

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
OMEGNA

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N. 498 del 29 DICEMBRE 2014

| | |
|---------------------------------|---|
| O G G E T T O | COMMISSIONE DI VIGILANZA SULLE STRUTTURE A VALENZA SANITARIA – PRESA D'ATTO DEL VERBALE N.34 DEL 24/12/2014 CONTROLLO PRESENZA CHECK LIST NELLE SALE OPERATORIE DELLE STRUTTURE PRIVATE PRESENTI SULLA ASL VCO/APPLICAZIONE DELLE NUOVE LINEE DI INDIRIZZO DELLA D.G.R. 24-6579 DEL 28/10/2013 RIGUARDANTE LE MODALITA' DI INVIO DEI VERBALI |
|---------------------------------|---|

L'anno duemilaquattordici il giorno VENTINOVE

del mese di DICEMBRE in OMEGNA,

**IL DIRETTORE SANITARIO
F.F. DI DIRETTORE GENERALE**

Dott. Francesco Garufi

coadiuvato da:

- **Dott. Rino Bisca**

DIRETTORE AMMINISTRATIVO



Riservato alla S.O.C. Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per la registrazione della spesa
data _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

Si attesta la regolarità contabile e le imputazioni a
Bilancio derivanti dal provvedimento
Il Direttore F.F. SOC REF o suo delegato
(Dott.ssa)

31/08/2010

F.F.

Beneficiario _____ €.

Beneficiario _____ €.

Beneficiario _____ €.

Annotazioni eventuali :

31/08/2010

31/08/2010

PROPOSTA DI ISTRUTTORIA
IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE DI VIGILANZA SANITARIA

RICHIAMATA la D.G.R. n. 24-6579 del 28/10/2013 che titola "Nuove linee di indirizzo alle ASL in ordine alle modalità organizzative e di funzionamento delle Commissioni di Vigilanza per le attività di verifica sulle strutture sanitarie private";

PRESO ATTO che la ASL scrivente ha disposto la composizione della nuova Commissione di Vigilanza Sanitaria (da ora in avanti denominata CVS) con Delibera n° 76 del 6/3/2014 recependo il disposto della D.G.R. n. 12-6458 del 7/10/2013 ;

VISTO che la D.G.R. n. 24-6579 del 28/10/2013 stabilisce che *"il verbale (della CVS) deve essere recepito con apposito provvedimento del Direttore Generale dell'ASL entro un congruo termine, di norma non superiore ai 30 giorni dall'avvenuta verifica e tempestivamente trasmesso agli Enti titolari della funzione autorizzativa e/o di accreditamento"*;

RITENUTO necessario adempiere a quanto disposto dalla D.G.R. sopraccitata;

RILEVATO che nell'ambito dell'attività istituzionale della Commissione di Vigilanza, in data **24 dicembre 2014**, come da richiesta del Direttore Sanitario Aziendale del 18.12.2014 prot. N° 84003/14, si è proceduto presso il Centro Ortopedico di Quadrante di Omegna -unica struttura dotata di sala operatorie, per altro non privata bensì a gestione mista pubblico-privata (51/49)- ad effettuare apposito **"monitoraggio della check list in sala operatoria"** in applicazione delle "Linee di indirizzo per la sicurezza in sala operatoria-Indicatori soglia" approvate con D.D. n° 45/DB2000 del 27 gennaio 2014

PRESO ATTO che le risultanze del controllo sono dettagliatamente descritte nel **verbale n. 34 del 24 dicembre 2014 allegato A)** che forma parte integrante e sostanziale del presente atto.

VISTO che la Regione Piemonte ha stabilito con nota del 17 dicembre 2014 protocollo ASL n° 0083604, che le ASL debbono attestare entro il 30 dicembre 2014 gli esiti delle verifiche effettuate

CONVENUTO CHE

- 1) Il verbale firmato dai componenti della CVS viene inviato assieme alla presente delibera alla Direzione Generale, a cura del Presidente della CVS,
- 2) Il Presidente della CVS provvederà all'invio formale della deliberazione e del verbale agli Enti interessati;

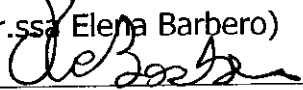
PROPONE

1°) **DI PRENDERE ATTO** per i motivi indicati in premessa del verbale n° 34 del 24 dicembre 2014 redatto in occasione della verifica della presenza delle check list nelle sale operatorie delle strutture sottoposte a vigilanza, nella fattispecie il solo COQ in quanto l'Istituto Auxologico di Piancavallo e l'Istituto "Raffaele Garofalo" sono privi di sale operatorie



2°) DI TRASMETTERE copia del presente atto alla Direzione Generale dell' A.S.L. VCO e alla Regione Piemonte per gli adempimenti di conseguenza.

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento proposto

| |
|---|
| <p>Data <u>29/12/2014</u> Il Presidente della Commissione di Vigilanza Sanitaria Responsabile del Procedimento (dr.ssa Elena Barbero) </p> |
|---|

**IL DIRETTORE SANITARIO F.F.
 DI DIRETTORE GENERALE**

VISTA la sopraestesa proposta istruttoria;

ACQUISITO il parere favorevole espresso, ai sensi dell'art. 3, comma 1-quinquies, del D.Lgs.vo 19/6/1999 n. 229, dal Direttore Amministrativo;

DECIDE

di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.




Letto, confermato e sottoscritto

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Adriano Giacometto)
assente giustificato

IL DIRETTORE SANITARIO
f.f. di DIRETTORE GENERALE
(Dott. Francesco Garufi)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Rino Bisca)

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che copia del presente atto è stata posta in pubblicazione all'Albo Ufficiale dell' A.S.L. VCO il giorno **29 DIC, 2014** per 15 giorni continuativi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

ESECUTIVITA' IN DATA _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Trasmissione a:

- Collegio Sindacale
- Conferenza dei Sindaci
- Giunta Regionale

Nota prot. n. _____ del _____
Nota prot. n. _____ del _____
Nota prot. n. _____ del _____

Copia per strutture:

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

DSO V
SERT
DIST. 0
DIST. V
DIST. D
ML
MED URG
SITRPO

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

DSM
DP
F
SD
LP
AG
BC
RU
PP

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

MED. COMP
FL
REF
ITB
ICT
DIP. PAT. CHIRUR.
DIP TECNICO AMMVO
DIP. PAT. ONCOL.
DIP. SERVIZI DIAGN.

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

DIP. EMERG. URG.
DIP. AREA CRITICA
DIP. DIPENDENZE
DIP. POST ACUZIE
DIP. PAT. CNV
DIP. FARMACO
DIP. PAT. MEDICHE
DIP. MAT. INF.