

 <p><b>ASP AGRIGENTO</b></p> <p><b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</b></p>	<p align="center"><b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>  <b>U.O.S. Accreditamento Istituzionale</b>  <a href="mailto:dp.accreditamento@aspag.it">dp.accreditamento@aspag.it</a></p>	<p align="center">riferimento pratica (prot. / anno / fascicolo)</p> <p align="center">...../...../.....</p>
---	--	--

<b>TIPO DI VERIFICA</b>	Possesso requisiti <input type="checkbox"/> Permanenza requisiti <input type="checkbox"/>
<b>Dati relativi all'Azienda sottoposta a verifica</b>	Denominazione ed indirizzo Azienda (ragione sociale, sede legale) .....
	Sede Presidio (sede operativa) .....
	Attività da verificare ..... tipologia individuata secondo la nomenclatura vigente .....
<b>Giorno della verifica</b> .....	

### Check list documentazione da richiedere e/o verificare in corso d'ispezione

REQUISITI GENERALI			
Planimetria scala 1:100 (corredata di relazione tecnica) riportante superfici e destinazione d'uso dei singoli ambienti, datata e vistata dall'ente cui compete la potestà autorizzativa;	SI	NO	NP
Documento programmatico che definisce <i>Politica, obiettivi ed attività</i> (esplicitare gli obiettivi che si intende raggiungere definendo la tipologia ed i volumi delle prestazioni e di servizi che si intende erogare nonché l'organizzazione interna determinando l'organigramma ed i livelli di responsabilità.)	SI	NO	NP
Documento programmatico che definisce la <i>Struttura organizzativa</i> (l'organizzazione e le modalità con le quali si intendono garantire l'assistenza e le prestazioni correlate all'autorizzazione (orari di apertura, modalità di accesso, etc.).	SI	NO	NP
Documento programmatico che definisce la modalità di <i>Gestione delle risorse umane</i> (generalità, le qualifiche ed il ruolo professionale degli operatori della struttura, tenendo presenti i volumi e le tipologie di attività individuate.)	SI	NO	NP
Documento programmatico che definisce la modalità di <i>Gestione delle risorse tecnologiche</i> (inventario delle apparecchiature in dotazione ed un registro di manutenzione ordinaria e straordinaria delle stesse, anche ai fini dei controlli di sicurezza e di qualità)	SI	NO	NP
Documento programmatico che definisce <i>Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee-guida e regolamenti interni</i> (individuazione di condizioni organizzative che facilitino il miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e dei programmi di valutazione e miglioramento delle attività; previsione di un progetto di valutazione e verifica di qualità, favorendo il coinvolgimento di tutto il personale; definizione di manuali, protocolli, procedure, istruzioni di lavoro)	SI	NO	NP
Documento programmatico che definisce la modalità di gestione del <i>Sistema informatico/informativo</i> (sistema di compilazione, conservazione ed archiviazione dei documenti comprovanti l'attività sanitaria svolta)	SI	NO	NP
Carta dei Servizi che descriva tutti i servizi/prestazioni offerte dalle strutture, in cui sono esplicitate le prestazioni eseguite.	SI	NO	NP
Documentazione comprovante l'attività annuale di aggiornamento professionale del personale operante nella struttura	SI	NO	NP
Convenzione con ditta autorizzata al trasporto dei rifiuti speciali e relativo registro carico/scarico	SI	NO	NP
Atto deliberativo di costituzione del C.I.O. e Verbali che ne documentino l'attività (Comitato infezioni Ospedaliere)	SI	NO	NP
Atto deliberativo di costituzione del C.V.V. e Verbali che ne documentino l'attività (Commissione Vigilanza Vitto)	SI	NO	NP

<b>REQUISITI IMPIANTISTICI</b>			
Planimetria dei locali, firmata dal Legale rappresentante della struttura, nella sua attuale conformazione, con la indicazione della destinazione d'uso di ogni singolo locale attualmente interessato dall'attività sanitaria in essere, ove sia riportata la classe di utilizzo dell'impianto elettrico, relativamente alla rete equipotenziale; (CEI 64.13 ) Sicurezza elettrica e continuità elettrica	SI	NO	NP
Registro delle verifiche periodiche (ai sensi della noma CEI 64-8 sez. 710.62)	SI	NO	NP
Denuncia Impianto di messa a terra - Attestato di verifica periodica (i sensi del DPR 462/01)	SI	NO	NP
Documento valutazione del rischio esplosioni (ove esista il rischio)	SI	NO	NP
Certificazione riguardante l'adeguamento degli impianti di distribuzione dei gas con relative certificazioni attestanti le conformità dell'impianto alle norme vigenti.	SI	NO	NP
Scheda redatta da ditta qualificata riportante le verifiche effettuate presso le sale operatorie, con riferimento agli impianti ed alle apparecchiature elettromedicali. (controllo elettrobisturi e ventilatori polmonari)	SI	NO	NP
Documento relativo al controllo ed alla manutenzione periodica di impianti (gas medicali, termico, climatizzazione ecc.) e delle attrezzature; (D.M. 37/08)	SI	NO	NP
Documento attestante la verifica delle dispersioni delle apparecchiature elettromedicali;	SI	NO	NP
Registro manutenzione gas medicali;	SI	NO	NP
<b>REQUISITI DI SICUREZZA AI SENSI DEL D.lgs 81/08</b>			
Documento di valutazione dei rischi (D. Lgs. 81/08). La valutazione dei rischi deve essere eventualmente integrata con la valutazione del rischio incendio e con il piano di emergenza , nonché con la valutazione del rischio stress lavoro correlato	SI	NO	NP
Piano di emergenza	SI	NO	NP
Documento di Nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e relativo attestato di formazione	SI	NO	NP
Documento di Nomina del Rappresentante dei Lavoratori per la sicurezza e relativo attestato di formazione	SI	NO	NP
Documento di Nomina degli addetti alla prevenzione incendi e relativi attestati di formazione	SI	NO	NP
Documento di nomina degli addetti al Primo Soccorso e relativi attestati di formazione	SI	NO	NP
Documento di nomina del Medico competente ed attivazione sorveglianza sanitaria	SI	NO	NP
Registro degli infortuni adeguatamente vidimato	SI	NO	NP
Documento che attesti la formazione e l'informazione dei lavoratori su rischi specifici alle loro mansioni	SI	NO	NP
Certificazione dell'esperto qualificato relativa ad ambienti, attrezzature e sistema di controllo di qualità (procedure, istruzioni di lavoro); (Radiologia)	SI	NO	NP
Convenzione con ditta autorizzata al trasporto dei rifiuti speciali e relativo registro di carico/scarico;	SI	NO	NP
Certificazione riguardante l'adeguamento degli impianti ed mantenimento delle condizioni microclimatiche (nei casi in deroga riportati nel Doc. Val. Rischi)	SI	NO	NP
NP: Non Pertinente			

<b>Altri documenti da esibire</b>			
<b>Altri documenti da produrre in copia</b>			


**NOTE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma del Legale rappresentante della struttura**

\_\_\_\_\_

**Firma del personale della U.O. Accreditamento  
che ha effettuato la verifica**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_