinare di Vigilanza dell’Azienda UsL Toscana Centro per le funzioni di verifica dei requisiti ai sensi della L.R 41/05 e Reg. 2/r ss.mm.ii. – Aggiornamento Componenti*”;

Considerato che la Commissione Multidisciplinare di Vigilanza ha il compito di garantire le attività ad essa attribuite dalla L.R. 41/05 e ss.mm.ii e dal regolamento regionale di attuazione n. 2/R del 2018, rispetto alle strutture soggette ad autorizzazione di cui all’art. 21 e a quelle soggette ad obbligo di comunicazione di avvio di attività di cui all’art. 22;

Rilevato in particolare che, l'art. 31 del Regolamento n. 2R/2018 prevede che il Comune si avvalga della Commissione Multidisciplinare di cui all'articolo 20, comma 3, della l.r. 41/2005, per l'accertamento dei requisiti per il rilascio dell'autorizzazione e per il mantenimento dell'autorizzazione, nonché per la verifica dell'appropriatezza del percorso assistenziale nelle strutture;

Ritenuto necessario adottare un Regolamento di funzionamento specifico che disciplini le modalità operative della Commissione Multidisciplinare di Vigilanza, al fine di assicurare il corretto svolgimento delle attività e il rispetto delle normative vigenti, nonché promuovere la qualità dei servizi;

Preso atto della proposta di Regolamento presentata dal Direttore SOS Qualità delle prestazioni erogate dalle Strutture Sociali e Socio – Sanitarie, Dott.ssa Anna Guidotti;

Preso atto che il Direttore SOS Qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sociali e sociosanitarie, nel proporre il presente atto attesta la regolarità tecnica ed amministrativa e la legittimità e congruenza dell'atto con le finalità istituzionali di questo Ente, stante anche l'istruttoria effettuata a cura del Responsabile del Procedimento, Azzurra Staderi, in servizio c/o la Direzione dei Servizi Sociali;

Vista la sottoscrizione dell'atto da parte del Direttore del Dipartimento dei Servizi Sociali;

Su proposta del Direttore SOS Qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sociali e sociosanitarie, Dott.ssa Anna Guidotti;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Sociali;

DELIBERA

per i motivi espressi in narrativa:

- 1) Di approvare il Regolamento di funzionamento della Commissione Multidisciplinare di Vigilanza, allegato alla presente delibera (**All. 1**), che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- 2) Di stabilire che il Regolamento entra in vigore a partire dalla data di pubblicazione;
- 3) Di riservarsi di apportare eventuali modifiche e integrazioni al Regolamento, qualora necessarie, in base all'evoluzione normativa o alle esigenze operative;
- 4) Di trasmettere, a cura del Responsabile del procedimento, la presente delibera al Dipartimento dei Servizi Sociali, Dipartimento della Rete Sanitaria Territoriale, Dipartimento Area Tecnica, Dipartimento della Prevenzione, Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica, Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari, Dipartimento del Farmaco, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento di Medicina Multidimensionale e alle Direzioni SdS / Zone Distretto;

5) Di trasmettere la presente determinazione al Collegio Sindacale a norma di quanto previsto dall' Art. 42 comma 2, della L.R.T. 40/2005 e ss.mm.ii.

6) Di pubblicare sull' albo on-line ai sensi dell'art. 42 comma 2, della Legge Regionale 40/2005 e ss.mm.ii.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Valerio Mari)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Valeria Favata)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott.ssa Simona Dei)

IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI
(Dott.ssa Rossella Boldrini)

REGOLAMENTO COMMISSIONE MULTIDISCIPLINARE
di cui all'Art. 20 comma 3 della L.R. n. 41/2005 e ss.mm.ii

SOMMARIO

- Art. 1 Oggetto
- Art. 2 Funzioni
- Art. 3 Nomina e Composizione
- Art. 4 Criteri generali di funzionamento della Commissione Multidisciplinare
- Art. 5 Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti minimi di funzionamento: Modalità di funzionamento
- Art. 6 Attività finalizzata al rilascio del parere autorizzativo all'esercizio: Modalità di funzionamento
- Art. 7 Le check list
- Art. 8 La verifica dei requisiti professionali
- Art. 9 Pubblicità
- Art. 10 Entrata in vigore

ALLEGATI

Allegato A) check list:

- A.1) Assistente sociale
- A.2) Operatore Servizio Igiene
- A.3) Operatore Servizio Prevenzione e Sicurezza
- A.4) Operatore afferente all' area tecnico edilizia
- A.5) Medico assistenza sanitaria di comunità
- A.6) Infermiere
- A.7) Operatore Amministrativo

Allegato B) Dichiarazione di assenza di situazioni di conflitto di interessi commissione multidisciplinare di vigilanza

Allegato C) Modello autodichiarazione trimestrale requisiti di personale

Allegato D) Schemi Verbali. All. D1,D2,D3,D4

Allegato E) Modello autodichiarazione annuale requisiti di funzionamento

Art. 1 – Oggetto

Il presente regolamento stabilisce le modalità con le quali la Commissione Multidisciplinare dell'Azienda Usl Toscana Centro (di seguito soltanto ASLTC) esercita quanto ad essa attribuito dalla L.R. n. 41/2005 e ss.mm.ii. e dal suo Regolamento di attuazione (Regolamento regionale n.2/R del gennaio 2018) in riferimento alle Strutture soggette ad autorizzazione di cui all'art.21 e a quelle soggette ad obbligo di comunicazione di Avvio di Attività di cui all'art.22.

La Commissione Multidisciplinare effettua vigilanza anche sulle Residenze Assistite (R.A), strutture autorizzate ai sensi della previgente normativa e tutt'ora esistenti, anche se non previste dalla normativa ad oggi in vigore.

Art. 2 – Funzioni

2.1 Titolare della funzione autorizzativa e di vigilanza è l'Amministrazione comunale ove ha sede la struttura.

2.2 L'Amministrazione comunale si avvale della Commissione Multidisciplinare, nominata dal Direttore Generale della ASLTC ai sensi della normativa vigente riguardo a:

- a) Richieste di autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semi residenziali di cui all'art 21 della L.R. n. 41/2005 e ss.mm.ii. La Commissione Multidisciplinare si esprime mediante parere in merito ai requisiti minimi strutturali, organizzativi e professionali indicati nell'allegato A) del Regolamento regionale 2/R del 09.01.2018;
- b) Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti minimi strutturali, organizzativi e professionali, indicati nell'allegato A) del Regolamento regionale 2/R del 09.01.2018 delle Strutture residenziali e semi residenziali di cui all'art 21 della L.R. n.41/2005;
- c) Attività di vigilanza sulle strutture di cui all'art 22, comma1 lettera b) della L.R. n. 41/2005 e ss.mm.ii, disciplinate dall'allegato B) del Regolamento regionale 2/R del 09.01.2018 in relazione alla verifica dell'appropriatezza del percorso assistenziale degli ospiti e ai requisiti previsti nell'allegato B) del sopra citato regolamento;
- d) Attività di vigilanza su specifica richiesta dell'Amministrazione comunale ove ha sede la Struttura la quale, facoltativamente, può avvalersi della Commissione Multidisciplinare ai sensi dell'art.22, comma 3, lett.a) del Regolamento regionale 2/R del 09.01.2018, per le strutture di cui all'art.22, comma1, lettera a) e c) della L.R. n.41/2005 e ss.mm.ii. La Vigilanza osserva quanto previsto dagli art. 23, 24,25,27 del Regolamento regionale 2/R del 09.01.2018.

2.3 L'Amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 24 della L.R. n. 41/2005 e ss.mm.ii , è titolare dell'erogazione delle sanzioni amministrative.

Art. 3 – Nomina e composizione

3.1 La Commissione Multidisciplinare attua le sue funzioni a livello aziendale ed è presieduta dal Direttore dei Servizi Sociali o da un suo delegato — Vice Presidente e Incarichi di Funzioni Vigilanza. I membri della Commissione Multidisciplinare sono nominati dal Direttore Generale, di concerto con la Conferenza Aziendale dei Sindaci dell'ASL TC, ai sensi dell'art. 32, comma 1 del Regolamento regionale 2/R del 09.01.2018.

3.2 In considerazione delle importanti dimensioni dell'Azienda, si prevede che possano essere operativi anche contemporaneamente più gruppi rappresentativi della Commissione Multidisciplinare.

3.3 La Commissione Multidisciplinare, in osservanza del Regolamento regionale 2/R del 09.01.2018, è composta da:

- Direttore dei Servizi Sociali dell'Azienda USL o da un suo delegato che la presiede;
- un medico di assistenza sanitaria di comunità;
- un tecnico afferente all'area tecnico –edilizia;
- un assistente sociale;
- un operatore del servizio di igiene;
- un operatore del servizio prevenzione e sicurezza;
- un funzionario amministrativo.

3.4 In attuazione dell'art. 32 comma 3 dello stesso Regolamento 2R/2018, la Commissione Multidisciplinare è integrata da ulteriori figure professionali (geriatra, farmacista e infermiere). L'infermiere integra sempre la Commissione limitatamente alle strutture residenziali e semi residenziali per anziani e disabili. I componenti integrativi sono individuati con Delibera di nomina del Direttore Generale.

3.5 Per ogni membro titolare della Commissione Multidisciplinare sono nominati uno o più sostituti.

3.6 Le funzioni dell'Assistente Sociale, quale componente della Commissione, sono svolte dal Vice Presidente o dai titolari di Incarico di vigilanza in quanto assistenti sociali.

3.7 I componenti e i sostituti della Commissione Multidisciplinare sono tenuti ad astenersi e a segnalare qualsiasi situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, che possa essere percepita come una minaccia alla loro imparzialità e indipendenza nello svolgimento delle proprie funzioni, con le modalità previste dal Regolamento aziendale sulla gestione del conflitto di interessi approvato con Delibera n. 380/2024 e successivi aggiornamenti.

Art. 4 – Criteri generali di funzionamento della Commissione Multidisciplinare

4.1 La Commissione Multidisciplinare svolge le proprie funzioni in modo collegiale attraverso sopralluoghi e sedute che possono essere svolte sia in presenza che da remoto.

4.2 Qualora siano necessari approfondimenti su aspetti specifici, la Commissione Multidisciplinare, procede con diversa composizione (anche in forma ristretta), con la necessaria presenza del presidente o di suo delegato e di almeno un ulteriore componente.

4.3 Visto quanto statuito dall' art.23, comma 2 della L.R. n. 41/2005 e ss.mm.ii, l'attività di vigilanza sulle strutture soggette ad autorizzazione è prevista, di norma, con cadenza annuale mediante accessi diretti in struttura o con richiesta di documentazione e/o autocertificazione, relativamente alla permanenza dei requisiti minimi previsti prodotte dal Legale Rappresentante della Struttura.(**allegato E**).

4.4 Ciascun componente è tenuto al segreto d'ufficio e/o professionale ed è personalmente responsabile della diffusione di informazioni inerenti le attività di competenza della Commissione Multidisciplinare.

4.5 La Commissione Multidisciplinare svolge il sopralluogo di vigilanza senza alcun preavviso, salvo i casi previsti dal Regolamento regionale 2/R del 09.01.2018.

4.6 La Commissione Multidisciplinare comunica anticipatamente al Legale Rappresentante della Struttura lo svolgimento del sopralluogo nei casi in cui vi sia una richiesta di parere per una nuova

autorizzazione o per la verifica dei requisiti previsti dal regolamento per le strutture di cui è pervenuta la Comunicazione di Avvio Attività.

- 4.7 La Commissione Multidisciplinare dispone di una propria casella di posta elettronica certificata dedicata: vigilanzastrutturetosociosanitarie.uslcentro@postacert.toscana.it.
- 4.8 La Commissione Multidisciplinare dispone di un Archivio informatizzato in cui viene conservata tutta la documentazione ed è accessibile al Presidente o suo delegato e agli amministrativi assegnati alla Commissione stessa.
- 4.9 La Commissione Multidisciplinare dispone di una cartella condivisa, nella quale i componenti amministrativi mettono a disposizione il materiale presente in archivio relativo alla struttura in cui è programmato l'accesso per consentire ai commissari coinvolti di prenderne visione e seguire il procedimento fino alla conclusione. È responsabilità di ogni singolo componente attivarsi per avere in dotazione uno strumento informatico in grado di garantire la fruibilità della cartella condivisa.
- 4.10 In caso di sedute da remoto per la firma dei verbali è richiesta la firma digitale. È responsabilità di ogni singolo componente provvedere a dotarsi di firma digitale.
- 4.11 Le strutture oggetto di sopralluogo routinario sono individuate secondo i seguenti criteri:
- a) temporalità, ovvero la distanza temporale dall'ultimo sopralluogo effettuato;
 - b) la classe di rischio della struttura sulla base dei precedenti accessi e nel caso di RSA, anche quella rilevata a seguito della verifica documentale trimestralmente acquisita dalla Commissione;
 - c) segnalazioni.
- 4.12 I sopralluoghi sono calendarizzati annualmente e trimestralmente; il calendario viene aggiornato tenendo conto delle eventuali segnalazioni di criticità ricevute.
- 4.13 Per lo svolgimento dell'attività di vigilanza, la Commissione Multidisciplinare procede con la verifica di quanto indicato nelle check list allegate al presente regolamento.
- 4.14 Gli esiti dell'attività di vigilanza della Commissione Multidisciplinare si esprimono attraverso verbali:
- **All. D1** - Verbale di accesso di vigilanza, ovvero il documento rilasciato contestualmente al termine del sopralluogo;
 - **All. D2** - Verbale/i successivo/i al primo accesso per necessità di ulteriori chiarimenti o prescrizioni; verbale di chiusura del procedimento per esito positivo; verbale con valutazione negativa per mancanza di mantenimento di uno o più requisiti minimi.

Art. 5 – Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti minimi di funzionamento: Modalità di funzionamento

- 5.1 Al termine di ogni accesso di vigilanza in struttura, la Commissione Multidisciplinare rilascia il verbale (**All. D1**) contenente gli esiti descrittivi di quanto rilevato in base alle check list e una valutazione collegiale dei presenti. Il verbale può esitare senza nessun rilievo oppure può contenere prescrizioni, raccomandazioni e/o richiesta di documentazione.
- 5.2 Il verbale, firmato dal Presidente o da un suo delegato e dai componenti presenti, viene consegnato al termine del sopralluogo al Responsabile della Struttura o suo delegato, il quale controfirma il verbale per accettazione. E' facoltà del Direttore di Struttura chiedere di inserire eventuali osservazioni nel verbale contestuale. Qualora non sia presente in struttura il Direttore o un suo delegato, oppure il Legale Rappresentante, il verbale non sarà consegnato al termine del sopralluogo, ma inviato via PEC al Legale Rappresentante.

- 5.3** Il verbale viene quindi trasmesso tramite PEC all'Amministrazione Comunale competente per territorio, quale titolare della vigilanza e, per conoscenza, al Direttore di Zona/SdS per ubicazione della struttura.
- 5.4** I membri della Commissione Multidisciplinare devono sottoscrivere apposita dichiarazione di assenza di situazioni di conflitto di interessi (**All. B**). La dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, è conservata agli atti del singolo procedimento.
- 5.5** Nel caso in cui non siano rilevate criticità e la verifica di back office effettuata in merito al requisito di personale risulti avere esito positivo, viene redatto il verbale di chiusura del procedimento (**All.D2**) firmato da tutti i componenti presenti alla verifica e inviato tramite PEC all'Amministrazione Comunale competente per territorio, al Direttore della Struttura e, per conoscenza, al Direttore di Zona /SdS.
- 5.6** Nel caso in cui il verbale contestuale abbia esitato in prescrizioni e/o richiesta documentale in relazione alle azioni a cui la struttura è tenuta a dare risposta/evidenza, i componenti della Commissione Multidisciplinare, referenti delle aree di competenza delle prescrizioni, sono responsabili della valutazione rispetto alle risposte/evidenze fornite al fine di contribuire alla valutazione collegiale.
- 5.7** Qualora la struttura ottemperi alle prescrizioni e alla richiesta documentale, la Commissione Multidisciplinare procede tramite verbale (**All.D2**), firmato da tutti i componenti presenti all'accesso, alla chiusura del procedimento e all'invio tramite PEC ai soggetti di cui al precedente punto 5.5.
- 5.8** In caso di ritardo nell'adempimento delle singole prescrizioni e/o richiesta documentale, la Commissione Multidisciplinare redige un verbale (**All.D2**) che esplicita un sollecito con relativi tempi di risposta oppure un verbale con valutazione di carenza dei requisiti minimi di esercizio o non conformità a firma di tutti i componenti presenti all'accesso. Per motivi di urgenza, la firma collegiale può essere sostituita dalla firma del Presidente o delegato e del componente dell'area di competenza.
- 5.9** I verbali di cui all'art. 4 sono trasmessi tramite PEC ai soggetti di cui al punto 5.5
- 5.10** Nel caso in cui dal verbale emerga la mancanza di uno o più requisiti minimi, l'Amministrazione comunale in cui ha sede la Struttura, è titolare dei successivi adempimenti ai sensi dell'art.24 della L.R. n.41/2005 e ss.mm.ii.
- 5.11** Il Legale Rappresentante della Struttura, entro 15 giorni dal ricevimento del verbale, può presentare osservazioni ai sensi dell'art.34 comma 5, del Regolamento regionale 2/R del 09.01.2018.

Art. 6 – Attività finalizzata al rilascio del parere autorizzativo all'esercizio: Modalità di funzionamento

- 6.1** In seguito alla richiesta da parte dell'Amministrazione comunale territorialmente competente (SUAP o altro ufficio individuato) di espressione di parere autorizzativo la Commissione Multidisciplinare procede all'istruttoria sulla base dei documenti ricevuti. La documentazione minima comprende:
- planimetrie;
 - attestazione asseverata di agibilità presentata in Comune (con allegate conformità impianti elettrici, gas e ascensori se presenti);
 - documento di valutazione scariche atmosferiche (CEI EN 62305-2);
 - SCIA prevenzione incendi (per tutte le attività soggette ex DPR 151/11);
 - bozza DVR e Duvri se dovuto;
 - bozza Piano di Emergenza;

- Regolamento;
- Carta dei Servizi;
- Piano Nutrizionale.

6.2 In base alla verifica della documentazione trasmessa si configurano le seguenti situazioni:

6.2.1. La documentazione inviata è sufficiente chiara ed esaustiva

Si procede con l'accesso in struttura rilasciando un verbale di accesso (**All. D3**). Se l'esito dell'accesso non evidenzia criticità si procede all'espressione del parere con invio di Verbale di parere (**All. D4**). In caso di non conformità rilevate nel sopralluogo si procede con la sospensione del parere in attesa di evidenza di risoluzione delle stesse.

6.2.2. La documentazione inviata non risulta chiara ed esaustiva

Si procede con un verbale di richiesta chiarimenti e integrazioni. Se le integrazioni risultano sufficienti si procede al sopralluogo in struttura. Se dall'esito dell'accesso non emergono criticità, si procede con l'espressione del parere. Nel caso di non conformità rilevate nel sopralluogo, si procede con la sospensione del parere in attesa dell'evidenza di risoluzione delle stesse.

6.2.3. La documentazione inviata evidenzia mancanza di requisiti minimi

Si esprime parere negativo motivato.

6.3 In tutti i punti di cui al precedente comma, la Commissione Multidisciplinare invia i verbali all'Amministrazione Comunale di competenza e conclude il procedimento. Tutti i successivi atti e procedimenti saranno di competenza dell'Amministrazione comunale.

6.4 I membri della Commissione Multidisciplinare devono sottoscrivere apposita dichiarazione di assenza di situazioni di conflitto di interessi (**All. B**). La dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, è conservata agli atti del singolo procedimento.

Art. 7 – Le Check List - Allegato A)

7.1 L'attività di controllo di competenza della Commissione è eseguita facendo ricorso alle Check list, allegate al presente regolamento:

- Check list Operatore servizio igiene;
- Check list Operatore del servizio prevenzione e sicurezza;
- Check list Operatore Area tecnica edilizia;
- Check list Medico attività sanitarie di base;
- Check list Infermieristica;
- Check list Amministrativa;
- Check list Servizio sociale.

7.2 Ciascun componente della Commissione Multidisciplinare, in occasione dell'attività di controllo con sopralluogo, è tenuto ad utilizzare la check list di propria competenza con apposizione di data e firma ed a consegnarla all'ufficio amministrativo della Commissione.

7.3 Nello svolgimento delle funzioni attribuite alla Commissione Multidisciplinare dalla L.R.41/2005, i componenti agiscono esclusivamente in qualità di pubblici ufficiali, ivi compreso il personale del Dipartimento di Prevenzione, o assegnato funzionalmente ad esso, il quale, per il servizio svolto in tale ambito, è provvisto della qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria ai sensi dell'art.57, comma terzo, c.p.p.¹.

¹ "Sono altresì ufficiali e agenti di polizia giudiziaria, nei limiti del servizio cui sono destinate e secondo le rispettive attribuzioni, le persone alle quali le leggi e i regolamenti attribuiscono le funzioni previste dall'articolo 55".

7.4 Laddove un componente, nell'ambito del controllo di propria competenza, rilevi fatti che configurano un'ipotesi di reato perseguibile d'ufficio, o acquisisca elementi che rendano opportuno informare per eventuali approfondimenti gli organi amministrativi e/o di polizia giudiziaria competenti per materia e per territorio (es. Comando VV.F., organi di vigilanza in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, Sicurezza alimentare, ARPAT, Comando di Polizia Municipale/uffici comunali), segnala i fatti per iscritto, in modo circostanziato, al Presidente della Commissione, ovvero – in caso di indisponibilità – al Vicepresidente:

- nel caso di fatti che configurano un'ipotesi di reato, il Presidente della Commissione, o suo delegato, procede con la comunicazione all'organo competente, ai sensi dell'art. 331 c.p.p., con particolare riferimento ai commi 2² e 4³, a mezzo di nota a firma congiunta con il componente della Commissione dell'Area di riferimento;
- nel caso di altre evidenze per le quali si ritiene opportuno un approfondimento da parte degli organi competenti, il Presidente della Commissione, o suo delegato, provvede alla segnalazione con nota a firma congiunta con il componente della Commissione dell'Area di riferimento.

7.5 Il verbale redatto al termine del sopralluogo che esprime una valutazione collegiale, riporta in forma aggregata gli esiti delle singole check list secondo le seguenti macro aree: Area socio-sanitaria, Area igienico sanitaria, Area Manutentiva, Area Sicurezza, Area personale.

7.6 Le check list sono conservate agli atti del singolo procedimento.

Art. 8 – La verifica dei requisiti professionali

8.1 Al momento dell'accesso di vigilanza per la verifica dei requisiti professionali del personale che opera nella Struttura, la Commissione Multidisciplinare procede alla disamina della documentazione relativa al personale in servizio al momento dell'accesso (registro firme e/o cartellini timbrature) e ne dà evidenza nel verbale rilasciato al termine del sopralluogo. Contestualmente, in base a quanto rilevato ed alla valutazione, può essere richiesto l'invio del turno/i del/i mese/i precedente/i al sopralluogo e i relativi cartellini timbrature e/o fogli firma così da poter effettuare approfondimenti sul requisito minimo delle ore erogate.

8.2 La verifica dei requisiti professionali si attua anche verificando i titoli professionali in possesso del personale operante in Struttura.

8.3 In relazione alla verifica dei requisiti professionali riferiti alle RSA, ai sensi del Regolamento regionale 2/R del 09.01.2028 e della DGRT n. 398/2015, la Commissione Multidisciplinare effettua la verifica sull'autodichiarazione prodotta e sottoscritta trimestralmente dal Legale Rappresentante di ogni struttura formulata sulla base del modello autodichiarazione allegato al presente regolamento (**All. C**). La Commissione Multidisciplinare richiede a campione evidenza di quanto dichiarato, a titolo indicativo attraverso la richiesta di cartellini timbrature/fogli firma, turnistica, fatture in caso di liberi professionisti.

8.4 L'autodichiarazione di cui al comma 2 deve essere inviata via PEC alla Commissione Multidisciplinare entro il 15 del mese successivo alla chiusura del trimestre.

8.5 In analogia a quanto sopra, la Commissione Multidisciplinare può valutare se richiedere l'autodichiarazione anche per le altre tipologie di Strutture previste dalla normativa.

2 *“La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria”.*

3 *“Se, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, emerge un fatto nel quale si può configurare un reato perseguibile di ufficio, l'autorità che procede redige e trasmette senza ritardo la denuncia al pubblico ministero”. “La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria”.*

8.6 L'autodichiarazione contiene i seguenti elementi:

- a) Il numero di giornate di presenza degli ospiti presenti in ogni mese del trimestre, suddivisi per tipologia;
- b) i nominativi del personale impiegato per singolo mese suddiviso per tipologia di operatore con indicazione delle ore effettuate;
- c) le motivazioni di eventuali scostamenti.

8.7 In caso di ritardo nella ricezione della documentazione, la Commissione Multidisciplinare provvede a sollecitare tramite PEC il Legale Rappresentante ed in caso di inadempienza segnala alla struttura dell'ASL TC o della SDS che gestisce il contratto.

8.8 Qualora la verifica evidenzi il mancato rispetto dei requisiti minimi professionali previsti dalla normativa, la Commissione Multidisciplinare procede a redigere una nota (che può essere allegata al verbale) sulla base dei seguenti criteri:

- a) reiterazione degli scostamenti dal requisito minimo;
- b) molteplicità degli scostamenti dal requisito minimo su più profili professionali;
- c) entità dello scostamento;
- d) validità delle motivazioni addotte per lo scostamento di cui al comma 8.5 (lettera c);
- e) qualità del servizio erogato, come desunto dai verbali di eventuali sopralluoghi effettuati nel periodo a cui si riferisce lo scostamento rilevato.

8.9 La nota sulla base dei criteri di cui sopra, può esitare in prescrizioni di adeguamento o nel parere di mancanza di un requisito minimo professionale. La nota sarà trasmessa via PEC al Sindaco del Comune territorialmente competente per gli adempimenti di competenza ed al Direttore di SdS/zona competente.

Art. 9– Pubblicità

Il regolamento è reso noto a tutte le Strutture soggette a vigilanza.

Art. 10 – Entrata in vigore

Il presente regolamento entra in vigore dalla data di approvazione dello stesso.

ALLEGATO A)

**Check list Area Servizio Sociale (All. A1)
pag. 3/3**

**Chek list Operatore servizio igiene (All. A2)
pag. 7/7**

**Chek list Operatore servizio prevenzione e sicurezza (All. A3)
pag. 4/4**

**Chek list Operatore Area tecnica edilizia (All. A4)
pag. 7/7**

**Chek list Medico attività sanitarie di base (All. A5)
pag. 7/7**

**Chek list Infermieristica (All. A6)
pag. 6/6**

**Chek list Amministrativa (All. A7)
pag. 3/3**

	CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05 <input type="checkbox"/> Autorizzazione <input type="checkbox"/> Vigilanza		Revisione documento	Data revisione
			n.3	Gennaio 2025

AREA IGIENE			
OPERATORE I.P.N.	Nome struttura vigilata	Indirizzo struttura	Data sopralluogo
.....

N°	CONTROLLO	PROVVEDIMENTO	Evidenza del controllo/Rilevazioni/Commenti
1	Camere		
1.1	Locale: Condizioni igienicosanitarie		
1.2.	Arredi: manutenzione e pulizia		
1.3	Condizioni biancheria e materassi		
2	Servizi igienici annessi e non annessi alle camere		
2.1	Locale: Condizioni igienicosanitarie		
2.2	Sanitari e arredi: manutenzione e pulizia		
2.3	Accessori: - Cestino - Sapone in dispenser - Carta igienica - Contenitore per biancheria sporca		
2.4	• Procedura gestione dotazione materiale per singolo ospite (es: spugne, spazzolini, asciugamani)		
2.5	Supporto sostegno/sbarre Campanello di allarme		Elemento all'attenzione anche dei geometri da confrontarsi al momento della stesura del verbale contestuale
3	Bagno assistito per piano		
3.1	Locale: Condizioni igienicosanitarie		
3.2	Sanitari e arredi: manutenzione e pulizia		

		CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05		Revisione documento	Data revisione
				n.3	Gennaio 2025
N°	CONTROLLO	PROVVEDIMENTO	Evidenza del controllo/Rilevazioni/Commenti		
3.3	Accessori: - Salviette monouso e cestino - Sapone in dispenser - Carta igienica Campanello allarme				
4	Lavaggio presidi padelle - storte				
4.1	Locale apposito Tipologia lavaggio: - Manuale - Automatico con lava-padelle				
4.2	<ul style="list-style-type: none"> Procedura di gestione, pulizia e manutenzione (raccolta, trasporto, stoccaggio, non funzionamento apparecchio) 				
5	Servizio Parrucchiere/pedicure				
5.1	Spazio dedicato				
5.2	Struttura: Condizioni igienicosanitarie				
5.3	Arredi: manutenzione e pulizia				
5.4	Presenza Kit personali				
5.5	Attestati professionali				
5.6	<ul style="list-style-type: none"> Procedura modalità di sterilizzazione e/o disinfezione e tenuta dei taglienti <u>non monouso</u> 				
6	Palestra				
6.1	Struttura: condizioni igienicosanitarie				

		CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05	Revisione documento	Data revisione
			n.3	Gennaio 2025
N°	CONTROLLO	PROVVEDIMENTO	Evidenza del controllo/Rilevazioni/Commenti	

6.2	Arredi: manutenzione e pulizia			
7	Infermeria/ambulatorio :			
7.1	Locale: Condizioni igienico-sanitarie			
7.2	Arredi: manutenzione e pulizia			
7.3	Servizio igienico dedicato o presenza lavabo in caso di assenza servizio igienico dedicato			
8	Utilizzo di strumenti taglienti da parte del personale addetto all'assistenza			
8.1	Strumentario utilizzato: - Individuale - Sterilizzato - Kit monouso			
8.2	• Procedura modalità di sterilizzazione taglienti			
9	Strumentario sanitario			
9.1	Strumentario utilizzato - Kit monouso - Non monouso			
9.2	• Procedura modalità di sterilizzazione. strumentario sanitario			
10	Rifiuti sanitari speciali			
10.1	Deposito temporaneo aerato e in sicurezza			
10.2	Contratto con ditta per lo smaltimento. Raccogliere evidenze (es. formulario, bolle ecc)			
10.3	• Presenza procedura modalità di gestione rifiuti sanitari speciali			

		CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05	Revisione documento	Data revisione
			n.3	Gennaio 2025
N°	CONTROLLO	PROVVEDIMENTO	Evidenza del controllo/Rilevazioni/Commenti	

11	Deposito materiale sanitario			
11.1	Ubicazione			
11.2	Struttura: condizioni igienico-sanitarie			
11.3	Arredi: manutenzione e pulizia			
11.4	Spazio per stoccaggio - pannoloni - materiale sanitario (ausili)			
11.5	Presenza materiali non attinenti			
12	Lavanderia interna			
12.1	Ubicazione			
12.2	Locale: condizioni igienico-sanitarie			
12.3	Stoccaggio: - biancheria sporca con particolare riguardo ai DEPOSITI - biancheria pulita con particolare riguardo ai DEPOSITI Percorso sporco/pulito			
12.4	Modalità di lavaggio: - indumenti personali.(etichette nome) - biancheria piana			
12.5	Ditta servizio lavanderia se esterna (evidenze)			
12.6	• Presenza procedura lavaggio biancheria piana e indumenti personali.			
13	Lavaggio attrezzature di pulizia			
13.1	Ubicazione Attrezzatura: pilozzo, lavatrice.			

		CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05	Revisione documento	Data revisione
			n.3	Gennaio 2025
N°	CONTROLLO	PROVVEDIMENTO	Evidenza del controllo/Rilevazioni/Commenti	

13.2	• Presenza procedura lavaggio attrezzatura pulizia			
14	Cucina			
14.1	Presenza cucina interna			
14.2	Locale: condizioni igienicosanitarie			
14.3	Arredi: manutenzione e pulizia			
14.4	Pasti forniti da Presenza: - sporzionamento pasti - refettorio - dispensa Menù: -Validato medico/dietista ASL -Esposizione menu visibile -Corrispondenza tra il menù esposto e quello somministrato memo <i>PER LE STRUTTURE PER MINORI è prevista la presenza di tabelle dietetiche al posto del menù.</i>			
14.5	Evidenza di eventuali precedenti sopralluoghi da parte di personale ASL del Dipartimento della Prevenzione UFC SPVSA			
14.6	• Presenza Piano di Autocontrollo HACCP		Presente SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

		CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05	Revisione documento	Data revisione
			n.3	Gennaio 2025
N°	CONTROLLO	PROVVEDIMENTO	Evidenza del controllo/Rilevazioni/Commenti	

15	Modalità approvvigionamento idrico			
15.1	Approvvigionamento idrico da: - acquedotto pubblico - altro Presenza: - serbatoio accumulo - addolcitore o altri trattamenti			
15.2	Ditta manutenzione impianto trattamento acque (evidenze)			
15.3	• Presenza procedura monitoraggio trattamento acqua			
16	Prevenzione legionellosi:			
16.1	• Procedura che prevede il rispetto di quanto stabilito nelle "linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi" (verificare rispetto del documento di valutazione del rischio raccolta evidenze)			
17	Prevenzione Infestanti			
17.1	Ditta per controllo infestanti (evidenze)			
17.2	• Presenza modalità per la gestione del controllo infestanti			
18	Spazi esterni			
	Verifica pulizia e manutenzione			
19	Camera mortuaria (ove presente)			
19.1	Locale: condizioni igienico-sanitarie			
19.2	Arredi: manutenzione e pulizia			

		CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05		Revisione documento	Data revisione
				n.3	Gennaio 2025
N°	CONTROLLO	PROVVEDIMENTO	Evidenza del controllo/Rilevazioni/Commenti		
19.3	Presenza: - Campanello/ rilevatore movimento - Condizionatore - Aerazione - Reticella antiinsetti				
20	Altri locali / spazi di attività				

Riepilogo elenco delle procedure e protocolli eventualmente da acquisire o richiederne l'invio se non già presenti agli atti dopo accertamento che non ci siano state modifiche nelle stesse

n.	Descrizione	Punto della check-list
1	Procedura/protocollo pulizia struttura	-
2	Procedura/protocollo gestione padelle e storte	4
3	Procedura/protocollo sterilizzazione disinfezione strumenti (acconciatore manicure - pedicure) (se pertinente)	5
4	Procedura/protocollo sterilizzazione strumenti taglienti (se pertinente)	8
5	Procedura/protocollo sterilizzazione strumenti (strumentario sanitario) (se pertinente)	9
6	Procedura/protocollo gestione rifiuti sanitari speciali	10
7	Procedura/protocollo gestione biancheria piana e biancheria ospiti, distinzione percorsi sporco pulito	12
8	Procedura/protocollo lavaggio attrezzatura pulizia	13
9	Procedura/protocollo monitoraggio trattamento acqua (se presente)	15
10	Procedura/protocollo prevenzione legionellosi	16
11	Procedura/protocollo monitoraggio infestanti	17

FIRMA _____

	CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05 <input type="checkbox"/> Autorizzazione <input type="checkbox"/> Vigilanza		Revisione documento	Data Revisione
	Ente responsabile		n.3	Gennaio 2025

Nome operatore	Nome struttura vigilata	Indirizzo struttura	Data sopralluogo

5 - AREA PREVENZIONE E SICUREZZA

N°	Attività di monitoraggio	P	R	N/A	Evidenza del controllo/Rilevazioni/ Osservazioni
	Prevenzione incendi				
	Documenti relativi all'attività soggetta a controllo VVF in corso di validità (DPR 151/11)				
	Esito documento di valutazione del rischio incendio (DLgs 81/08 - DM 3/9/21)				
	Piano di gestione delle emergenze (DLgs 81/08 - DM 2/9/21)				
	Documentazione comprovante l'avvenuta verifica del Piano di emergenza (DM 2/9/21)				
	Nomina e formazione degli addetti alla gestione delle emergenze, lotta antincendio e primo soccorso (DLgs 81/08 - DM 2/9/21 - DM 388/03) - verifica a campione sul personale presente in sede di sopralluogo				
	Attestati di idoneità tecnica (art. 3 L 609/96) per i lavoratori incaricati al servizio antincendio, nei luoghi di lavoro - verifica a campione (DM 2/9/21) sul personale presente in sede di sopralluogo				

	CHECK LIST - Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05	Revisione documento	Data revisione
Ente responsabile		n.3	Gennaio 2025

5 - AREA PREVENZIONE E SICUREZZA

N°	Attività di monitoraggio	P	R	N/A	Evidenza del controllo/Rilevazioni/ Osservazioni
	In base al livello di rischio incendio, verifica a campione del rispetto dei requisiti in riferimento alle vie di uscita: - presenza effettiva di vie di uscita sgombre - segnaletica e procedure				
	Evidenza dei controlli periodici degli impianti e delle attrezzature antincendio (es. registro, punzonatura)				
	Locali di lavoro e servizi				
	Locali di lavoro - rispetto requisiti minimi di: - altezza - illuminazione - aerazione Da verificare solo in fase di autorizzazione o in caso di modifiche strutturali (relativamente alle modifiche apportate).				
	Spogliatoi - divisi per sesso (> 5 lavoratori) - con armadi a doppio scomparto - riscaldati - docce - aerazione				
	Servizi igienici - divisi per sesso (> 10 lavoratori) - riscaldamento - aerazione				

	CHECK LIST - Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05	Revisione documento	Data revisione
Ente responsabile		n.3	Gennaio 2025

5 - AREA PREVENZIONE E SICUREZZA

N°	Attività di monitoraggio	P	R	N/A	Evidenza del controllo/Rilevazioni/ Osservazioni
	Sicurezza impianti				
	Verifiche periodiche degli impianti di messa a terra (DPR 462/01)				
	Verifiche periodiche dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche (DPR 462/01), nel caso di struttura auto-protetta basta il documento della valutazione del rischio				
	Evidenza delle manutenzioni sul gruppo elettrogeno (registrazione delle prove periodiche di accensione dell'impianto)				
Fac (1)	Dichiarazione di Conformità (DICO), rilasciata dall'installatore (L 46/90 - DM 37/08) o Dichiarazione di Rispondenza (DIRI DM 37/08) In entrambi i casi, ove richiesto dalla norma, progetto impianto a firma di tecnico abilitato - Impianto elettrico - Impianto gas				
	Verifiche periodiche biennali degli ascensori e dei montacarichi (DPR 162/99)				
	Centrale termica: - dichiarazione di conformità (facoltativo) - omologazione ISPESL (P>35kW) - verifiche periodiche quinquennali (P>116 kW) - Controlli (per impianti con P<35kW)				

	CHECK LIST - Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05	Revisione documento	Data revisione
Ente responsabile		n.3	Gennaio 2025

5 - AREA PREVENZIONE E SICUREZZA

N°	Attività di monitoraggio	P	R	N/A	Evidenza del controllo/Rilevazioni/ Osservazioni
	Sicurezza anti-infortunistica e igiene del lavoro				
	Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) ex art. 28 D.Lgs. 81/2008, controllare la presenza della valutazione dei seguenti rischi quando applicabile : - Movimentazione manuale carichi e pazienti - Rischio biologico - Rischio lavoratrici in età fertile - Rischio ferite da taglio e punta (Titolo X-bis) Organigramma della sicurezza				
Fac	Nel caso di presenza di ditte in appalto: Documento di Valutazione dei Rischi da Interferenze (DuVRI) DVR ditte appaltatrici				

Note alla check list:

- 1) Fac: facoltativo in sede di sopralluogo di Vigilanza, obbligatorio in sede di sopralluogo di Autorizzazione
- 2) P : presente R : richiesto N/A : non applicabile

FIRMA _____

 <p>SST Azienda USL Toscana centro Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p align="center">CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05</p> <p align="center">() Autorizzazione () Vigilanza</p>	<p align="center">Revisione documento</p>	<p align="center">Data revisione</p>
<p>Ente responsabile</p>		<p align="center">n.2</p>	<p align="center">Gennaio 2025</p>

AREA TECNICO EDILIZIA				
N°	Attività di monitoraggio	SI	NO	Rilevazioni/Commenti
6	Sistema di chiamata per servizio di assistenza disabili. In RSA deve essere presente un sistema di chiamata per ogni servizio igienico e per ogni posto letto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verifica a campione
7	Prova funzionamento sistema di chiamata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verifica a campione
8	Porte: accessi minimi 0,80, interne minimo 0,75, nel caso di uscite di sicurezza minimo 1,20. Gli spazi antistanti e retrostanti le porte devono essere tali da garantire un agevole transiti e manovra anche da sedie a ruote o barelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTORIZZAZIONE
9	Servizi igienici. E' verificata la corrispondenza con quanto previsto dall'allegato A del DPGR 2/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTORIZZAZIONE
10	Corridoi. E' verificata la dimensione degli spazi destinati al transito delle persone, in base alla fruibilità ed alla destinazione della struttura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTORIZZAZIONE
11	Segnaletica. E' verificata la corretta installazione per consentire la facile lettura, individuazione e comprensione delle attività e dei percorsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05 () Autorizzazione () Vigilanza	Revisione documento	Data revisione
Ente responsabile		n.2	Gennaio 2025

AREA TECNICO EDILIZIA				
N°	Attività di monitoraggio	SI	NO	Rilevazioni/Commenti
12	Nella struttura sono utilizzati arredi e attrezzature idonee alle caratteristiche delle persone accolte e conformi alle normative vigenti. (Presenza di certificazione del produttore o autocertificazione del titolare dell'attività).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTORIZZAZIONE
13	VERIFICA DELLE CONDIZIONI IGIENICO/STRUTTURALI E STATO MANUTENTIVO, DI TUTTI I LOCALI.			(Pavimenti, rivestimenti, intonaci, imbiancature, balze lavabili, infissi interni ed esterni, sanitari, arredi, letti, prese elettriche e parti applicate o collegate, elementi radianti, tendaggi)
A	SOGGIORNO Piano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	MENZA Piano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C	CAMERE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.1	Piano..... N.			
c.2	Piano..... N.			
c.3	Piano..... N.			

	CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05 () Autorizzazione () Vigilanza	Revisione documento	Data revisione
Ente responsabile		n.2	Gennaio 2025

AREA TECNICO EDILIZIA				
N°	Attività di monitoraggio	SI	NO	Rilevazioni/Commenti
c.4	Piano..... N.			
D	BAGNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.1	Piano..... N.			
d.2	Piano..... N.			
d.3	Piano..... N.			
E	BAGNO ASSISTITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.1	Piano..... N.			
e.2	Piano..... N.			
e.3	Piano..... N.			

 <p>SST Azienda USL Toscana centro Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p>CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05</p> <p>() Autorizzazione () Vigilanza</p>	<p>Revisione documento</p>	<p>Data revisione</p>
<p>Ente responsabile</p>		<p>n.2</p>	<p>Gennaio 2025</p>

AREA TECNICO EDILIZIA				
N°	Attività di monitoraggio	SI	NO	Rilevazioni/Commenti
F	AMBULATORIO/MEDICHERIA Piano..... <ul style="list-style-type: none"> • Balza lavabile • Lavandino rubinetto non manuale • Bagno dedicato 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G	LOCALE ATTIVITA' AMM.VA Piano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H	PALESTRA Piano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I	TERAPIA OCCUPAZIONALI Piano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L	DEPOSITO PULITO Piano DEPOSITO SPORCO Piano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M	DEPOSITO MATERIALI SANITARI Piano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M.1	DEPOSITO AUSILI Piano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

 <p>SST Azienda USL Toscana centro Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p align="center">CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05</p> <p align="center">() Autorizzazione () Vigilanza</p>	<p align="center">Revisione documento</p>	<p align="center">Data revisione</p>
<p>Ente responsabile</p>		<p align="center">n.2</p>	<p align="center">Gennaio 2025</p>

AREA TECNICO EDILIZIA				
N°	Attività di monitoraggio	SI	NO	Rilevazioni/Commenti
N	LAVANDERIA Piano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O	CUCINA Piano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P	DISPENSA Piano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q	SPOGLIATOIO PERSONALE Piano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
R	BAGNI PERSONALE Piano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S	CAMERA MORTUARIA Piano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	LOCALE AUTOCLAVE Piano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
U	CENTRALE TERMICA Piano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
V	CENTRALE IDRICA Piano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05 () Autorizzazione () Vigilanza	Revisione documento	Data revisione
Ente responsabile		n.2	Gennaio 2025

AREA TECNICO EDILIZIA				
N°	Attività di monitoraggio	SI	NO	Rilevazioni/Commenti
Z	SPAZI ESTERNI ALTRI SPAZI/LOCALI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14	SPAZI ESTERNI/accessibilità dell'edificio presenza di almeno un percorso piano o con rampe di raccordo con pendenza non superiore all'8% (5% in caso di edifici di nuova costruzione). Presenza di parcheggi riservati a disabili debitamente segnalati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FIRMA _____

 <p>SST Azienda USL Toscana centro Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p align="center">CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05</p> <p align="center">() Autorizzazione () Vigilanza</p> <p align="center">Sistema di gestione della struttura: cartacea () informatica () mista ()</p>		<p align="center">REV. 2 del Giugno 2022</p>
Nome e firma operatore	Nome struttura vigilata	Indirizzo struttura	Data sopralluogo

AREA ATTIVITA' SANITARIE DI COMUNITA'

Attività di monitoraggio	SI	NO	Valutazione	Evidenza/Note	Presc.
Al momento del sopralluogo erano presenti n° ____ ospiti. Di cui: n° ____ assistiti allettati a permanenza n° ____ assistiti allettati temporaneamente					
Nel caso di RA, il livello funzionale degli ospiti controllati a campione appare coerente con la definizione di ultrasessantacinquenne autonomo.					
E' presente un cartellino identificativo al letto degli ospiti					
Nel caso di utilizzo di modulistica cartacea è presente un registro delle firme di operatori e MMG					
Sono presenti cartelle personali dell'ospite					
Le cartelle cartacee sono conservate in modo ordinato e facilmente consultabile nel rispetto della privacy					

AREA ATTIVITA' SANITARIE DI COMUNITA'						
N°	Attività di monitoraggio	SI	NO	Valutazione	Evidenza/Note	Presc.
	Nella cartella dell'utente sono registrati i riferimenti del MMG					
	I MMG che hanno ospiti in struttura sono n° _____					
	Il diario clinico riporta le attività svolte dal MMG in occasione degli accessi (programmati o su chiamata) e la relativa firma. (verifica a campione: fino a 40 ospiti 4 cartelle, oltre 40 il 15%)					
	La struttura registra gli accessi mensili dei MMG e trasmette i riepiloghi al Distretto competente. (verificare almeno un trimestre precedente)					
	Da un controllo a campione I farmaci e dispositivi medici sono conservati:					
	- in armadi chiusi					
	- nella confezione originale, senza segni di manomissione					
	- in maniera individuale (armadi e carrelli)					
	Viene controllata la scadenza dei farmaci					
	È presente ed aggiornato un registro delle scadenze					
	Viene registrata la data di apertura e la nuova scadenza calcolata per i farmaci con indicazione della scadenza dopo l'apertura della confezione (es. colliri, sciroppi, pomate...)					

AREA ATTIVITA' SANITARIE DI COMUNITA'						
N°	Attività di monitoraggio	SI	NO	Valutazione	Evidenza/Note	Presc.
	Sono state individuate confezioni di farmaci scaduti o in condizioni che ne precludono l'utilizzo					
	I farmaci di pazienti non più presenti in struttura: - Vengono restituiti ai familiari					
	- Vengono smaltiti					
	- Vengono conservati in contenitore separato e sottoposti a regolare controllo					
	Il carrello della terapia è adeguato per dimensioni e funzionalità			Controllato da infermiere quando presente		
	Il carrello terapia si presenta in condizioni igieniche adeguate			Controllato da infermiere quando presente		
	E' presente un carrello o altro ausilio per eseguire le medicazioni			Controllato da infermiere quando presente		
	E' presente strumentario idoneo (ferri sterili/kit monouso)			Controllato da infermiere quando presente Se autoclave consultare igiene		
	Viene controllata e registrata la temperatura dell'ambiente in cui sono conservati i farmaci			Controllato da infermiere quando presente		
	È presente un frigorifero ad uso esclusivo per i farmaci			Controllato da infermiere quando presente		

AREA ATTIVITA' SANITARIE DI COMUNITA'						
N°	Attività di monitoraggio	SI	NO	Valutazione	Evidenza/Note	Presc.
	È dotato di termometro allarmato e/o con indicazione delle Temp. Min/Max			Controllato da infermiere quando presente		
	Viene controllata e registrata la temperatura del frigorifero in cui sono conservati i farmaci			Controllato da infermiere quando presente		
	È presente una procedura in caso di temperature non conformi			Controllato da infermiere quando presente		
	Sono presenti farmaci stupefacenti					
	I farmaci stupefacenti sono conservati separatamente in contenitore non asportabile e chiuso a chiave					
	Il personale è informato e segue una procedura per la gestione dei farmaci LASA					
	È in uso una STU - Cartacea - Informatizzata			Controllato da infermiere quando presente		:
	La STU utilizzata è conforme alle norme e buone pratiche dettate da Ministero, Regione e Rischio Clinico			Controllato da infermiere quando presente		
	La terapia viene preparata e somministrata dalla stessa persona			Controllato da infermiere quando presente		
	E' prevista una modalità di preparazione della terapia non contestuale alla somministrazione e se questa risulta idonea			Controllato da infermiere quando presente		

AREA ATTIVITA' SANITARIE DI COMUNITA'						
N°	Attività di monitoraggio	SI	NO	Valutazione	Evidenza/Note	Presc.
	La registrazione dell'avvenuta o mancata somministrazione avviene contestualmente sia in caso di STU cartacea che in caso di procedura informatizzata (ad es. tramite tablet)			Controllato da infermiere quando presente		
	In struttura è presente un registro firme/ sigla del personale e MMG			Controllato da infermiere quando presente		
	Chi ha somministrato la terapia è chiaramente identificabile (se presente confrontare con registro sigle)			Controllato da infermiere quando presente		
	Viene effettuata la triturazione dei farmaci					
	- Solo per i farmaci consentiti					
	- Con strumenti idonei					
	- Garantendo sicurezza e igienicità del farmaco					
	Per i farmaci non triturbabili vengono adottate idonee strategie di somministrazione					
	La struttura adotta particolari procedure per la terapia di accoglienza e riconciliazione					

AREA ATTIVITA' SANITARIE DI COMUNITA'						
N°	Attività di monitoraggio	SI	NO	Valutazione	Evidenza/Note	Presc.
	In caso di necessita di somministrazione urgente di farmaci esiste una modalità della prescrizione tracciabile in attesa dell'accesso del MMG in struttura (es. telefonata con doppio controllo, e.mail, SMS, WhatsApp)					
	Ci sono bombole di ossigeno					
	Le bombole di ossigeno sono conservate adeguatamente (protette da cadute, da fonti di calore, da materiali combustibili, da temperature sup a 50 °C, tenute in posizione verticale)					
	Vengono controllate le scadenze delle bombole di ossigeno					
	I presidi per la somm di O2 sono correttamente gestiti e viene usata acqua sterile per i gorgogliatori			Controllato da infermiere quando presente		
	La struttura adotta contenzioni fisiche in caso di bisogno					
	Sono presenti ospiti con contenzione (es. fascia addominale, polsiere, fascia ergonomica, cavigliere)					
	Sono presenti le sponde ai letti					
	E' presente la valutazione del MMG dei pazienti con contenzione, incluse le sponde (verifica a campione: fino a 40 ospiti 4 cartelle, oltre 40 il 15%)					
	Le valutazioni prevedono motivazione, durata giornaliera, tipo di contenzione e intervalli monitoraggio periodo revisione.					

AREA ATTIVITA' SANITARIE DI COMUNITA'						
N°	Attività di monitoraggio	SI	NO	Valutazione	Evidenza/Note	Presc.
	Il monitoraggio della contenzione è effettuato e registrato					
	La necessità dell'applicazione della contenzione viene condivisa con i familiari/legali rappresentanti (PAI o cartella dell'ospite)					
	Gli schemi di posizionamento sono visibili, aggiornati e firmati dagli operatori					
	E' in uso una scheda di sintesi clinica per eventuali ricoveri ospedalieri					
	Sono registrati eventi avversi e critici: errori terapia, fuga, caduta, episodi di aggressività, ecc...					
	Viene registrato regolarmente il peso degli ospiti					
	È presente una bilancia/piattaforma per carrozzine					

FIRMA MEDICO

 <p>SST Azienda USL Toscana centro Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p>CHECK LIST – Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05 () Autorizzazione () Vigilanza Sistema di gestione della struttura: cartacea () informatica () mista ()</p>		<p>REV. 3 Gennaio 2025</p>
Nome e firma infermiere	Nome struttura vigilata	Indirizzo struttura	Data sopralluogo

CHECK-LIST INFERMIERISTICA							
Attività di monitoraggio		SI	NO	Indicatori/commenti	Presc.		
PROCESSO DI NURSING							
Valutazioni infermieristiche all'ingresso su:			N° cartelle valutate _____				
Rischio lesioni da compressione							
Rischio cadute							
Stato nutrizionale							
Nel PAI è presente la parte infermieristica con relativi obiettivi							
È in uso un diario infermieristico dove vengono registrati eventi riguardanti lo stato di salute dell'ospite di valutazione/controllo infermieristico							
ELIMINAZIONE							
Viene registrato l'accompagnamento in bagno							
N° cambi pannoloni programmati nelle 24 ore							
Ospiti con c.v. a permanenza				n.			
È presente il monitoraggio per l'eliminazione							

CHECK-LIST INFERMIERISTICA					
Attività di monitoraggio		SI	NO	Indicatori/commenti	Presc
TERAPIA FARMACOLOGICA					
Terapia farmacologica	È in uso una STU - Cartacea - Informatizzata				
	La STU utilizzata è conforme alle norme e buone pratiche dettate da Ministero, Regione e Rischio Clinico				
	La terapia viene preparata e somministrata dalla stessa persona				
	È prevista una modalità di preparazione della terapia non contestuale alla somministrazione e se risulta idonea				
	La registrazione dell'avvenuta o mancata somministrazione avviene contestualmente sia in caso di STU cartacea che in caso di procedura informatizzata (ad es. tramite tablet)				
	In struttura è presente un registro firma/sigla del personale e MMG				
	Chi ha somministrato la terapia è chiaramente identificabile (se presente confrontare con registro sigle)				
	Viene effettuata la triturazione dei farmaci: - solo per farmaci consentiti - con strumenti idonei - garantendo sicurezza e igienicità del farmaco				Controllato dal medico se presente
Per i farmaci non triturbabili vengono adottate idonee strategie di somministrazione				Controllato dal medico se presente	
O2 terapia	Vengono controllate le scadenze delle bombole di ossigeno				Controllato dal medico se presente
	I presidi per la somministrazione di O2 sono correttamente gestiti e viene usata acqua sterile per gorgogliatori				

CHECK-LIST INFERMIERISTICA					
Attività di monitoraggio		SI	NO	Indicatori/commenti	Presc
Farmaci e scadenze	Da un controllo a campione i farmaci e dispositivi medici sono conservati in armadio chiuso			Controllato dal medico se presente	
	I farmaci sono conservati nella confezione originale e senza segni di manomissione			Controllato dal medico se presente	
	I farmaci in armadi e carrelli sono conservati in maniera individuale			Controllato dal medico se presente	
	Viene controllata la scadenza dei farmaci			Controllato dal medico se presente	
	È presente e aggiornato un registro delle scadenze			Controllato dal medico se presente	
	Viene registrata la data di apertura e la nuova scadenza calcolata per i farmaci come colliri sciroppi pomate			Controllato dal medico se presente	
	Sono stati individuati confezioni di farmaci scaduti o in condizioni che ne precludono l'utilizzo			Controllato dal medico se presente	
I farmaci degli ospiti non più presenti in struttura: <ul style="list-style-type: none"> - vengono restituiti ai familiari - vengono smaltiti - vengono conservati in contenitore separato e sottoposti a regolare controllo 			Controllato dal medico se presente		
Frigo farmaci	È presente un frigo ad uso esclusivo per i farmaci				
	È dotato di termometro allarmato e/o con indicazione di T° min e max				
	Viene controllata e registrata la T° del frigo				
	È presente una procedura in caso di temperature non conformi				
	Viene controllata e registrata la T° dell'ambiente in cui sono conservati i farmaci				

CHECK-LIST INFERMIERISTICA					
Attività di monitoraggio		SI	NO	Indicatori/commenti	Presc
Stup.nti	Sono presenti farmaci stupefacenti			Controllato dal medico se presente	
	I farmaci stupefacenti sono conservati separatamente in contenitore non asportabile e chiuso a chiave			Controllato dal medico se presente	
LASA	Il personale è informato e segue una procedura per la gestione dei farmaci LASA			Controllato dal medico se presente	
	La struttura adotta particolari procedure per la terapia di accoglienza e riconciliazione			Controllato dal medico se presente	
	In caso di necessita di somministrazione urgente di farmaci esiste una modalità della prescrizione tracciabile in attesa dell'accesso del MMG in struttura (es. telefonata con doppio controllo, e.mail, SMS, WhatsApp)			Controllato dal medico se presente	
Carrello	Il carrello della terapia è adeguato per dimensioni e funzionalità				
	Il carrello della terapia si presenta in condizioni igieniche adeguate				
	È presente un carrello o altro ausilio per le medicazioni				
	È presente il materiale idoneo (ferri- kit monouso)			Se autoclave consultare igiene	
PERFORMANCE ASSISTENZIALI					
	Sono presenti ospiti con lesioni da compressione				

CHECK-LIST INFERMIERISTICA						
Attività di monitoraggio		SI	NO	Indicatori/commenti		Presc
	È presente una scheda di monitoraggio dell'evoluzione delle lesioni					
	È presente la registrazione dell'esecuzione delle medicazioni					
	Sono presenti schede di segnalazione cadute					
	È presente la rilevazione del peso mensile					
	È presente una bilancia/piattaforma per carrozzine					
MOBILIZZAZIONE						
Posiz. nto	N° di ospiti trovati a letto			N° ospiti a letto _____	N° totale ospiti _____	
	Gli schemi di posizionamento sono facilmente consultabili all'atto del posizionamento					
	Gli schemi di posizionamento sono aggiornati e firmati dagli operatori					
Aus.	Sono presenti ausili per il posizionamento/trasferimento degli ospiti					
IGIENE E COMFORT						
Igiene e comfort	È presente una programmazione e registrazione dei bagni assistiti					
	La biancheria da letto risulta in ordine e pulita					
	L'abbigliamento degli ospiti è adeguato alla stagione					
	L'aspetto degli ospiti è pulito e decoroso					
	Il momento del pasto è correttamente presidiato				In collaborazione con Sociale ed Igiene	

CHECK-LIST INFERMIERISTICA					
Attività di monitoraggio		SI	NO	Indicatori/commenti	Presc
	La stanza da pranzo e l'apparecchiatura sono adeguati			In collaborazione con Sociale ed Igiene	
	L'orario pasti risulta adeguato			In collaborazione con Sociale ed Igiene	
Cibo e bevande	Viene registrata l'assunzione di cibo				
	Viene registrata l'idratazione				
	In caso di comparsa di disfagia l'accertamento: - Viene effettuato in struttura con MMG - Viene effettuato in ambulatorio ospedaliero				
	Se sì, attraverso quale strumento				
NAT	Sono presenti ospiti con PEG			N° PEG _____	
	Sono presenti ospiti con SNG			N° SNG _____	
RIPOSO E SONNO					
	È presente una programmazione degli orari di alzata e messa a letto				
CONTENZIONE					
	Viene effettuato un monitoraggio dell'applicazione della contenzione			Controllato dal medico se presente	
CONSEGNE TRA OPERATORI					
	Esiste una modalità di passaggio delle consegne tra operatori				

FIRMA DELL'INFERMIERE

 <p>SST Azienda USL Toscana centro Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p>CHECK LIST - Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05</p>	<p>Revisione documento</p>	<p>Data revisione</p>
<p>Ente responsabile</p>			<p>Dicembre 2024</p>

AREA AMMINISTRATIVA

N°	Attività di monitoraggio	N°	Commenti
	infermieri		
	terapisti riabilitazione/fisioterapisti		
	educatori		
	animatori		
	altro		
3a	<i>Servizi Generali</i>		
	addetti pulizie		
	addetti cucina		
	addetti lavanderia		
	altro		
3b	<i>Personale religioso</i>		
4	Operatori presenti notte		<i>Notte precedente al sopralluogo</i>

DOCUMENTAZIONE DA ACQUISIRE

5	Elenco ospiti presenti (con distinzione auto, non auto e moduli)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acquisita ○ Richiesto invio successivo
6	Programmazione turno del mese	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acquisita ○ Richiesto invio successivo
6a	La programmazione dei turni del mese è esposta in bacheca?	<ul style="list-style-type: none"> ○ SI ○ NO

 <p>SST Azienda USL Toscana centro Servizio Sanitario della Toscana</p>	CHECK LIST - Attività Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05	Revisione documento	Data revisione
Ente responsabile			Dicembre 2024

AREA AMMINISTRATIVA

N°	Attività di monitoraggio	N°	Commenti
7	Registro presenze del personale del giorno del sopralluogo;		NB: fare verifica in loco se rispondente al Turno programmato
8 FAC	Turni del personale nel mese/trimestre precedente		<ul style="list-style-type: none"> ○ Acquisita ○ Richiesto invio successivo
9 FAC	Presenze giornaliere degli ospiti nel mese/trimestre precedente il sopralluogo;		<ul style="list-style-type: none"> ○ Acquisita ○ Richiesto invio successivo
10 FAC	Rilevazione del personale di tutte le figure professionali relativo al mese/trimestre precedente il sopralluogo (in caso di figure con contratto libero professionale, a progetto, di cooperativa...acquisire copia fatture con indicato monte ore e costo orario); (oppure timbrature)		<ul style="list-style-type: none"> ○ Acquisita ○ Richiesto invio successivo

FAC: Facoltativo

FIRMA _____

ALLEGATO B)

Dichiarazione di assenza di situazioni di conflitto di interessi
pag. 2/2



**ALLEGATO B - DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI
INTERESSI COMMISSIONE MULTIDISCIPLINARE DI VIGILANZA**

Rev. 17/03/25

Al Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana Centro

I sottoscritti, in qualità di componenti della Commissione Multidisciplinare di Vigilanza dell'Azienda USL Toscana Centro e in relazione all'attività di vigilanza di cui alla L. 41/2005 e ss.mm.ii e del Regolamento regionale n. 2/R del 2018, svolta presso la:

Struttura _____,

sita in _____, CAP _____,

via _____, in data _____

consapevoli delle sanzioni civili, amministrative, penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, e dei controlli che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate, per quanto di loro conoscenza

DICHIARANO

- di non essere stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale¹.
- di non trovarsi in una situazione di conflitto di interessi di qualsiasi natura, anche potenziale, che possa essere percepita come una minaccia alla loro imparzialità e indipendenza e che l'attività in questione non coinvolge interessi: dei sottoscritti, dei parenti, affini entro il secondo grado, dei coniugi o dei conviventi; di persone con le quali hanno rapporti di frequentazione abituale; di soggetti od organizzazioni con cui i sottoscritti o i coniugi hanno causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi; di soggetti od organizzazioni di cui i sottoscritti sono tutori, curatori, procuratori o agenti; di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui i sottoscritti sono amministratori o gerenti o dirigenti²;
- di non appartenere o aderire alla Struttura sottoposta a vigilanza³;
- di non avere avuto negli ultimi tre anni rapporti di collaborazione, diretti o indiretti, con la Struttura sottoposta a vigilanza⁴;
- di non ricoprire alcun incarico e di non essere titolare di alcuna carica presso la Struttura sottoposta a vigilanza;
- di non avere partecipazioni azionarie e/o altri interessi finanziari che coinvolgono la Struttura sottoposta a vigilanza;
- di aver preso visione del PIAO e del Codice di Comportamento aziendale;

¹ Art. 35-bis, comma 1 del D.Lgs. 165/2001.

² Artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 - Codice di comportamento aziendale.

³ Art. 5 del DPR 62/2013 - Codice di comportamento aziendale.

⁴ Art. 6/1 del DPR 62/2013 - Codice di comportamento aziendale.

ALLEGATO C)

Modello autodichiarazione trimestrale requisiti di personale
pag. 8/8

ALLEGATO C)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i)

Il/La sottoscritto/a_ nato/a_ il a
.....
(nome e cognome)
e residente in Via/Piazza

nella sua qualità di legale rappresentante della struttura

con sede legale in Codice Fiscale

Part. IVA Tel. Fax e-mail

a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, e s.m.i nel caso di dichiarazioni mendaci, esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti al vero,

DICHIARA,

sotto la propria responsabilità che i dati relativi al trimestre-.....-..... per la struttura..... sono riportati nelle tabelle allegate alla presente .

DICHIARA INOLTRE

che le motivazioni dell'eventuale scostamento sono dovute a
.....
.....

(luogo e data)

Il/la dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)

In allegato copia documento identità

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

Aut. n. _____ del _____

Posti autorizzati: _____ di cui:

Non autosufficienti n. _____

Autosufficienti n. _____

Modulo spec. _____ n. _____

BIA n. _____

CENTRO DIURNO n. _____

specificati nell'atto autorizzativo n. _____

TRIMESTRE: _____

MODULO: _BASE_

MEDIA PRESENZE OSPITI NEL TRIMESTRE: _____

QUALIFICA	ORE DOVUTE TRIMESTRE	ORE EFFETTIVE EROGATE
ASS. INFERMIERISTICA		
ASS. RIABILITATIVA		
ASSISTENZA DI BASE E ALLA PERSONA		
ANIMAZIONE SOCIO-EDUCATIVA		
SERVIZIO PULIZIA		
SERVIZIO LAVANDERIA		
SERVIZIO CUCINA		

I SERVIZI DI LAVANDERIA, PULIZIA, CUCINA DEVONO ESSERE RELATIVI A TUTTA LA STRUTTURA

OSPITI AUTOSUFFICIENTI

MEDIA PRESENZE OSPITI NEL TRIMESTRE: _____

QUALIFICA	ORE DOVUTE TRIMESTRE	ORE EFFETTIVE EROGATE
ASSISTENZA DI BASE E ALLA PERSONA		
ANIMAZIONE		

ad esclusioni delle strutture autorizzate esclusivamente come RA con capienza massima di 8/10 posti (228/98)

SCHEMA DA RIEMPIRE PER OGNI MODULO SPECIALISTICO PRESENTE NELLA STRUTTURA

MODULO SPECIALISTICO: _____

MEDIA PRESENZE OSPITI NEL TRIMESTRE: _____

QUALIFICA	ORE DOVUTE TRIMESTRE	ORE EFFETTIVE EROGATE
ASS. INFERMIERISTICA		
ASS. RIABILITATIVA		
ASSISTENZA DI BASE E ALLA PERSONA		
ANIMAZIONE		
ASS. SPECIALISTICA		

CENTRO DIURNO

MEDIA PRESENZE OSPITI NEL TRIMESTRE: _____

QUALIFICA	ORE DOVUTE TRIMESTRE	ORE EFFETTIVE EROGATE
ASS. INFERMIERISTICA		
ASS. RIABILITATIVA		
ASSISTENZA DI BASE E ALLA PERSONA		
ANIMAZIONE		
ATTIVITA' OCCUPAZIONALI/FORMATIVE		

MODULO: _BIA

MEDIA PRESENZE OSPITI NEL TRIMESTRE: _____

QUALIFICA	TRIMESTRE	EROGATE
ASS. INFERMIERISTICA		
ASS. RIABILITATIVA		
PERSONA		
ANIMAZIONE SOCIO-EDUCATIVA		

N.B.: Le strutture che non hanno personale e turno dedicato per i vari servizi devono indicare il totale delle ore effettuate nella tabella del modulo base

NB:NON MODIFICARE
 MOTORIO
 COGNITIVO/COMP
 STATI VEGETATIVI
 BIA

Il Legale Rappresentante _____

Data _____

Denominazione struttura: _____

MODULO :

BASE

N.B: LE STRUTTURE CHE NON HANNO PERSONALE E TURNO DEDICATO PER I VARI SERVIZI (moduli specialistici, centro diurno...), DEVONO INDICARE IL TOTALE DELLE ORE EFFETTUATE.
LE STRUTTURE CHE, OLTRE AL MODULO BASE, HANNO MODULI SPECIALISTICI, BIA O CENTRO DIURNO CON PERSONALE DEDICATO DEVONO RIEMPIRE UN FOGLIO DI LAVORO PER OGNI MODULO.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA	TOTALE ORE DEL MESE			TOTALE TRIMESTRE
	Ottobre	Novembre	Dicembre	
Cognome Nome				0
	0	0	0	

ASSISTENZA DI BASE E ALLA PERSONA	TOTALE ORE DEL MESE			TOTALE TRIMESTRE
	Ottobre	Novembre	Dicembre	
Cognome Nome				0
	0	0	0	

ASSISTENZA RIABILITATIVA	TOTALE ORE DEL MESE			TOTALE TRIMESTRE
	Ottobre	Novembre	Dicembre	
Cognome Nome				0
	0	0	0	

ANIMAZIONE SOCIO EDUCATIVA	TOTALE ORE DEL MESE			TOTALE TRIMESTRE
	Ottobre	Novembre	Dicembre	
Cognome Nome				0
	0	0	0	

ASSISTENZA SPECIALISTICA	TOTALE ORE DEL MESE			TOTALE TRIMESTRE
	Ottobre	Novembre	Dicembre	
Cognome Nome				0
	0	0	0	

SERVIZI GENERALI	TOTALE ORE DEL MESE			TOTALE TRIMESTRE
	Ottobre	Novembre	Dicembre	
Cognome Nome				0
	0	0	0	

I SERVIZI GENERALI DEVONO ESSERE INDICATI PER L'INTERA STRUTTURA

Il Legale Rappresentante _____

Data _____

NB:NON MODIFICARE
BASE
MOTORIO
COGNITIVO/COMP
STATI VEGETATIVI
BIA
CENTRO DIURNO

Denominazione struttura: _____

MODULO SPECIALISTICO :

ASSISTENZA INFERMIERISTICA	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
	0	0	0	TOTALE TRIMESTRE 0

ASSISTENZA DI BASE E ALLA PERSONA	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
	0	0	0	TOTALE TRIMESTRE 0

ASSISTENZA RIABILITATIVA	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
	0	0	0	TOTALE TRIMESTRE 0

ANIMAZIONE SOCIO EDUCATIVA	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
	0	0	0	TOTALE TRIMESTRE 0

ASSISTENZA SPECIALISTICA	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
	0	0	0	TOTALE TRIMESTRE 0

Il Legale Rappresentante _____

Data _____

Denominazione struttura: _____

MODULO :

BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE (BIA)

ASSISTENZA INFERMIERISTICA	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
				TOTALE TRIMESTRE
	0	0	0	0

ASSISTENZA DI BASE E ALLA PERSONA	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
				TOTALE TRIMESTRE
	0	0	0	0

ASSISTENZA RIABILITATIVA	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
				TOTALE TRIMESTRE
	0	0	0	0

ANIMAZIONE SOCIO EDUCATIVA	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
				TOTALE TRIMESTRE
	0	0	0	0

Il Legale Rappresentante _____

Data _____

Denominazione struttura: _____

MODULO :

CENTRO DIURNO

ASSISTENZA INFERMIERISTICA	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
	0	0	0	TOTALE TRIMESTRE 0

ASSISTENZA DI BASE E ALLA PERSONA	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
	0	0	0	TOTALE TRIMESTRE 0

ASSISTENZA RIABILITATIVA	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
	0	0	0	TOTALE TRIMESTRE 0

ANIMAZIONE	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
	0	0	0	TOTALE TRIMESTRE 0

ATTIVITA' OCCUPAZIONALI/FORMATIVE	TOTALE ORE DEL MESE			
Cognome Nome	Ottobre	Novembre	Dicembre	
	0	0	0	TOTALE TRIMESTRE 0

Il Legale Rappresentante _____

Data _____

Denominazione struttura: _____

MODULO :

AUTOSUFFICIENTI

ASSISTENZA DI BASE E ALLA PERSONA	TOTALE ORE DEL MESE			TOTALE TRIMESTRE
	Ottobre	Novembre	Dicembre	
Cognome Nome				
	0	0	0	0

ANIMAZIONE	TOTALE ORE DEL MESE			TOTALE TRIMESTRE
	Ottobre	Novembre	Dicembre	
Cognome Nome				
	0	0	0	0

Il Legale Rappresentante _____

Data _____

ALLEGATO D)

**Verbale di Accesso di vigilanza (All. D1)
pag. 3/3**

**Verbale successivo al primo accesso (All. D2)
pag.2/2**

**Verbale di Accesso finalizzato all'espressione del parere
autorizzativo (All. D3)
pag. 1/1**

**Verbale di parere autorizzativo (All. D4)
pag. 1/1**



ALLEGATO D1 Schema tipo verbale rilasciato al termine dell'accesso di vigilanza

COMMISSIONE MULTIDISCIPLINARE DI VIGILANZA DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE

(Art. 20, comma 3 L.R. 41/2005; Art. 31 del regolamento di attuazione dell'art. 62 della legge regionale 41/05 approvato con decreto del Presidente GRT n. 2/r del 09.01.2018)

VERBALE DI ACCESSO DI VIGILANZA

In data _____ la **Commissione Multidisciplinare della Azienda USL TC** composta da:

Componenti commissione	Nome e Cognome

Ha effettuato il sopralluogo presso la struttura:
 Di proprietà di _____
 Denominazione _____ tipologia _____
 Autorizzata a funzionare per n. posti n. _____ di cui _____ autosufficienti e _____ non autosufficienti
 Decreto di Accreditamento n. _____ del _____
 Con Aut. _____ del _____ rilasciata dal Comune di _____
 Titolare: _____ gestore: _____
 Legale rappresentante _____ C.F./P.I _____
Responsabile ICA _____ **Responsabile Covid** _____
 Tel. _____ Fax _____ pec _____
 Posta elettronica _____

Ubicata in:
 _ **Via** _____ n. *civico* _____ **CAP** _____
 Comune _____ Prov. _____

Alla presenza di _____	In qualità di _____ della struttura
------------------------	-------------------------------------

Arrivo ore _____ partenza ore _____

VALUTAZIONI GENERALI

Valutazioni Generali numero di ospiti presenti, dove si trovavano, atmosfera che si percepisce....

AREA SOCIO-SANITARIA

Descrizione in sintesi di quanto rilevato in base alle check list medico , infermiere e assistente sociale ed eventuali altri componenti aggiuntivi (geriatra, farmacista) con focus sulle non conformità e indicazione di prescrizioni
Richiesta documentazione se necessario

AREA MANUTENTIVA

Descrizione in sintesi di quanto rilevato in base alle check list dell'operatore del servizio di igiene con focus sulle non conformità e indicazione di prescrizioni
Richiesta documentazione se necessario

AREA IGIENICO-SANITARIA

Descrizione in sintesi di quanto rilevato in base alle check list del tecnico afferente all'area tecnico edilizia
Descrizione in sintesi di quanto rilevato in base alle check list dell'operatore prevenzione e sicurezza con focus sulle non conformità e indicazione di prescrizioni

PREVENZIONE E SICUREZZA

Descrizione in sintesi di quanto rilevato in base alle check list dell'operatore prevenzione e sicurezza con focus sulle non conformità e indicazione di prescrizioni
Richiesta documentazione se necessario

AREA DEL PERSONALE

Descrizione in sintesi di quanto rilevato in base alle check list del componente amministrativo e sociale con focus sulle non conformità e indicazione di prescrizioni.

Richiesta documentazione se necessario quali ad esempio cartellini timbrature, turni , presenze ospitio quant'altro ritenuto adeguato a dare evidenza delle ore erogate e delle presenze del personale

Personale presente al momento del sopralluogo:

- addetti assistenza n° _____
- Infermieri n° _____
- fisioterapisti n° _____
- educatori n° _____
- animatori n° _____
- altro n° _____

Addetti ai Servizi Generali :

1. addetti pulizie n° _____
2. addetti cucina n° _____
3. addetti lavanderia n° _____
4. altro n° _____

N. Operatori della notte precedente al sopralluogo: _____

(nel caso il turno di notte non sia sempre coperto in numero e qualifica dalle stesse figure professionali, specificare fra parentesi "variabile")

Nel caso in cui ci fosse personale addetto a più mansioni (pulizie, centralino, servizi generali, ecc) richiedere una certificazione alla struttura dove vengono indicate le percentuali dedicate ad ogni mansione svolta ben distinti

La struttura ha/non ha inviato autodichiarazione ai sensi della delibera n. 995 del 2016 per il trimestre _____

Documentazione acquisita:

Il presente verbale è stato letto alla presenza del direttore della struttura, in merito al quale non ha sollevato obiezioni e/o contestazioni.

Il procedimento di vigilanza è in corso/concluso

Firma Componenti

Firma e timbro Direttore
o suo delegato

Le check list redatte dai componenti della Commissione costituiscono parte integrante del verbale e sono conservate agli atti del procedimento.

Il Legale Rappresentante nei tempi sopra indicati dal ricevimento del presente verbale deve inviare a questo Ufficio relazione scritta con la quale certifica l'avvenuta ottemperanza delle prescrizioni impartite ed illustra i provvedimenti adottati.

La documentazione eventualmente richiesta ed ogni altra comunicazione relativa al presente verbale deve essere inviata all'indirizzo PEC vigilanzastruturesociosanitarie.uslcentro@postacert.toscana.it .

Il Legale rappresentante può entro 15 gg presentare osservazioni rispetto al presente verbale (ai sensi dell'art. 34 comma 5 DPGRT 2/r del 9/1/2018)

Si precisa che la Commissione si esprime nell'ambito delle competenze di ciascuna professionalità, fatto salvo gli ambiti di competenza di altri enti (VVFF, Genio Civile, Comune ecc..).

Il presente verbale è composto di N. ____ pagine



ALLEGATO D2 Schema tipo verbale successivo a quello rilasciato contestualmente all'accesso di vigilanza

COMMISSIONE MULTIDISCIPLINARE DI VIGILANZA DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE

(Art. 20, comma 3 L.R. 41/2005; Art. 31 del regolamento di attuazione dell'art. 62 della legge regionale 41/05 approvato con decreto del Presidente GRT n. 2/r del 09.01.2018)

VERBALE SUCCESSIVO AL PRIMO ACCESSO

In data _____ la **Commissione Multidisciplinare della Azienda USL TC** composta da:

Componenti per area	Nome e Cognome

Ha effettuato il sopralluogo presso la struttura:
 Di proprietà di _____
 Denominazione _____ tipologia _____
 Autorizzata a funzionare per n. posti n. _____ di cui _____ autosufficienti e _____ non autosufficienti
 Decreto di Accreditamento n. _____ del _____
 Con Aut. _____ del _____ rilasciata dal Comune di _____
 Titolare: _____ gestore: _____
 Legale rappresentante _____ C.F./P.I _____
Responsabile ICA _____ **Responsabile Covid** _____
 Tel. _____ Fax _____ pec _____
 Posta elettronica _____

Ubicata in:
Via _____ n. *civico* _____ **CAP** _____
 Comune _____ Prov. _____

Verbale n. _____ dell'accesso del

AREA SOCIO-SANITARIA

viene data valutazione rispetto alla/e risposte ed evidenza ad eventuali prescrizioni impartite con il verbale rilasciato contestualmente e sulla documentazione eventualmente richiesta. Nel caso quanto inviato non sia adeguato o sia incompleto si rinnova prescrizione

AREA MANUTENTIVA

viene data valutazione rispetto alla/e risposte ed evidenza ad eventuali prescrizioni impartite con il verbale rilasciato contestualmente e sulla documentazione eventualmente richiesta. Nel caso quanto inviato non sia adeguato o sia incompleto si rinnova prescrizione

AREA IGIENICO-SANITARIA

viene data valutazione rispetto alla/e risposte ed evidenza ad eventuali prescrizioni impartite con il verbale rilasciato contestualmente e sulla documentazione eventualmente richiesta. Nel caso quanto inviato non sia adeguato o sia incompleto si rinnova prescrizione

PREVENZIONE E SICUREZZA

viene data valutazione rispetto alla/e risposte ed evidenza ad eventuali prescrizioni impartite con il verbale rilasciato contestualmente e sulla documentazione eventualmente richiesta. Nel caso quanto inviato non sia adeguato o sia incompleto si rinnova prescrizione

AREA DEL PERSONALE

viene data valutazione rispetto alla/e risposte ed evidenza ad eventuali prescrizioni impartite con il verbale rilasciato contestualmente e sulla documentazione eventualmente richiesta. Nel caso quanto inviato non sia adeguato o sia incompleto si rinnova prescrizione

Sulla base della situazione complessiva delle varie aree e della gravità delle non conformità si esprime valutazione di mancanza del mantenimento dell/i requisiti di esercizio , a seguito della quale il comune quale titolare della funzione può applicare le sanzioni come previsto dall'art.24 della l.r.41/05 e ss.mm.iiig

Il procedimento di vigilanza è in corso/concluso

Firma componenti commissione

Firenze data

Il Legale Rappresentante nei tempi sopra indicati dal ricevimento del presente verbale deve inviare a questo Ufficio relazione scritta con la quale certifica l'avvenuta ottemperanza delle prescrizioni impartite ed illustra i provvedimenti adottati.

La documentazione eventualmente richiesta ed ogni altra comunicazione relativa al presente verbale deve essere inviata all'indirizzo PEC vigilanzastrutturetoscanie.uslcentro@postacert.toscana.it .

Il Legale rappresentante può entro 15 gg presentare osservazioni rispetto al presente verbale (ai sensi dell'art. 34 comma 5 DPGRT 2/r del 9/1/2018)

Si precisa che la Commissione si esprime nell'ambito delle competenze di ciascuna professionalità, fatto salvo gli ambiti di competenza di altri enti (VVFF, Genio Civile, Comune ecc..).

Il presente verbale è composto di N. ____ pagine



ALLEGATO D3 Schema tipo di verbale per accesso in struttura per espressione di parere autorizzativo

COMMISSIONE MULTIDISCIPLINARE DI VIGILANZA DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE
(Art. 20, comma 3 L.R. 41/2005; Art. 31 del regolamento di attuazione dell'art. 62 della legge regionale 41/05 approvato con decreto del Presidente GRT n. 2/r del 09.01.2018 e s.m.)

Verbale di Accesso finalizzato all'espressione del parere autorizzativo

In data ____ la **Commissione Multidisciplinare dell'Azienda USL Toscana centro** composta da:

Componenti	Nome e Cognome

Ha effettuato l'accesso presso la struttura:

Denominazione tipologia

per n. posti

Titolare e gestore

Legale rappresentante

Tel. Fax

pec

Posta elettronica

Ubicata in

Comune

Verbale di accesso

Vista la richiesta trasmessa a questa Commissione dal Suap Comune di.... con pec del avente per oggetto: Pratica Suap

Questa Commissione ha effettuato l'accesso in data durante il quale ha visitato i locali. Questa Commissione si riserva di esprimere il parere circa la richiesta riguardante il rilascio dell'autorizzazione all'avvio dell'attività della struttura in esame a seguito di valutazione di quanto rilevato in sede di accesso e della documentazione ricevuta.

Il parere sul procedimento autorizzativo è in corso

Firme componenti commissione

Firma direttore e/o Legale Rappresentante

Il presente verbale è composto di pp. _____

Si precisa che la Commissione si esprime nell'ambito delle competenze di ciascuna professionalità, fatto salvo gli ambiti di competenza di altri enti (VVFF, Genio Civile, Comune ,ecc.)



ALLEGATO D4 Schema tipo verbale di parere autorizzativo

OGGETTO : PARERE pratica SUAP del Comune di trasmessa a questa Commissione con pec del avente per oggetto

Viste le risultanze dell'accesso in struttura del

Viste le risultanze della documentazione trasmessa dal Suap con pec del questa commissione esprime parere POSITIVO /NEGATIVO alla richiesta di autorizzazione per la (tipologia di struttura) sita inper n. posti

Firme componenti commissione

Il presente verbale è composto di pp. _____

Si precisa che la Commissione si esprime nell'ambito delle competenze di ciascuna professionalità, fatto salvo gli ambiti di competenza di altri enti (VVFF, Genio Civile, Comune ,ecc.)

ALLEGATO E)

**Autodichiarazione requisiti
pag. 1/1**

ALLEGATO E)

**Autodichiarazione sul possesso dei requisiti previsti dal regolamento di attuazione dell'art. 62 della l.r. 41/05
(art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)
Modello di autodichiarazione annuale**

Il/la sottoscritto/a (CF.....) nato/a a il domiciliato ai presenti fini presso..... sita in Cell..... e-mail..... in qualità di legale rappresentante della società/cooperativa/ associazione ecc. (C.F.) con sede legale in tel. e-mailPEC consapevole delle responsabilità giuridiche che assume nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate anche dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA, CON RIFERIMENTO ALL'ANNO,.....

che la Struttura..... sita in autorizzata con atto n° del e accreditata con atto n° del

E' IN POSSESSO

di tutti i requisiti minimi strutturali ,organizzativi e di personale previsti dalla normativa regionale vigente per il suo esercizio nonché di tutti gli altri requisiti per unità di offerta di questo genere previsti dalle ulteriori normative nazionali e regionali vigenti, siccome applicabili.

DICHIARA INOLTRE

che tutta la documentazione, comunque denominata, comprovante quanto sopra dichiarato, è presente nella sede della Struttura in questione a disposizione degli Organi di controllo competenti.

DICHIARA INFINE

di voler ricevere ogni comunicazione e notifica relativa ai fini di cui al presente documento, al predetto indirizzo di posta elettronica certificata.

Luogo e data

In fede,
Firma e Timbro