



Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo
Via F. Galliccioli 4 - 24121 BERGAMO

DELIBERA N. 524 DEL 01/08/2025

Il Direttore Generale - **Dott. Massimo Giovanni Giupponi**
nominato con DGR n. XII/1646 del 21/12/2023

ha adottato la seguente Deliberazione:

ASSISTITO DA:

Il Direttore Amministrativo: Dott. Alessandro Petillo

Il Direttore Sanitario: Dott.ssa Nicoletta Castelli

Il Direttore Sociosanitario: Dott.ssa Barbara Caimi

OGGETTO: PARERE POSITIVO ALLA MODIFICA DELL'ACCREDITAMENTO PER VARIAZIONE DELLA CAPACITA' RICETTIVA E DELL'ASSETTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE, IN APPLICAZIONE ALLA DGR 1513/2023, PER L'UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIA STRUTTURA RESIDENZIALE PER ASSISTENZA A PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE LECITE E ILLECITE COMUNITA' TERAPEUTICA DI FARA OLIVANA (CUDES 001268) CON SEDE IN FARA OLIVANA CON SOLA (BG) IN CASCINA FARA NUOVA SNC. ENTE GESTORE: COOPERATIVA DI BESSIMO SOC. COOP. SOCIALE A R.L. ONLUS, CON SEDE LEGALE IN CONCESIO (BS), VIA CASELLO N. 11 – C.F. 01091620177.

Articolazione Organizzativa proponente SC AUTORIZZ.ACCREDIT.VIGILANZA
STRUTTURE RETE TERRITORIALE

Il Responsabile del Procedimento: MINARDI KATIA
L'Incaricato dell'Istruttoria: ROTA ANNARITA

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO il D.lgs. 30.12.1992, n. 502, avente a oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23.10.1992, n. 421" e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale 30.12.2009, n. 33 avente a oggetto "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e s.m. e i., con particolare riferimento alle Leggi Regionali n. 23/2015 e n. 22/2021;

RICHIAMATA la D.G.R. X/4467 del 10/12/2015 con la quale, in attuazione della L.R. n. 23/2015, viene costituita l'Agenda di Tutela della Salute (ATS) di Bergamo e definito l'assetto organizzativo della stessa;

PREMESSO che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

VISTA la seguente normativa:

- D.P.R. 14 gennaio 1997 di approvazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- l'art. 15 "Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie" della già richiamata L.R. n. 33/2009 e s.m.i.;

RICHIAMATE le DD.G.R.:

- n. 2569 del 31.10.2014 "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo";
- n. 6788 del 02.08.2022 "Revisione procedure di accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie", che ha disposto la sostituzione del Sub-allegato 9 della D.G.R. n. 4702 del 29.12.2015, "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario per l'esercizio 2016", che a sua volta aveva apportato modifiche alle procedure per l'esercizio e l'accREDITamento delle unità d'offerta sociosanitarie previste nell'Allegato 2 della D.G.R. n. 2569/2014";
- n. 12621 del 7.04.2023, "Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accREDITamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art. 12, comma 3 e 4, L.R. 31/1997) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze";
- n. 1513 del 13.12.2023 "Determinazioni in ordine al potenziamento delle risorse di FSR destinate all'area dei servizi territoriali residenziali dell'area anziani, dell'area anziani, dell'area residenziale della disabilità e dell'area residenziale delle dipendenze";
- n. 3720 del 30.12.2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2025";
- n. 4264 del 30.04.2025 "Modifiche ed integrazioni alla DGR n. XII/3720 del 30 dicembre 2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2025";

DATO ATTO che l'Allegato 1) della sopracitata D.G.R. n. 6788/2022, prevede al paragrafo 3.2 "Procedimento di accreditamento" che la ATS, adotti il provvedimento di parere positivo per l'accredimento o sue modifiche, dopo aver condotto le dovute verifiche per il possesso dei requisiti previsti, tramite visita in loco e analisi documentali;

TENUTO CONTO che la DGR n. 1513/2023 al capitolo 5 "*Rimodulazione di posti in regime di trattamento terapeutico riabilitativo in posti di trattamento specialistico per pazienti in comorbidità psichiatrica e ulteriori determinazioni nell'ambito del percorso di attuazione della L.R. 23/20*", prevede la possibilità di procedere alla rimodulazione a iso-risorse di p.l. da trattamento terapeutico riabilitativo a trattamento specialistico per pazienti in comorbidità psichiatrica garantendo:

- la rimodulazione entro la soglia percentuale del 25%;
- % del totale dei PL. accreditati e a contratto per singola ATS, assicurando di regola la medesima % per singolo CUDES fatta salva la finalità di garantire comunque il migliore raggiungimento di tale obiettivo;
- il rapporto di trasformazione di 2:1;
- resta fermo il tetto del valore del contratto dei singoli CUDES;
- l'allineamento ai relativi requisiti;

ACQUISITA agli atti, in applicazione e nel rispetto di quanto previsto dalla DGR 1513/2023, segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) con contestuale richiesta di accreditamento, presentata dall'ente Cooperativa di Bessimo Soc. Coop. Sociale a r.l. Onlus, con sede legale in Concesio (BS), Via Casello n. 11 – CF/P. IVA 01091620177, in data 20.05.2025 (Prot. ATS n. I. 0047309), per variazione della capacità ricettiva e variazione nell'assetto dei servizi e delle prestazioni erogate della propria unità d'offerta Comunità Terapeutica di Fara Olivana (CUDES 001268) con sede in Fara Olivana con Sola (BG) in Cascina Fara Nuova SNC;

PREMESSO che la sopracitata unità d'offerta risultava abilitata, accreditata e a contratto per n. 20 posti letto di trattamento terapeutico riabilitativo residenziale e la sopracitata SCIA "Contestuale", ha comportato una riduzione da n. 20 a n. 12 dei posti letto di trattamento terapeutico riabilitativo con rimodulazione dei restanti n. 8 posti, in rapporto 2:1, dedicando quindi n. 4 posti letto a trattamento specialistico per pazienti in comorbidità psichiatrica, per una capacità ricettiva totale di n. 16 posti letto;

PRESO ATTO che, sulla base delle verifiche condotte dalla SC Autorizzazione Accreditamento e Vigilanza Strutture della Rete Territoriale è stato accertato il possesso dei requisiti soggettivi di esercizio e di accreditamento previsti dalla DGR n. 2569/2014, per l'ente Cooperativa di Bessimo Soc. Coop. Sociale a r.l. Onlus;

PRESO ATTO altresì, che a seguito dei sopralluoghi condotti, dai funzionari della SS Autorizzazione, Accreditamento e Vigilanza Sociosanitaria e Sociale e del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, è stato accertato il possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento generali e specifici, strutturali e tecnologici, organizzativi e gestionali previsti dal D.P.R. 14.01.1997, nonché dalle DD.G.R. n. 2569 del 31.10.2014 e n. 12621 del 07.04.2003, per n. 16 posti letto totali di cui n. 12 di trattamento terapeutico riabilitativo e n. 4 di trattamento specialistico per pazienti in comorbidità psichiatrica, attestati nella seguente documentazione compilata nel corso dell'istruttoria:

- verbale di sopralluogo organizzativo – gestionale n. 391 del 11.06.2025 e verbale di verifica documentale n. 425 del 24.06.2025;
- nota a cura del Responsabile SS Igiene e Sicurezza dell’Abitato del 26.06.2025 (Prot. n. 0059438/25) con relativo verbale di sopralluogo n. 378 del 13.06.2025;
- nota a cura del Direttore del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria del 21.07.2025 (Prot. n. 68124/25), con relative check list, che attesta il possesso dei requisiti strutturali e tecnologici (Allegato 1);

RITENUTO, pertanto, di poter perfezionare per l’unità d’offerta Comunità Terapeutica di Fara Olivana (CUDES 001268) con sede in Fara Olivana con Sola (BG) in Cascina Fara Nuova SNC la *"Attestazione del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento ai sensi della D.G.R. n. 2569/14 per SCIA contestuale"*, allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, corredata da tutta la documentazione sopraelencata;

ATTESO che il Responsabile del procedimento ritiene, per tutto quanto sopra esposto, di proporre il presente provvedimento di parere positivo per la modifica dell’accredimento dell’unità d’offerta Comunità Terapeutica di Fara Olivana (CUDES 001268);

PRESO ATTO che il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione della proposta di deliberazione di che trattasi ne attesta la legittimità, la regolarità tecnica, formale e sostanziale;

RITENUTO di far proprie le proposte del Responsabile del procedimento in relazione a quanto sopra riferito;

ACQUISITO il parere favorevole dei Direttori, Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario, per quanto di propria competenza, ai sensi dell’art. 3 comma 1 quinquies del D.lgs.n. 502/92 e s.m. e i. e della L. R. n. 33/2009 e s. m. e i.;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

- 1. di prendere atto** della SCIA con contestuale richiesta di accreditamento presentata, in applicazione e nel rispetto di quanto previsto dalla DGR n. 1513/2023, dall’ente Cooperativa di Bessimo Soc. Coop. Sociale a r.l. Onlus, con sede legale in Concesio (BS), Via Casello n. 11 – CF/P. IVA 01091620177, per variazione della capacità ricettiva e variazione nell’assetto dei servizi e delle prestazioni erogate della propria unità d’offerta Comunità Terapeutica di Fara Olivana (CUDES 001268) con sede in Fara Olivana con Sola (BG) in Cascina Fara Nuova SNC;
- 2. di esprimere** parere positivo alla modifica dell’accredimento dell’unità d’offerta Comunità Terapeutica di Fara Olivana (CUDES 001268), da n. 20 a n. 16 posti letto di cui n. 12 di trattamento terapeutico riabilitativo residenziale e n. 4 di trattamento specialistico per pazienti in comorbilità psichiatrica, sulla base di quanto attestato nella *"Attestazione del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento ai sensi della D.G.R. n. 2569/14 per SCIA contestuale"*, allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- 3. di dare mandato** alla competente SC Autorizzazione Accreditamento e Vigilanza Strutture della Rete Territoriale, di eseguire un ulteriore sopralluogo, senza preavviso, al fine di verificare il mantenimento dei requisiti, entro 90 giorni dalla comunicazione dei provvedimenti regionali;
- 4. di dare atto** che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
- 5. di dare mandato** al Responsabile del procedimento per tutti i necessari successivi adempimenti di attuazione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 della L. n. 241/1990 e s.m. e i.;
- 6. di dare atto** che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6 della L.R. n. 33/2009 e s.m. e i.;
- 7. di trasmettere** il presente provvedimento al soggetto gestore Cooperativa di Bessimo Soc. Coop. Sociale a r.l. Onlus e a Regione Lombardia DG Welfare, affinché proceda all'emissione del provvedimento di modifica dell'accreditamento, con aggiornamento della posizione della Comunità Terapeutica nel registro informatizzato delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate, dandone comunicazione ad ATS Bergamo e al soggetto gestore interessato.

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Massimo Giovanni Giupponi)

Allegato 1) *"Attestazione del possesso dei requisiti esercizio e di accreditamento ai sensi della D.G.R. n. 2569/14 e s.m.i per SCIA contestuale"*

STRUTTURA PROPONENTE:

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Il Responsabile del procedimento
MINARDI KATIA

OGGETTO: PARERE POSITIVO ALLA MODIFICA DELL'ACCREDITAMENTO PER VARIAZIONE DELLA CAPACITA' RICETTIVA E DELL'ASSETTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE, IN APPLICAZIONE ALLA DGR 1513/2023, PER L'UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIA STRUTTURA RESIDENZIALE PER ASSISTENZA A PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE LECITE E ILLECITE COMUNITA' TERAPEUTICA DI FARA OLIVANA (CUDES 001268) CON SEDE IN FARA OLIVANA CON SOLA (BG) IN CASCINA FARA NUOVA SNC. ENTE GESTORE: COOPERATIVA DI BESSIMO SOC. COOP. SOCIALE A R.L. ONLUS, CON SEDE LEGALE IN CONCESIO (BS), VIA CASELLO N. 11 – C.F. 01091620177.

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E LEGITTIMITA'**ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE****SC BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'**

Il Direttore Dott. Sergio Rocca

Si attesta la copertura economica e la regolarità contabile del presente provvedimento:

Bilancio – Costi (Bilancio/Esercizio/Codice Progetto/Codice Finanziamento): 0

Dati contabili – Costi (Raggruppamento di Budget/Entità Acquirente/Conto Economico/Conto Patrimoniale/Centro di Costo): 0

Importo – Costi (importo): 0

Bilancio – Ricavi (Bilancio/ Esercizio/Codice Progetto): 0

Dati contabili – Ricavi (Entità Acquirente/Conto Economico/Conto Patrimoniale/Centro di Costo): 0

Importo – Ricavi (importo): 0

Note: NESSUN ONERE PREVISTO

Autorizzante
Rocca Sergio

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

Unità d'offerta

UDO: comunità residenziale per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite

Denominazione: Comunità Terapeutica di Fara Olivana

Sede: Fara Olivana con Sola (BG), Cascina Nuova Fara Olivana con Sola

Capacità ricettiva: 16 PL (di cui n. 12 pl di trattamento terapeutico riabilitativo e n. 4 pl trattamento specialistico per pz in comorbidità psichiatrica)

Motivazione: variazione della capacità ricettiva e variazione nell'assetto dei posti letto abilitati e accreditati come di seguito specificato:

- riduzione da n. 20 a n. 12 del numero di posti letto di trattamenti terapeutico riabilitativo con rimodulazione dei restanti 8 PL in 4 PL di trattamento specialistico per pazienti in comorbidità psichiatrica (rapporto 2:1) per un totale di 16 PL abilitati e accreditati

Soggetto gestore

COOPERATIVA DI BESSIMO Società Coop.va Sociale A R.L. ONLUS C.F. e P. IVA: 01091620177 – con sede legale in Concesio (BS), Via Casello n. 11 - PEC: bessimo@pec.confcooperative.it

Legale rappresentante

ELENA CIUSANI - C.F. CSNLNE73L58F205T, nata a MILANO (MI) il 18/07/1973 e residente in via Pegol, 17 – 25080 - TIGNALE (BS) - Nominata con deliberazione del Consiglio di amministrazione del 25.05.2023

Estremi della SCIA contestuale prot. ATS n. I.0047309 del 20.05.2025

Ulteriori informazioni relative all'unità d'offerta

- **eventuale atto autorizzativo:** SCIA Contestuale Prot. ATS n. I.0071079 del 17/06/2015
- **eventuale accreditamento:** Decreto Regionale n. 79 del 12.01.2012
- **eventuale codice struttura:** CUDES 001268
- **eventuali finanziamenti pubblici per la realizzazione:** nessun finanziamento
- **titolo di godimento dell'immobile:** comodato d'uso (agli atti contratto regolarmente registrato)
- **durata del titolo di godimento dell'immobile:** durata di anni 20 dal 01/01/2017 al 30/12/2036
- **dati identificativi del proprietario:** Fondazione Congregazione della Misericordia Maggiore di Bergamo (indicata come MIA) C.F. 80016630164 con sede legale in Bergamo, Via M. Tabajani
- **l'attività è esercitata a titolo di** gestione diretta di un bene non di proprietà **fino alla scadenza del 30/12/2036**

REQUISITI SOGGETTIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE E ALTRI SOGGETTI TENUTI – DGR 2569/14 allegato 1 sez. 2.1	Esito	NOTE
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		



<p>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</p> <p>- CIUSANI ELENA, C.F. CSNLNE73L58F205T, Presidente CdA e Legale Rappresentante</p>	SI	<p>VERIFICA BANCA DATI NAZIONALE ANTIMAFIA PR_BSUTG_Ingresso_0046111_20250611: ISTRUTTORIA IN CORSO</p>
<p>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 tutti gli altri soggetti di cui al Libro II del medesimo decreto, di seguito elencati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ZOCCATELLI GIOVANNI BATTISTA, Consigliere delegato - DANESI NICOLA, CF DNSNCL78M14B157H, Consigliere, - BERTELLI GUIDO, CF BRTGDU6411H717X, Consigliere - PANCAZZI CHIARA, CF PNCCHR89C50D940V, Consigliere - GRANELLI DIANA, CF GRNDNI75B45A794B, Consigliere - GREGORINI LUANA, CF GRGLNU80R46E333J, Consigliere - PAINI GIOVANNI, CF PNAGN71P27E897P, Consigliere - FENAROLI EDDA, CF FNRDDE53M45F523V, Sindaco Supplente - GORINI FEDERICO, CF GRNFRC62A04E967M - MAGNAVINI MAURIZIO, CF MGNMRZ70E01B157I, Sindaco - MURANO CARLO, CF MRNCRRL68M12C618E, Presidente Consiglio Sindacale - PIOVANELLI FEDERICO, CF PVNFBA67T23C618B, Sindaco 	SI	<p>VERIFICA BANCA DATI NAZIONALE ANTIMAFIA PR_BSUTG_Ingresso_0046111_20250611: ISTRUTTORIA IN CORSO</p>

REQUISITI SOGGETTIVI DEL SOGGETTO GESTORE DGR 2569/14 allegato 1 sezione 3.1	Esito	NOTE
<p>Personalità giuridica con iscrizione nello specifico registro delle imprese o delle persone giuridiche private</p> <ul style="list-style-type: none"> o Pubblica <input checked="" type="checkbox"/> Privata 	SI	<p>Iscrizione al Registro delle Imprese di n. REA BS - 231523</p> <p>Verifica attraverso consultazione Registro Imprese - Archivio Ufficiale CCIA: documento N. P. V8726595 del 05.06.2025</p>
<p>Regolarità della continuità gestionale e finanziaria *</p>	SI	<p>Agli atti Relazione sull'ultimo Bilancio approvato</p>
<p>Presenza dell'organo di controllo economico e relativa composizione (tipologia, nominativi e qualifiche dei componenti) * Collegio de Revisori</p> <ul style="list-style-type: none"> - MURANO CARLO, CF MRNCRRL68M12C618E, Presidente Consiglio Sindacale - PIOVANELLI FEDERICO, CF PVNFBA67T23C618B, Sindaco - FENAROLI EDDA, CF FNRDDE53M45F523V, Sindaco Supplente - GORINI FEDERICO, CF GRNFRC62A04E967M, Sindaco Supplente - MAGNAVINI MAURIZIO, CF MGNMRZ70E01B157I, Sindaco 	SI	<p>Regolarmente iscritti al registro dei revisori MEF</p>
<p>Assenza di stato di fallimento *</p>	SI	<p>Verifica attraverso consultazione Registro Imprese - Archivio Ufficiale CCIA: documento N. P. V8726595 del 05.06.2025:</p>
<p>Assenza di liquidazione coatta *</p>	SI	<p>non risulta iscritta alcuna procedura concorsuale in corso o pregressa per la Società oggetto di verifica</p>
<p>Assenza di concordato preventivo *</p>	SI	<p>non risulta iscritta alcuna procedura concorsuale in corso o pregressa per la Società oggetto di verifica</p>
<p>Assenza di procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni: fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo*</p>	SI	<p>non risulta iscritta alcuna procedura concorsuale in corso o pregressa per la Società oggetto di verifica</p>

* 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 SCIA con contestuale richiesta di accreditamento

SI ATTESTA CHE

- l'ente gestore COOPERATIVA DI BESSIMO Società Coop.va Sociale A R.L. ONLUS Codice Fiscale E Partita IVA: 01091620177 – con sede legale in Concesio (BS) Via Casello n. 11

RISULTA

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

e che,

- l'unità d'offerta Comunità Terapeutica di Fara Olivana (CUDES 001268) con sede in Fara Olivana con Sola (BG), in Cascina Nuova Fara Olivana con Sola

RISULTA

- in possesso dei requisiti generali e specifici di esercizio e di accreditamento previsti dalla DGR n. 2569/2014 e dalla D.G.R. n. 12621/2003 per n. 16 PL totali (di cui n. 12 pl di trattamento terapeutico riabilitativo e n. 4 pl di trattamento specialistico per pz in comorbilità psichiatrica).

Il Dirigente Medico Dipartimento PAAPSS
Dott. ssa Katia Minardi

Funzionari referenti per l'istruttoria:

DPAAPSS Amm.va Annarita Rota – A.S. dott.ssa Lidia Santoro – A.S. dott.ssa Beatrice Azzolari
DIPS Trapletti dott. Giuseppe - Imberti TdP Ornella

Allegati:

- Verbale di sopralluogo DPAAPSS n. 391 del 11.06.2025 e verbale documentale n. 425 del 24.06.2025
- nota DIPS del 23.06.2025 (Prot. n. 0058400/25) con relativo verbale di sopralluogo n. 378 del 13.06.2025
- nota DIPS del 21.07.2025 (Prot. n. 0068124/25) corredato da check-list del 18.07.2025

VERBALE DI SOPRALLUOGO N° 391

In data 11.06.2025 alle ore 10.15
presso l'unità d'offerta: **COMUNITA' TERAPEUTICA FARA OLIVANA**
Sede principale Sede secondaria *(da compilare solo per i Consulenti Familiari)*

indirizzo: Cascina Nuova - Fara Olivana con Sola
codice struttura 001268 codice fiscale / P.IVA 01091620177
abilitazione per (posti/volumi): 20
accreditamento per (posti/volumi): 12 p.l. tratt. ter. riab. e 4 in comorb. psichiatrica
contratto per (posti/volumi): 12 p.l. tratt. ter. riab. e 4 in comorb. psichiatrica
soggetto gestore: Cooperativa di Bessimo
legale rappresentante: Elena Ciusani

Sopralluogo effettuato congiuntamente con il/i Funzionario/i del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria

l'equipe di vigilanza composta da:

dott.ssa Lidia Santoro - funzionario DPAAPSS Responsabile dell'istruttoria
dott.ssa Beatrice Azzolari - funzionario DPAAPSS

alla presenza di:

Sangalli Martina - referente dell'ente Gestore

Identificato/a tramite:

rilasciato da _____ in data _____

Persona nota all'equipe

Benvenuti Giulia Andrea - educatrice

ha effettuato un sopralluogo per la verifica dei

requisiti organizzativi e gestionali

strutturali e tecnologici

di esercizio/accreditamento di seguito specificati, nell'ambito dell'istruttoria avviata per:

SCIA prot. ATS n. _____ del _____

istanza di accreditamento: prot.ATS n. _____ del _____

istanza di riclassificazione: prot.ATS n. _____ del _____

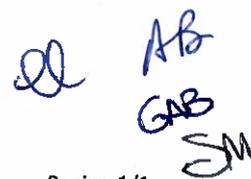
SCIA con contestuale istanza di accreditamento: prot. ATS n. 47309 del 20.05.2025

verifica per conferma di accreditamento (DGR n. _____ del _____ e comunicazione aggiornamento del registro regionale delle unità d'offerta sociosanitarie del _____)

verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio/accreditamento

verifica a seguito di segnalazione prot.

altro


AB
GAB
SM

**REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO
COMUNITA' TOSSICODIPENDENTI**

REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI GENERALI E SPECIFICI		
DGR n.2569/2014 – All.1; DGR n.12621/2003		
Rif.norm	Area tematica	Esito
	Politica, obiettivi e attività	
ES 2.2.1.a	Definizione della missione dell'Organizzazione e delle politiche complessive	SI
	Definizione degli obiettivi in relazione alla singola UdO, specificando servizi erogati e popolazione potenzialmente interessata	SI
	Definizione dell'organizzazione interna della UdO (modalità di erogazione del servizio, prestazioni erogate, attività eseguite)	SI
ES 2.2.1.b	Definizione annuale del piano di lavoro, comprendente tipologia e volume di attività previste e conseguente piano organizzativo	SI
ES 2.2.5.a	Adozione di un programma annuale di valutazione e miglioramento delle attività relativo ai processi di erogazione, selezionati in rapporto alle priorità individuate favorendo il coinvolgimento del personale	SI
AC 3.2.1	Adozione del programma annuale entro il primo trimestre dell'anno solare (entro 90 gg per i nuovi accreditamenti)	SI
AC 3.2.4.i	Definizione di strumenti, indicatori, modalità e tempi per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi del programma annuale	SI
	Presenza di una relazione annuale che espliciti i risultati, le eventuali criticità rilevate e le azioni migliorative per l'anno successivo, dando evidenza del coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione	SI
	Diffusione dei risultati della relazione annuale agli interessati	SI
AC 3.2.4.f	Per strutture residenziali ≥80 p.l. o per gestori con capacità contrattuale socio sanitaria ≥ € 800.000, presenza dell'attestazione annuale inviata all'ATS di: <input checked="" type="checkbox"/> adozione di Codice Etico e Modello Organizzativo ai sensi del D.Lgs.231/2001 <input checked="" type="checkbox"/> formazione e informazione al proprio personale <input checked="" type="checkbox"/> nomina Organismo di Vigilanza con identificazione dei componenti e descrizione delle qualifiche <input checked="" type="checkbox"/> avvenuta acquisizione della relazione annuale dell'Organismo di Vigilanza	SI
AC 3.2.4.h	Polizza assicurativa per responsabilità civile del soggetto gestore (quietanza di pagamento per l'annualità in corso), con: <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 <input type="checkbox"/> programma assicurativo di gestione diretta del rischio, idoneamente documentato.	SI
ES DGR n. 12621/03	Adozione di un regolamento completo di: <input checked="" type="checkbox"/> Diritti degli utenti <input checked="" type="checkbox"/> Obblighi degli utenti <input checked="" type="checkbox"/> Regole di vita comunitaria <input checked="" type="checkbox"/> Norme di comportamento <input checked="" type="checkbox"/> Impiego degli utenti nelle attività	SI
Note:		
	Continuità assistenziale	
ES 2.2.2.b	La continuità assistenziale è garantita in caso di urgenze o eventi imprevisti, in relazione alla tipologia e alla complessità assistenziale dell'utenza trattata	SI
	In caso di trasferimento sono messe a disposizione tutte le informazioni inerenti il percorso effettuato dall'utente nell'unità d'offerta	SI
AC 3.2.2.	Sono previste modalità di gestione di eventuali trasferimenti interni/presso altre unità d'offerta sociosanitarie o sanitarie	SI
DGR 6666/17	In caso di diniego all'accesso in comunità a causa di non idoneità del paziente è redatta motivata relazione	SI
Note:		
	Gestione risorse umane ed economiche	
ES 2.2.2.a	Sono definite e esplicitate l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche	SI

ES 2.2.3.a	Descrizione quantitativa e qualitativa delle risorse umane ritenute necessarie alla gestione della UdO	SI
ES 2.2.1.a	Descrizione organizzazione interna UdO (Organigramma, livelli di responsabilità)	SI
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
ES 2.2.3.b	Personale volontario rendicontabile a standard: possesso di titolo professionale e appartenenza ad Associazioni di Volontariato iscritte nel registro e convenzionate con la struttura	NP
	Personale volontario non rendicontabile a standard: formalizzazione dei rapporti tra struttura e Associazione/singolo volontario	SI
ES DGR n. 12621/03	Il personale volontario rendicontabile non supera il 50% degli operatori	NP
	Sono presenti soggetti che hanno terminato il programma terapeutico	NP
AC 3.2.3.b	Individuazione con atto formale di un operatore referente per i compiti previsti al punto 3.2.3.b della DGR n. 2569/2014 (validazione protocolli, vigilanza aspetti igienico sanitari, corretta conservazione documentazione sociosanitaria, ecc): <i>Diana Granelli (indicare cognome e nome)</i>	SI
ES 2.2.5.b	Identificazione della struttura/responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità	SI
ES 2.2.6	Identificazione nell'organigramma del responsabile del sistema informativo	SI
ES 2.2.1.a	Individuazione del referente per i rapporti con gli uffici sul territorio che si occupano di protezione giuridica e servizi sociali	SI
ES 2.2.3.c	Adozione di un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale con indicazione del referente	SI
AC 3.2.3.c	È assicurata la copertura del fabbisogno formativo di tutti gli operatori addetti all'assistenza in un arco di tempo triennale, sulla base delle esigenze specifiche rispetto all'utenza da assistere e su tematiche relative all'umanizzazione delle cure	SI
	È prevista per tutti gli operatori (NB: anche per coloro che non concorrono allo standard dell'UdO) la formazione su tematiche relative alla comunicazione ed alle tecniche di relazione con gli utenti e i caregiver anche rispetto alla gestione dei conflitti	SI
Note:		
Gestione delle risorse tecnologiche		
ES 2.2.4	È adottata una procedura di programmazione degli acquisti di apparecchiature biomediche e dispositivi medici	SI
	Inventario annuale delle apparecchiature biomediche	SI
	Adozione di un piano di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche	SI
	Procedure per garantire l'uso sicuro e appropriato delle apparecchiature biomediche	SI
Note:		
Gestione, valutazione e miglioramento della qualità		
ES 2.2.5.c	Presenza di sistemi atti a rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza da parte di utenti o familiari	SI
AC 3.2.4.b	Rilevazione del grado di soddisfazione almeno annuale rivolta a: <input checked="" type="checkbox"/> Utenti <input type="checkbox"/> Familiari e/o caregiver <input checked="" type="checkbox"/> Lavoratori anche riguardo al benessere lavorativo	SI
	Garantita l'analisi dei dati rilevati e la presa in considerazione delle criticità emerse	SI
	Garantita la diffusione dei risultati della rilevazione e delle azioni di miglioramento	SI






AC 3.2.4.c	Per la prevenzione e gestione dei disservizi sono garantite: <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 type="checkbox"/> modulistica relativa alla tutela della privacy, al consenso informato per i singoli atti sanitari proposti, alla tutela della persona se attivata	
Note: il consenso verrà inviato entro 5 giorni		
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"/> Criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste attesa, accoglimento e registrazione), presa in carico e dimissione <input type="checkbox"/> Modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali organici <input type="checkbox"/> Modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di strumenti ed accessori <input 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
Note: ES 2.2.5.e: i protocolli relativi a "modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali organici" e "modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di strumenti ed accessori" non sono pertinenti		
AC 3.2.4.g	Presenza di procedure e protocolli relativi a: <input checked="" type="checkbox"/> Identificazione, segnalazione e gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella	SI
Note:		
	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
DGR 6666/17	È assicurata la pubblicazione del numero dei posti liberi/occupati e del numero di utenti in lista d'attesa sul proprio sito internet, con aggiornamento in tempo reale	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	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	La carta dei servizi contiene: <input checked="" type="checkbox"/> descrizione dell'unità d'offerta <input checked="" type="checkbox"/> condizioni che danno diritto all'accesso <input checked="" type="checkbox"/> criteri di accoglienza <input checked="" type="checkbox"/> criteri di presa in carico e dimissioni dell'utente <input checked="" type="checkbox"/> definizioni delle modalità di erogazione delle prestazioni e delle attività previste <input checked="" type="checkbox"/> orario di funzionamento dell'unità d'offerta (orario/periodo di apertura nell'anno) <input checked="" type="checkbox"/> raggiungibilità dell'unità d'offerta con i mezzi di trasporto <input checked="" type="checkbox"/> informazioni su strumenti e modalità atti a tutelare i diritti delle persone assistite <input checked="" type="checkbox"/> informazioni su strumenti, modalità e tempi di valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e caregiver (rispetto alla qualità dei servizi ed alle prestazioni usufruite) e degli operatori, nonché per la rilevazione dei disservizi	SI

AB
 SM
 GB
 D

	<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.	
Note:		
	Sistema informativo	
ES 2.2.6.	Il soggetto gestore individua i bisogni informativi, predispone le strutture organizzative e le strumentazioni necessarie a garantire la qualità dei dati	SI
AC 3.2.5	Il soggetto gestore si dota di un sistema di contabilità analitica, riferito alla singola UdO, nel rispetto della normativa vigente e delle indicazioni regionali	SI
Note:		



AB

SM

GAB

STANDARD ASSISTENZIALI

Tabella 1 – Elenco degli operatori ai fini della verifica del possesso del titolo di studio e dell'iscrizione al relativo Albo/Ordine (se prevista)

Cognome e Nome	Qualifica	Titolo di studio	Iscrizione Albo
Granelli Diana	Responsabile	Laurea in scienze dell'educazione (L-18)	BG117
Sangalli Martina	Educatore	Laurea in scienze dell'educazione (L-19)	NP
Benvenuti Giulia Andrea	Educatore	Laurea in scienze dell'educazione (L-19)	NP
Toninelli Roberta	Infermiere	Diploma di infermiere professionale	BS3841
Marchese Cristiano	Medico	laurea in medicina e chirurgia + specializ. in psichiatria	BS07077
Savio Greta	Psicoterapeuta	Laurea in psicologia e specializ. in psicoterapia	LOM12662

Note:

Tabella 2 – Corrispondenza fra Operatori presenti in servizio e turnistica programmata

Elenco operatori presenti nel Nucleo _____ (indicare il Nucleo su cui viene effettuata la verifica)

Cognome e Nome	Qualifica	Corrispondenza con turnistica
Silvera Carlos Fernando	Educatore	SI
Sangalli Martina	Educatore	SI
Benvenuti Giulia Andrea	Educatore	SI
Pagani Sintayehu	Educatore	SI
AC 3.2.3.d DGR n. 2569/14	Il personale in servizio corrisponde alla turnistica programmata/alle presenze registrate	SI

Rif.norm.	Tabella 4 - Requisiti gestionali del periodo verificato in sede di sopralluogo	Esito
ES/AC DGR n. 12621/03	E' garantita la presenza di almeno due operatori	

Note: lo standard verrà calcolato per la settimana dal 02.06 al 09.06.2025

Handwritten signatures and initials: AB, SM, GAB, and a large stylized 'e'.

REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO COMUNITA' TOSSICODIPENDENTI

REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI SPECIFICI SERVIZI DI TRATTAMENTO SPECIALISTICO PER PAZIENTI IN COMORBILITA' PSICHIATRICA DGR n.41878/1999; DGR n.12621/2003, CIRC.n.29/2003		
Rif.norm	Area tematica	Esito
DGR n. 12621/03	Il servizio di trattamento specialistico si rivolge a soggetti tossicodipendenti in comorbilità psichiatrica	SI
	Il servizio di trattamento specialistico è residenziale	SI
	Il servizio di trattamento specialistico è (indicare l'opzione pertinente): <input type="checkbox"/> struttura dedicata <input checked="" type="checkbox"/> modulo specifico all'interno di altra struttura residenziale	
	Il servizio accoglie soggetti con problematiche di dipendenza per un periodo non superiore a 18 mesi	SI
Note:		
	Capacità ricettiva	
DGR n. 12621/03	La capacità ricettiva è al massimo di 15 posti letto	SI
	Nel caso in cui il servizio di trattamento specialistico si configuri come modulo specifico all'interno di una struttura si richiede la copertura massima di un terzo dei posti previsti	SI
Note:		
	Offerta di prestazioni	
DGR n. 12621/03	Il documento di programma comprende le seguenti aree di prestazioni da assicurare agli ospiti: <input checked="" type="checkbox"/> primo contatto, in cui viene verificato con il soggetto le caratteristiche della richiesta di aiuto da lui espressa e si illustrano le offerte dei servizi e l'iter procedurale degli stessi <input checked="" type="checkbox"/> valutazione diagnostica multidisciplinare, che permette di formulare un programma terapeutico personalizzato che affronti il recupero della salute fisica, psichica e sociale <input checked="" type="checkbox"/> Supporto psichiatrico, psicologico individuale/di gruppo e attività di psicoterapia strutturata individuale e/o di gruppo	SI
Note: lo standard verrà calcolato per la settimana dal 02.06 al 09.06.2025;		
Personale Unito Operativa		
<i>I requisiti sotto riportati si riferiscono alle UdO in funzione dopo il 21/04/1999 (ex DGR n. 41878/1999 – standard di seconda soglia). Per le UdO in funzione fino al 20/04/1999 fare riferimento alla medesima DGR – standard di prima soglia.</i>		
DGR n. 41878/99	Il Responsabile è: <input checked="" type="checkbox"/> nominativamente individuato <input checked="" type="checkbox"/> in possesso di uno dei seguenti titoli di studio:	SI
DGR n. 12621/03	<input type="checkbox"/> diploma di educatore professionale <input checked="" type="checkbox"/> laurea scienze dell'educazione (classe 18 – L19) <input type="checkbox"/> educatore professionale di classe 2 <input type="checkbox"/> laurea in pedagogia <input type="checkbox"/> laurea in sociologia <input type="checkbox"/> diploma universitario di assistente sociale	
CIRC. n. 29/2003	<input type="checkbox"/> in possesso di comprovata esperienza lavorativa nell'ambito delle dipendenze	
DGR n. 41878/99	Il personale qualificato è in possesso di uno dei seguenti titoli di studio: <input checked="" type="checkbox"/> diploma di educatore professionale <input checked="" type="checkbox"/> laurea scienze dell'educazione (classe 18 – L19) <input type="checkbox"/> educatore professionale di classe 2 <input type="checkbox"/> laurea in pedagogia <input checked="" type="checkbox"/> laurea in psicologia	
DGR n. 12621/03	Nel personale qualificato sono compresi: <input checked="" type="checkbox"/> psicologo <input checked="" type="checkbox"/> psichiatra <input checked="" type="checkbox"/> medico <input checked="" type="checkbox"/> infermiere	
CIRC. n. 29/2003	E' presente il personale di supporto (operatore di comunità, ecc)	
	Nelle ore diurne è assicurata la presenza contemporanea di due operatori di cui almeno uno in possesso delle qualifiche previste	SI
	Il Responsabile non coincide con altri operatori e fornisce almeno 20 ore/settimanali	SI
DGR n. 12621/03	E' garantita la reperibilità medica non inferiore a 8 ore per cinque giorni la settimana	
	Funzionamento	
DGR n. 12621/03	permanente nell'arco delle 24 ore, per 365 giorni	SI
Note: il contratto di reperibilità verrà inviato entro 5 giorni		


 GAB
 DM
 AS

Eventuale documentazione acquisita nel corso del sopralluogo:
nessuna

Osservazioni:
nessuna

Dichiarazioni del Legale Rappresentante, del delegato e di altra persona incaricata:
nessuna

Esito dell'ispezione – Valutazione sintetica:

- l'Unità d'Offerta risulta in possesso dei requisiti oggetto di verifica
- l'Unità d'Offerta non risulta in possesso dei requisiti oggetto di verifica
- l'esito della presente istruttoria è subordinata ad ulteriori valutazioni

Documentazione richiesta nel corso del sopralluogo:

Presenze in servizio di tutto il personale dedicato all'assistenza nella settimana dal 02.06 al 09.06.2025 attestate nel modello A MDPAAPSS-DIPS09-0 in formato excel e in pdf a firma del Legale Rappresentante; turni di presenza medica e reperibilità del mese di giugno 2025, presenze degli ospiti per la settimana dal 02.06 al 09.06.2025, cartellini timbratura/fogli firma, anche del personale libero professionista, per la settimana dal 02.06 al 09.06.2025, tutto quanto richiesto in check-list

La documentazione dovrà pervenire, entro e non oltre 18.06.2025 ai seguenti indirizzi:
protocollo@pec.ats-bg.it

alla c.a. dott.ssa Lidia Santoro e dott.ssa Beatrice Azzolari

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

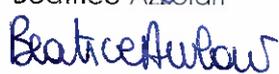
Il sopralluogo dell'équipe della SC Autorizzazione Accreditamento e Vigilanza Strutture della Rete Territoriale si conclude alle ore 12.00.

Il presente verbale compilato in ogni sua parte è redatto in due copie identiche al termine del sopralluogo.

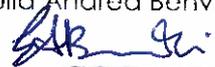
Un originale del presente verbale, costituito da n. 8 pagine, viene consegnato:

- al Legale Rappresentante
- all'incaricato/delegato presente che si impegna a trasmetterlo al Legale Rappresentante.

Per la ATS
Lidia Santoro

Beatrice Azzolari


Per l'Ente Gestore
Martina Sangalli

Giulia Andrea Benvenuti

**COOPERATIVA SOCIALE
DI BESSIMO "ONLUS"**
P. I.V.A. 01091620177
Sede legale: 25082 CONCESIO (BS) Via Casello n. 11
Succursale di CASCINA FARA NUOVA
24058 FARA OLIVANA CON SOLA (BG)

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Tutte le informazioni relative al trattamento dei dati personali, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 e dalle vigenti disposizioni nazionali, in particolare dal D.lgs. 196/2003 e s.m.i. sono consultabili sul sito dell'ATS di Bergamo al seguente indirizzo: <http://www.ats-bg.it/ent/ign/1/privacy-szmsi.html>. Il Titolare del trattamento è ATS Bergamo che raccoglie i dati personali utili e necessari per la presentazione di tale dichiarazione. La base giuridica del trattamento è l'art. 6 (ett) e del Reg. UE 2016/679 e il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto in assenza di tutti o di alcuni dei dati personali richiesti, il documento potrà non essere ritenuto valido dall'Ente. I dati personali saranno trattati da personale autorizzato nonché comunicati a terzi che avranno ricevuto a tal fine nomina o responsabilità esterne oppure saranno condivisi con altre Autorità Pubbliche se tale comunicazione è prevista da obblighi normativi. Il periodo di conservazione avviene nel rispetto delle normative di sicurezza garantendo l'applicazione di misure di sicurezza ritenute adeguate ai sensi dell'art. 32 del Reg. UE 2016/679. ATS Bergamo ricorda che sono riconosciuti all'interessato i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Reg. UE 2016/679, nonché la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali. Nell'informativa estesa presente sul sito web saranno reperibili sia i dati di contatto del titolare del trattamento che del DPO nominato.



VERBALE DI VERIFICA DOCUMENTALE n. 425 del 24.06.2025

In data, 24.06.2025 alle ore 14.00, presso gli uffici della SC Autorizzazione Accreditamento e Vigilanza Strutture della Rete Territoriale con sede in via Galliccioli, 4 – Bergamo - sono presenti gli ispettori afferenti alla predetta SC:

Dott.ssa Lidia Santoro responsabile dell'istruttoria

Dott.ssa Beatrice Azzolari

per la verifica della documentazione richiesta a seguito degli accertamenti avviati con il sopralluogo/videoconferenza, di cui al verbale n. 391 del 11.06.2025, relativo/a all'Unità di Offerta Comunità Terapeutica Fara Olivana ubicata a Fara Olivana con Sola in via Cascina Nuova - CUDES 325001268, gestita da Cooperativa di Bessimo - Legale Rappresentante Elena Ciusani.

Premesso

- che durante il sopralluogo/videoconferenza, di cui al verbale sopra richiamato, effettuato/a al fine di:

verificare il possesso dei requisiti generali e specifici di esercizio e di accreditamento previsti dalla DGR n. 2569/2014, e dalle D.G.R. n. 12621/03, n.41878/1999 e CIRC n.29/2003;

gli ispettori della SC Autorizzazione Accreditamento e Vigilanza Strutture della Rete Territoriale hanno formalmente richiesto specifica documentazione, necessaria ai fini del completamento della verifica, subordinandone l'esito a successive valutazioni,

- che la documentazione è pervenuta nei tempi richiesti alla scrivente ATS in data 18.06.2025 prot. n. 56917,

- che la documentazione non è pervenuta nei tempi richiesti alla scrivente ATS ma in data prot. n. ,

- che la documentazione, è già agli atti della SC in quanto pervenuta in data prot. n. ,

Verificati

i seguenti elementi:

REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI GENERALI E SPECIFICI DGR n.2569/2014 – All.1; DGR n. 12621/03		
Rif.norm	Area tematica	Esito
	Documentazione Sociosanitaria (FASAS)	
	FASAS verificato/i:	
ES 2.2.5.d	Sono presenti le sezioni relative a: <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	SI
	Note:	

Rif.norm.	Tabella 4 - Requisiti gestionali del periodo verificato in sede di sopralluogo	Esito
ES/AC DGR n. 12621/03	E' garantita la presenza di almeno due operatori	SI
	Note:	

REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI SPECIFICI SERVIZI DI TRATTAMENTO SPECIALISTICO PER PAZIENTI IN COMORBILITA' PSICHIATRICA DGR n. 41878/1999; DGR n. 12621/2003; CIRC. n.29/2003		
Rif.norm.	Area tematica	Esito
DGR n. 12621/03	E' garantita la reperibilità medica non inferiore a 8 ore per cinque giorni la settimana	SI

Tabella 3

Verifica del minutaggio assistenziale dal	02/06/2025	08/06/2025	Comunità Fara Olivana	Cisano Bergamasco	
Standard richiesto (ore/settimana)					
	Giornate	Standard medico, psich, inf e psicologo (ore)	Standard operatore qualificato (ore)	Standard operatore di supporto (ore)	Totale (ore)
Acc residenz. */**		0,0	0,0	0,0	0,0
Acc semiresid. */**		0,0	0,0	0,0	0,0
S. Ter. Riab. Res.	72	5,0	159,5	0,0	164,5
S. Ter. Riab. Semir.		0,0	0,0	0,0	0,0
S. Ped. Riab. Res.		0,0	0,0	0,0	0,0
S. Ped. Riab. Semir.		0,0	0,0	0,0	0,0
Spec. Per coppie**		0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Acc / S Ter Riab / S Ped Riab e Spec Coppie	72	5,0	159,5	0,0	164,5
Comor. Psich. **	21	18,8		7,2	26,0
Poli **		0,0		0,0	0,0
Totale Com Psich / Polidip	21	18,80		7,20	26,00
Standard assistenziale erogato in ore/settimana					
	Verifica	Standard medico, psich, inf e psicologo	Standard operatore qualificato	Standard operatore di supporto	Totale
Acc/S. Ter./S. Ped/Spec. Coppie	SI	11,0	183,0	22,3	216,3
Comor./Poli	SI	194,0		22,3	216,3

Esito della verifica – Valutazione sintetica:

l'Unità d'Offerta

risulta in possesso dei requisiti verificati nel presente verbale documentale

non risulta in possesso dei requisiti verificati nel presente verbale documentale

l'esito della presente istruttoria è subordinato ad ulteriori valutazioni da parte del Direttore della SC Autorizzazione Accreditamento e Vigilanza Strutture della Rete Territoriale

considerato che:

La verifica documentale si conclude alle ore 15.00

L'esito complessivo dell'attività istruttoria, avviata con il verbale nr. 391 del 11.06.2025, verrà comunicato con specifica nota conclusiva.

Del presente verbale costituito da n. 4 pagine viene trasmessa copia al Legale Rappresentante.

I verbalizzanti

Lidia Santoro

Beatrice Azzolari

Documento originale sottoscritto mediante firma digitale e conservato agli atti dell'ATS in conformità alle vigenti disposizioni (D.lgs 82/2005 e disposizioni attuative)

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Tutte le informazioni relative al trattamento dei dati personali, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 e dalle vigenti disposizioni nazionali, in particolare dal D.lgs 196/2003 e s.m.i, sono consultabili sul sito dell'ATS di Bergamo al seguente indirizzo:

: <https://www.ats-bg.it/web/guest/privacy-aziendale>

Il titolare del trattamento è ATS Bergamo che raccoglie i dati personali utili e necessari per la presentazione di tale dichiarazione. La base giuridica del trattamento è l'art. 6 lett) e del Reg. UE 2016/679 e il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto in assenza di tutti o di alcuni dei dati personali richiesti, il documento potrà non essere ritenuto valido dall'Ente.

I dati personali saranno trattati da personale autorizzato nonché comunicati a terzi che avranno ricevuto a tal fine nomina a responsabili esterni oppure saranno condivisi con altre Autorità Pubbliche se tale comunicazione è prevista da obblighi normativi. Il periodo di conservazione avviene nel rispetto delle normative di sicurezza garantendo l'applicazione di misure di sicurezza ritenute adeguate ai sensi dell'art. 32 del Reg. UE 2016/679. ATS Bergamo ricorda che sono riconosciuti all'interessato i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Reg. UE 2016/679, nonché la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

Nell'informativa estesa presente sul sito web saranno reperibili sia i dati di contatto del Titolare del Trattamento che del DPO nominato.

.

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Bergamo

DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA

SS Igiene e Sanità Pubblica, Salute-Ambiente

24125 Bergamo – Via Borgo Palazzo 130 – padiglione 9 – ☎ 035/2270 574-535

posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-bg.it

posta elettronica ordinaria (PEO): protocollo.generale@ats-bg.it

Al Direttore
SC Autorizzazione, Accreditamento e Vigilanza
strutture della rete territoriale
Dipartimento PAAPSS
SEDE

Oggetto: Attività di vigilanza presso UdO sociosanitaria per SCIA:
Comunità Terapeutica di Fara Oliviana – COOPERATIVA DI BESSIMO Società Coop.va Sociale
A R.L. ONLUS sita in Cascina Nuova Fara Oliviana con Sola snc - Fara Oliviana con Sola

Allegato alla presente si trasmette copia del verbale di sopralluogo n. 378/25 eseguito in data 13/6/2025 presso l'UdO Comunità Terapeutica di Fara Oliviana – COOPERATIVA DI BESSIMO Società Coop.va Sociale A R.L. ONLUS sita in Cascina Nuova Fara Oliviana con Sola snc - Fara Oliviana con Sola con cui si attesta che l'esito dell'istruttoria è subordinata ad ulteriori valutazioni.

Gli esiti conclusivi saranno inviati con successiva comunicazione.

Cordiali saluti.

Il Responsabile
SS Igiene e Sicurezza dell'Abitato.
Dr.ssa Elisa Maria Martorana

*Documento originale sottoscritto mediante firma digitale e conservato agli atti dell'ATS Bergamo
in conformità alle vigenti disposizioni (D.Lgs 82/2005 e disposizioni attuative).*

Allegati n. 1

Firmato da:
ELISA MARIA MARTORANA
Codice fiscale: MRTLMS78L0387929
Valido dal: 14-05-2024 09:22:20 al: 14-05-2027 02:00:00
Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT
Riferimento temporale: SignatFirm: 25-06-2025 16:54:47
Modulo: Approvo il documento

Ufficio Competente: SC Igiene e Sanità Pubblica, Salute - Ambiente – Bergamo, via Borgo Palazzo 130 – tel.035/2270574

Funzionario istruttore: p.i. Ornella Imberti – tecnico della prevenzione – ornella.imberti@ats-bg.it
dott. Giuseppe Trapletti– tecnico della prevenzione – giuseppe.trapletti@ats-bg.it

VERBALE DI SOPRALLUOGO N° 378/2025

In data 13.06.2025 alle ore 14.00
presso l'unità d'offerta: COOPERATIVA BESSIMO SOCIETA' COOP.VA A R.L. ONLUS
Sede principale Sede secondaria (da compilare solo per i Consultori Familiari)

indirizzo: LOCALITA' CASCINA FARA NUOVA snc - FARA OLIVANA CON SOLA (BG)
codice struttura 001268 codice fiscale / P.IVA 01091620177
abilitazione per (posti/volumi):
accreditamento per (posti/volumi):
contratto per (posti/volumi):
soggetto gestore: COOPERATIVA BESSIMO SOCIETA' COOP.VA A R.L. ONLUS - sede legale
Concesio (BS) via Casello n. 11 - bessimo@pec.confcooperative.it
legale rappresentante: ELENA CIUSANI nata a Milano il 18/07/1973 e residente in via Pegol, 17 -
Tignale (BS)

Sopralluogo effettuato congiuntamente con il/i Funzionario/i del Dipartimento di Igiene e
Prevenzione Sanitaria

l'equipe di vigilanza composta da:

IMBERTI TdP ORNELLA e TRAPLETTI dott. GIUSEPPE Responsabile dell'istruttoria

alla presenza di:

CIUSANI ELENA legale rappresentante e SANGALLI MARTINA coordinatrice

Identificato/a tramite:

- rilasciato da _____ in data _____
 Persona nota all'èquipe

ha effettuato un sopralluogo per la verifica dei

- requisiti organizzativi e gestionali
 strutturali e tecnologici

di esercizio/accreditamento di seguito specificati, nell'ambito dell'istruttoria avviata per:

- SCIA prot. ATS n. _____ del _____
 istanza di accreditamento: prot.ATS n. _____ del _____
 istanza di riclassificazione: prot.ATS n. _____ del _____
 SCIA con contestuale istanza di accreditamento: prot. ATS n. I0047309 del 20/05/2025
 verifica per conferma di accreditamento (DGR n. _____ del _____ e comunicazione
aggiornamento del registro regionale delle unità d'offerta sociosanitarie del _____)
 verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio/accreditamento
 verifica a seguito di segnalazione prot. _____
 altro _____

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO

DGR n. 2569/2014 e DGR 6778/2022

Esito delle verifiche relative al possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente

Rif.norm.	Area tematica	Esito
ES 2.3.1.	Titolo di godimento dell'immobile	
UdO realizzata con finanziamenti statali/regionali: <input type="checkbox"/> tipologia: (in caso di finanziamenti statali/regionali indicare la tipologia)		
Titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Locazione <input checked="" 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): contratto del 01/01/2017 valido al 30/12/2036		
Dati identificativi del proprietario (se l'immobile sede dell'attività di soggetto diverso dal Gestore - indicare persona fisica/Ragione Sociale): CONGREGAZIONE DELLA MISERICORDIA DI BERGAMO (MIA) cod. fisc. 80016630164		
Note:		
ES 2.3.2.a	AGIBILITÀ	
	Documentazione esaminata: <input checked="" type="checkbox"/> Certificato di agibilità dei locali rilasciato dal Comune <input checked="" type="checkbox"/> Copia protocollata dell'avvenuta richiesta di agibilità <input type="checkbox"/> Copia protocollata della dichiarazione di agibilità di edifici destinati ad attività economiche <input type="checkbox"/> Dichiarazione di fine lavori protocollata dal Comune (solo per edifici esistenti, ove l'intervento di modifica strutturale non richieda nuova agibilità) <input type="checkbox"/> SCAGI (Segnalazione Certificata Inizio Attività per Agibilità) ai sensi dell'art.24, comma 1 del DPR 380/2001 così come modificato dall'art. 3 del D. Lgs n. 222/2016 <input type="checkbox"/> Solo per i casi in cui non sia possibile reperire né richiedere l'agibilità, presenza di idonee attestazioni del possesso dei requisiti igienico-sanitari e di sicurezza statica rilasciate da tecnici abilitati <input type="checkbox"/> Altra documentazione idonea a attestare il possesso dell'agibilità (da indicare nelle note)	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata - CERTIFICATO DI AGIBILITA' PER IL PIANO TERRA E PRIMO PROT. 3370 DEL 12/11/2003 - DOMANDA DI CERTIFICATO DI AGIBILITA' PER IL PIANO SECONDO DEL 30/5/2012 PROT. 2029	
ES 2.3.2.b	PROTEZIONE ANTISISMICA	
	Documentazione esaminata: <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 <input type="checkbox"/> Altra documentazione idonea a attestare il rispetto della normativa antisismica (da indicare nelle note)	SI
	Nel caso di sede ubicata all'interno di opere ed edifici strategici o rilevanti, scheda analisi e verifiche vulnerabilità sismica <input type="checkbox"/> in fase di acquisizione <input type="checkbox"/> acquisita	NP

	Note ed estremi della documentazione esaminata (nel caso sia indicato NP per verifiche vulnerabilità sismica, specificarne le motivazioni) - CERTIFICATO DI IDONEITA' STATICA ALLEGATO ALLA RICHIESTA DI AGIBILITA' DEL 2003, REDATTA DALL'ING. PAOLO COMANA	
ES 2.3.2.c	PROTEZIONE ANTINCENDIO	
	Documentazione prevenzione incendi (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> Ricevuta SCIA antincendio di cui all'art. 4 del DPR 151/2011, rilasciata dal Comando VV.F (solo per cat. C all. 1 DPR 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 DPR 151/2011) <input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di esclusione dall'elenco dell'Allegato 1 del DPR 151/2011 <input type="checkbox"/> Altra documentazione idonea a attestare il rispetto della normativa antincendio (da indicare nelle note)	SI
	Piano delle emergenza per rischio incendi e valutazione del rischio <input checked="" type="checkbox"/> presenza del piano delle emergenze per rischio incendio (parte del DVR) <input type="checkbox"/> per attività avviate da meno di 90 giorni, in attesa di redazione del DVR, presenza del Documento di valutazione del rischio incendio ai sensi del D.Lgs. 81/2008 ed ottemperanza al DM 10/3/1998	SI
	Atto di designazione dei coordinatori e degli addetti delle squadre antincendio con attestati dei relativi corsi obbligatori	
	Documentazione attestante l'esecuzione di prove di evacuazione annuali	SI
	Registro controlli dei presidi antincendio ex art.4 DM 10/3/98 e p.2 art.6 DPR 151/11	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata Dichiarazione di esclusione elenco all.1 DPR 151/2011 del 09.06.2025; Registro dei controlli aggiornato al 26/03/2025; Piano delle emergenze rev. 13/11/2023; Eliminare i riferimenti alla gestione delle emergenze da parte di operatori non formati o utenti, inoltre il piano deve indicare il numero di addetti tenendo conto dei turni di lavoro; aggiornare la sezione del DVR che cita il serbatoio GPL dismesso - ULTIMA PROVA DI EVACUAZIONE DEL 31/10/24 - REGISTRO DEI CONTROLLI DEL 26/3/2015	
ES 2.3.2.d	PROTEZIONE ACUSTICA	
	Presenza del documento di collaudo dei requisiti acustici passivi degli edifici o della porzione di edificio in cui è inserita l'UdO (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)	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
ES 2.3.2.e	SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA	
Impianti elettrici	Conformità degli impianti elettrici (barrare una delle opzioni): <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 conformità ai sensi della l. 46/90 dell'impianto elettrico completa di progetto ove previsto, ovvero Dichiarazione di rispondenza (impianti eseguiti prima dell'entrata in vigore del D.M. 37/2008) <input type="checkbox"/> Attestazione legge 186/68 per impianti elettrici realizzati antecedentemente alla legge 46/90	
	Controlli periodici <input type="checkbox"/> Documentati controlli periodici manutentivi con periodicità conforme alle norme tecniche vigenti attestata da idonea documentazione <input type="checkbox"/> Impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico	
	Verifica dell'impianto di messa a terra <input checked="" type="checkbox"/> Verifica dell'impianto elettrico di messa a terra secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione (2 o 5 anni) <input type="checkbox"/> Impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico	SI
	Identificazione degli ambienti destinati a uso medico e loro classificazione con corrispondente planimetria vidimata dal responsabile sanitario	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata Dichiarazioni di conformità: 10/01/2002 SIEG spa (FM area di cantiere); 24/01/2013 FR Impianti elettrici di Rossoni Fabrizio (manutenzione straordinaria non	

	<p>specificata); • 03/11/2014 Cerro Torre soc. coop. Sociale Onlus (impianto elettrico centrale termica); • 30/04/2019 Cerro Torre soc. coop. Sociale Onlus (impianto elettrico per impianto fitodepurazione).</p> <p>- in assenza di una dichiarazione di conformità generale dell'impianto elettrico e del relativo progetto, è necessario produrre una dichiarazione di rispondenza ai sensi del DM 37/08</p> <p>Verbale di verifica periodica imp. Terra del 08/11/2023 Apave Italia esito positivo;</p> <p>- Ultime verifiche impianto elettrico del 11/06/2025: inviare rapporto di adeguamento delle verifiche con esito negativo (lampade di emergenza) e prevedere esame a vista dell'impianto</p>	
Impianti di protezione contro le scariche atmosferiche	<p>Conformità dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche.</p> <p>Documentazione esaminata:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> dichiarazione di autoprotezione redatta da un tecnico abilitato (nel caso l'impianto non sia previsto)</p> <p><input type="checkbox"/> dichiarazione di conformità dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche completa di progetto ai sensi del D.M. 37/2008</p> <p><input type="checkbox"/> altra documentazione idonea a attestare la conformità dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche (da indicare nelle note)</p>	SI
	<p>Verifica dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche</p> <p><input type="checkbox"/> verifica dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione (2 o 5 anni)</p> <p><input type="checkbox"/> impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico</p>	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata Valutazione rischio fulmini aggiornata al 29/09/2023 (Studio Tecnico BENAGLIO PATRICK)	
Gruppo elettrogeno	<p>Conformità gruppo elettrogeno (certificato di conformità, certificato di collaudo)</p>	NP
	<p>Verifiche periodiche</p> <p><input type="checkbox"/> verifiche periodiche di efficienza e funzionamento attestata da idonea documentazione</p> <p><input type="checkbox"/> impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico</p>	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
Dispositivi elettromed.	<p>Elenco completo dei dispositivi elettromedicali in uso con relative conformità CE</p>	NP
	<p>Verifiche periodiche</p> <p><input type="checkbox"/> verifica periodica dei dispositivi elettromedicali secondo le scadenze previste attestata da idonea documentazione</p> <p><input type="checkbox"/> dispositivi di nuova costruzione, non ancora soggetti a controlli periodici</p>	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata dichiarazione di assenza apparecchi elettromedicali del 9/6/2025	
ES 2.3.2.f	SICUREZZA ANTIINFORTUNISTICA	
	<p>Presenza del DVR o della valutazione dei rischi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> presenza del Documento di valutazione dei rischi</p> <p><input type="checkbox"/> per attività avviate da meno di 90 giorni, in attesa di redazione del DVR, risulta effettuata la valutazione dei rischi</p>	SI
	<p>Valutazione dei rischi interferenti</p> <p><input type="checkbox"/> presenza del DUVRI-Documento di valutazione dei rischi da interferenza</p> <p><input type="checkbox"/> dichiarazione di assenza di lavori, forniture o servizi ai sensi dell'art. 26 DLgs 81/08</p>	
	<p>Nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> presenza del documento di nomina del RSPP</p>	SI
	<p>Note ed estremi della documentazione esaminata DVR generale aggiornato al 01/01/2025 con riferimento a DVR sede di Fara Olivana del 10.01.2020: aggiornare la sezione del DVR che cita il serbatoio GPL dismesso</p> <p>- nomina RSPP del 1/1/2025 ing. Ferraro</p>	
ES 2.3.2.g	IGIENE E SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO	
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
	Note ed estremi della documentazione esaminata	

Impianti di sollevamento	Dichiarazione di conformità	SI
	Matricola ascensori/montacarichi rilasciata dal competente ufficio comunale	SI
	Verifiche periodiche attestate 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
	Note ed estremi della documentazione esaminata piattaforma elevatrice n. fabbrica 1775 matricola n. A/001/2011 - manutenzione semestrale del 15/1/2025 (DLIFT) - verifica periodica CENPI del 3/10/2023	
Impianto idro-termo-sanitario	Conformità impianto idro-termo-sanitario (dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008 o L. 46/90)	SI
	Copia denuncia INAIL – Dipartimento tecnico (ex ISPESL) della centrale termica, se potenza >35 KW	SI
	Verifiche periodiche, per ciascun impianto di pertinenza/al servizio dell'unità d'offerta <input type="checkbox"/> presenza del libretto d'uso e manutenzione e relativi controlli periodici <input type="checkbox"/> impianto di nuova installazione, non ancora soggetto a controllo periodico	
	Note ed estremi della documentazione esaminata (specificare se impianto dell'Udo o impianto centralizzato) - Dichiarazione di conformità ditta CERRO TORRE del 3/11/2014 con irf. progetto ing. Montanari del 6/2014 - inviare ultimo rapporto di manutenzione della caldaia	
Impianto a gas	Conformità impianto a gas (dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/08 o della Legge 46/90)	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
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
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
Sterilizzatrici	Denuncia a INAIL di messa in servizio delle sterilizzatrici soggette al DM 329/04	NP
	Verifiche periodiche, per ciascun impianto di pertinenza/al servizio dell'unità d'offerta <input type="checkbox"/> verifica periodica (sulla base dell'all. VII D.Lgs. 81/2008 e delle risultanze del verbale di prima verifica) attestata da idonea documentazione <input type="checkbox"/> impianto di nuova installazione, non ancora soggetto a controllo periodico	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
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 ed estremi della documentazione esaminata- linee guida di gestione rischio del 15/4/2025 valido su tutte le strutture. - ultimo rapporto di campionamento con certificati di analisi del 22/11/2024 e 27/1/2025	

ES 2.3.2.h	PROTEZIONE RADIAZIONI IONIZZANTI	
	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)	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata dichiarazione del 9/6/2025	
ES 2.3.2.i	ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE	
	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"/> dichiarazione presente nella documentazione di agibilità	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata dichiarazione del	

	4/2/2002	
ES 2.3.2.j	SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI (obbligatorio per tutte le strutture socio sanitarie in cui si producono rifiuti sanitari)	
	Contratto con ditta autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari a rischio infettivo in corso di validità e relativa documentazione degli avvenuti smaltimenti	SI
	Verifica della presenza degli idonei contenitori per la raccolta a rischio infettivo	SI
	Verifica della presenza di idoneo spazio di stoccaggio	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata contratto con ditta CAUTO Cooperativa Sociale ONLUS del 5/2/2025 validità annuale	
ES 2.3.2.k	IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA	
AC 10.3	Presenza impianto trattamento aria con aria primaria:	
	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: <input type="checkbox"/> presenza del piano di manutenzione definito dal Gestore e della documentazione relativa alle verifiche periodiche manutentive <input type="checkbox"/> presenza del piano di manutenzione definito dal Gestore (impianto di nuova installazione non ancora soggetto alle verifiche periodiche manutentive)	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
ES 2.3.2.l	IMPIANTI DISTRIBUZIONE GAS MEDICALI	
	Presenza di <input type="checkbox"/> impianto centralizzato distribuzione dei gas medicali <input type="checkbox"/> altre soluzioni tecniche in grado di soddisfare il requisito, anche ricorrendo all'utilizzo di bombole	NP
	Dichiarazione di conformità e marcatura CE dell'impianto gas medicali	NP
	Documentazione inerente verifiche e manutenzioni periodiche dell'impianto	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
ES 2.3.2.m	MATERIALI ESPLODENTI	
	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 dichiarazione del 9/6/2025	
	Per le strutture in esercizio, la verifica dei luoghi e delle destinazioni d'uso è pienamente conforme agli spazi e luoghi approvati in sede di autorizzazione/DIA/SCIA o formale comunicazione di modifica dell'articolazione degli spazi ai sensi dell'allegato 2, punto 2.3.3 della DGR n. 2569/14 così come modificato dalla DGR n. 4702/2015, Sub allegato 9, anche con riferimento alle planimetrie agli atti.	SI
	Note:	

COMUNITA' TOSSICODIPENDENTI

UdO NUOVE/VARIAZIONI

Conformità allo stato dei luoghi delle planimetrie presentate con istanza	SI
Note:	

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI		
STRUTTURE RESIDENZIALI		
DGR n. 41878/1999; DGR n. 12621/2003		
	Articolazione della struttura	Esito
ES/AC DGR n. 41878/99	Capacità ricettiva tra 8 e 30 posti letto	SI
	Le camere rispettano le seguenti superfici: <input type="checkbox"/> a 1 posto letto mq 9 <input checked="" type="checkbox"/> a 2 posti letto mq 14 <input checked="" type="checkbox"/> a 3 posti letto mq 20 <input type="checkbox"/> a 4 posti letto mq 26 * <input type="checkbox"/> a più di 4 posti letto fino ad un massimo di 8 con superficie minima per utente non inferiore a 6,66 mq * * solo per strutture autorizzate prima del 20 aprile 1999	SI
	Servizi igienici: <input checked="" type="checkbox"/> almeno uno ogni 5 utenti, con un minimo di 2 servizi igienici <input checked="" type="checkbox"/> dotati di wc, lavabo e vasca o doccia <input checked="" type="checkbox"/> per il personale, in relazione al numero di operatori contemporaneamente presente	SI
	Locale per il soggiorno con superficie minima di 14 mq e almeno 1,2 mq per utente	SI
	Locali per il pranzo: <input checked="" type="checkbox"/> superficie minima di 14 mq e almeno 1,2 mq per utente <input checked="" type="checkbox"/> blocco servizi composto da almeno 2 wc e antibagno dotato di lavabo	SI
	Locale per servizio cucina e dispensa adeguato al numero degli ospiti	SI
	Lavanderia e guardaroba: <input checked="" type="checkbox"/> locale di superficie non inferiore a 10 mq adibito a lavanderia e deposito biancheria pulita (se non appaltato) dotato di aerazione e illuminazione naturale diretta <input checked="" type="checkbox"/> spazio-locale ben ventilato per la raccolta della biancheria sporca per eventuale servizio per la disinfezione e disinfestazione della biancheria	SI
	Ripostigli in numero e con ubicazione adeguata	SI
	Locali per il personale in relazione al numero di operatori contemporaneamente presente	SI
	Locali per attività riabilitative-pedagogiche-terapeutiche con superficie minima di 16 mq e almeno 1,2 mq per utente	SI
	Spazi per il primo soccorso: <input checked="" type="checkbox"/> è presente un locale infermeria di almeno 9 mq di superficie, dotato di almeno un posto letto per il ricovero temporaneo/isolamento e di un servizio igienico ad uso esclusivo. <input checked="" type="checkbox"/> Nelle strutture dotate di camere con più di 2 posti letto, è presente invece uno spazio di ricovero in camere di massimo 2 posti letto e dotate di servizi igienici in numero adeguato.	SI
	Note:	

Eventuale documentazione acquisita nel corso del sopralluogo:
TURNISTICA OPERATORI DEL MESE DI GIUGNO; ATTESTATI FORMAZIONE ADDETTI DI N. 5 OPERATORI;
ULTIMO VERBALE RELATIVO ALLA PROVA DI EVACUAZIONE DEL 2024

Osservazioni:
NESSUNA

Dichiarazioni del Legale Rappresentante, del delegato e di altra persona incaricata:
NESSUNA

Esito dell'ispezione – Valutazione sintetica:

- l'Unità d'Offerta risulta in possesso dei requisiti oggetto di verifica
- l'Unità d'Offerta non risulta in possesso dei requisiti oggetto di verifica
- l'esito della presente istruttoria è subordinata ad ulteriori valutazioni

Documentazione richiesta nel corso del sopralluogo:

- documentazione relativa alla sicurezza degli ambienti di lavoro (MDPAAPSS-DIPS03_PSAI_RICH)
- altro - Piano di emergenza rev. 13/11/2023 da aggiornare con firme delle figure attualmente nominate, elenco e nomina addetti emergenza. Eliminare i riferimenti alla gestione delle emergenze da parte di operatori non formati o utenti, inoltre il piano deve indicare il numero di addetti tenendo conto dei turni di lavoro; aggiornare la sezione del DVR che cita il serbatoio GPL dismesso; indicare la modalità di segnalazione dell'allarme di evacuazione
- inviare rapporto di adeguamento delle verifiche elettriche con esito negativo (lampade di emergenza) e prevedere esame a vista dell'impianto
- in assenza di una dichiarazione di conformità generale dell'impianto elettrico e del relativo progetto, è necessario produrre una dichiarazione di rispondenza ai sensi del DM 37/08
- contratti di appalto e relative procedure per Ditte esterne
- ultimo rapporto di manutenzione della caldaia

La documentazione dovrà pervenire, entro e non oltre 18/6/2025 ai seguenti indirizzi:
protocollo@pec.ats-bg.it, **all'attenzione di** TRAPLETTI GIUSEPPE E IMBERTI ORNELLA

Eventuali ulteriori provvedimenti saranno adottati con atti distinti ai sensi della normativa vigente, con particolare riferimento all'applicazione di quanto disposto dall'articolo 27 quinquies della LR. 33/2009 e s.m.i, ovvero del sistema sanzionatorio previsto dal D.Lgs 758/1994 (in caso di violazione degli obblighi previsti dalle norme contenute nel D.Lgs 81/2008 in materia di salute e sicurezza sul lavoro).

Il sopralluogo dell'équipe del DIPS si conclude alle ore 17.00.

Il presente verbale compilato in ogni sua parte è redatto in 2 copie identiche al termine del sopralluogo.

Un originale del presente verbale, costituito da n. 9 pagine, viene consegnato:

- al Legale Rappresentante
- all'incaricato/delegato presente che si impegna a trasmetterlo al Legale Rappresentante.

Per la ATS

Per l'Ente Gestore

Nome: Cliente
Motivo: Confermato
Data: 13/06/2025 17:01:29 (UTC+02:00:00)

Nome: Cliente
Motivo: Confermato
Data: 13/06/2025 17:01:43 (UTC+02:00:00)

Nome: Cliente
Motivo: Confermato
Data: 13/06/2025 17:02:03 (UTC+02:00:00)


Nome: Cliente
Motivo: Confermato
Data: 13/06/2025 17:02:32 (UTC+02:00:00)

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Tutte le informazioni relative al trattamento dei dati personali, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 e dalle vigenti disposizioni nazionali, in particolare dal D.Lgs 196/2003 e s.m.i. sono consultabili sul sito dell'ATS di Bergamo al seguente indirizzo: <https://www.ats-bg.it/web/guest/privacy-aziendale>
Il titolare del trattamento è ATS Bergamo che raccoglie i dati personali utili e necessari per la presentazione di tale dichiarazione. La base giuridica del trattamento è l'art. 6 lett) e del Reg. UE 2016/679 e il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto in assenza di tutti o di alcuni dei dati personali richiesti, il documento potrà non essere ritenuto valido dall'Ente. I dati personali saranno trattati da personale autorizzato nonché comunicati a terzi che avranno ricevuto a tal fine nomina a responsabili esterni oppure saranno condivisi con altre Autorità Pubbliche se tale comunicazione è prevista da obblighi normativi. Il periodo di conservazione avviene nel rispetto delle normative di sicurezza garantendo l'applicazione di misure di sicurezza ritenute adeguate ai sensi dell'art. 32 del Reg. UE 2016/679. ATS Bergamo ricorda che sono riconosciuti all'interessato i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Reg. UE 2016/679, nonché la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali. Nell'informativa estesa presente sul sito web saranno reperibili sia i dati di contatto del Titolare del Trattamento che del DPO nominato.

**DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA
DIREZIONE**

24125 Bergamo – Via Borgo Palazzo 130 – padiglione 9 – ☎ 035/2270493
posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-bg.it
posta elettronica ordinaria (PEO): protocollo.generale@ats-bg.it

Al Direttore
SC Autorizzazione, Accreditamento, Vigilanza
Strutture della Rete Territoriale
del Dipartimento PAAPSS
SEDE

Oggetto: Attività di vigilanza presso UdO sociosanitaria per SCIA:
Comunità Terapeutica di Fara Olivana – COOPERATIVA DI BESSIMO Società Coop.va Sociale
A R.L. ONLUS sita in Cascina Nuova Fara Olivana con Sola snc - Fara Olivana con Sola

A seguito dell'attività di vigilanza, effettuata in data 13/06/2025 per la valutazione del possesso dei requisiti richiesti per l'esercizio e/o l'accREDITAMENTO della UdO in oggetto,

visto quanto riportato nel verbale di sopralluogo n. 378/2025 già a Voi inviato

valutata la documentazione integrativa pervenuta in data 16/07/2025 prot. ATS 0066844/25

viste le valutazioni in materia di prevenzione salute ambienti di lavoro, prot. n. 67617 del 18/07/2025
(Allegato 1);

per l'Unità di offerta in oggetto si attesta il possesso dei requisiti strutturali e tecnologici di esercizio e/o di accREDITAMENTO.

Distinti saluti.

Il Direttore del
Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
Dott.ssa Giuseppina Zottola

Documento originale sottoscritto mediante firma digitale
e conservato agli atti dell'ATS in conformità alle vigenti
norme (d.lgs. 82/2005 e disposizioni attuative)

n. 1 allegati

Struttura ATS competente: Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria – Bergamo, via Borgo Palazzo 130 – tel.035/2270493
Referente: p.i. Ornella Imberti – tecnico della prevenzione – tel. 035/2270538

Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo

Via F. Gallicciolli, 4 – 24121 Bergamo – Tel. 035385111 – fax 035385245 - C.F./P.IVA 04114400163



Denominazione Udo Comunità Terapeutica di Fara Olivana – COOPERATIVA DI BESSIMO Società Coop.va Sociale A R.L. ONLUS sita in Cascina Nuova Fara Olivana con Sola snc - Fara Olivana con Sola

Valutazione documentazione pervenuta in data 16/7/2025 prot. ATS 0066844/25

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO DGR n. 2569/2014 e DGR 6778/2022		
ES 2.3.2.c	PROTEZIONE ANTINCENDIO	
	Documentazione prevenzione incendi (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> Ricevuta SCIA antincendio di cui all'art. 4 del DPR 151/2011, rilasciata dal Comando VV.F (solo per cat. C all. 1 DPR 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 DPR 151/2011) <input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di esclusione dall'elenco dell'Allegato 1 del DPR 151/2011 <input type="checkbox"/> Altra documentazione idonea a attestare il rispetto della normativa antincendio (da indicare nelle note)	SI
	Piano delle emergenza per rischio incendi e valutazione del rischio <input checked="" type="checkbox"/> presenza del piano delle emergenze per rischio incendio (parte del DVR) <input type="checkbox"/> per attività avviate da meno di 90 giorni, in attesa di redazione del DVR, presenza del Documento di valutazione del rischio incendio ai sensi del D.Lgs. 81/2008 ed ottemperanza al DM 10/3/1998	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 controlli dei presidi antincendio ex art.4 DM 10/3/98 e p.2 art.6 DPR 151/11	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata Piano di emergenza aggiornato al 17/06/2025	
ES 2.3.2.e	SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA	
Impianti elettrici	Conformità degli impianti elettrici (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico completa di progetto ai sensi del D.M. 37/2008 <input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di conformità ai sensi della l. 46/90 dell'impianto elettrico completa di progetto ove previsto, ovvero Dichiarazione di rispondenza (impianti eseguiti prima dell'entrata in vigore del D.M. 37/2008) <input type="checkbox"/> Attestazione legge 186/68 per impianti elettrici realizzati antecedentemente alla legge 46/90	SI
	Controlli periodici <input checked="" type="checkbox"/> Documentati controlli periodici manutentivi con periodicità conforme alle norme tecniche vigenti attestata da idonea documentazione <input type="checkbox"/> Impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico	SI
	Verifica dell'impianto di messa a terra <input checked="" type="checkbox"/> Verifica dell'impianto elettrico di messa a terra secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione (2 o 5 anni) <input type="checkbox"/> Impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico	SI
	Identificazione degli ambienti destinati a uso medico e loro classificazione con corrispondente planimetria vidimata dal responsabile sanitario	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata DIRI n. 4525 del 15/7/2025 redatta dalla ditta EUROPA PROGETTI di Per. Ind. Eugenio Pini - ultimo controllo impianto elettrico del 17/6/2025 e 11/7/25	
Impianti di protezione contro le	Conformità dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche. Documentazione esaminata: <input checked="" type="checkbox"/> dichiarazione di autoprotezione redatta da un tecnico abilitato (nel caso	SI

scariche atmosferiche	l'impianto non sia previsto) <input type="checkbox"/> dichiarazione di conformità dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche completa di progetto ai sensi del D.M. 37/2008 <input type="checkbox"/> altra documentazione idonea a attestare la conformità dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche (da indicare nelle note)	
	Verifica dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche <input type="checkbox"/> verifica dell'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione (2 o 5 anni) <input type="checkbox"/> impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
Gruppo elettrogeno	Conformità gruppo elettrogeno (certificato di conformità, certificato di collaudo)	NP
	Verifiche periodiche <input type="checkbox"/> verifiche periodiche di efficienza e funzionamento attestata da idonea documentazione <input type="checkbox"/> impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
Dispositivi elettromed.	Elenco completo dei dispositivi elettromedicali in uso con relative conformità CE	NP
	Verifiche periodiche <input type="checkbox"/> verifica periodica dei dispositivi elettromedicali secondo le scadenze previste attestata da idonea documentazione <input type="checkbox"/> dispositivi di nuova costruzione, non ancora soggetti a controlli periodici	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
ES 2.3.2.f	SICUREZZA ANTIINFORTUNISTICA	
	Presenza del DVR o della valutazione dei rischi <input checked="" type="checkbox"/> presenza del Documento di valutazione dei rischi <input type="checkbox"/> per attività avviate da meno di 90 giorni, in attesa di redazione del DVR, risulta effettuata la valutazione dei rischi	SI
	Valutazione dei rischi interferenti <input type="checkbox"/> presenza del DUVRI-Documento di valutazione dei rischi da interferenza <input checked="" type="checkbox"/> dichiarazione di assenza di lavori, forniture o servizi ai sensi dell'art. 26 DLgs 81/08	SI
	Nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione <input checked="" type="checkbox"/> presenza del documento di nomina del RSPP	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata DVR aggiornato a Luglio 2025 rev.3	
ES 2.3.2.g	IGIENE E SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO	
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
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
Impianti di sollevamento	Dichiarazione di conformità	SI
	Matricola ascensori/montacarichi rilasciata dal competente ufficio comunale	SI
	Verifiche periodiche attestate 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
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
Impianto idro-termo-sanitario	Conformità impianto idro-termo-sanitario (dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008 o L. 46/90)	SI
	Copia denuncia INAIL – Dipartimento tecnico (ex ISPESL) della centrale termica, se potenza >35 KW	SI
	Verifiche periodiche, per ciascun impianto di pertinenza/al servizio dell'unità d'offerta <input checked="" type="checkbox"/> presenza del libretto d'uso e manutenzione e relativi controlli periodici <input type="checkbox"/> impianto di nuova installazione, non ancora soggetto a controllo periodico	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata (specificare se impianto dell'Udo o impianto centralizzato) ultimo rapporto manutenzione caldaia del 11/7/2025 ditta Bassini Stefano	
Impianto a gas	Conformità impianto a gas (dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/08 o della Legge 46/90)	SI
	Note ed estremi della documentazione esaminata	

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
	Note ed estremi della documentazione esaminata	
Sterilizzatrici	Denuncia a INAIL di messa in servizio delle sterilizzatrici soggette al DM 329/04	NP
	Verifiche periodiche, per ciascun impianto di pertinenza/al servizio dell'unità d'offerta <input type="checkbox"/> verifica periodica (sulla base dell'all. VII D.Lgs. 81/2008 e delle risultanze del verbale di prima verifica) attestata da idonea documentazione <input type="checkbox"/> impianto di nuova installazione, non ancora soggetto a controllo periodico	NP
	Note ed estremi della documentazione esaminata	

Data 17/07/2025

Il Tecnico della Prevenzione

dott. Giuseppe Trapletti

Firmato da:
GIUSEPPE TRAPLETTI
Valido da: 23-04-2024 12:10:00 a: 23-04-2027 02:00:00
Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT
Riferimento temporale "SigningTime": 17-07-2025 14:50:01
Motivo: Approvo il documento