



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **DETERMINAZIONE**

N. 706 del 30/06/2022

**Oggetto:** COMMISSIONE DI VIGILANZA SULLE STRUTTURE A VALENZA SOCIO SANITARIA - RECEPIMENTO VERBALE DI ISPEZIONE N. 6 RELATIVO ALLA VISITA ISPETTIVA DEL 19.05.2022 PRESSO LA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE "CASA DI RIPOSO S. ANTONIO" DI AMENO (NO) SITA IN VIA NATALE TOPINI N°3

STRUTTURA: DISTRETTO VCO

RESPONSABILE STRUTTURA: BORGOTTI PAOLO



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

## **DETERMINAZIONE**

Struttura: DISTRETTO VCO

L'estensore dell'atto: Pischedda Fabiola

Il Responsabile del procedimento: Varallo Rosarita

Il funzionario incaricato alla pubblicazione.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.54111 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **IL DIRETTORE SOC DISTRETTO VCO**

### **RICHIAMATO:**

- l'art. 26 della Legge Regionale 8 gennaio 2004 n. 1 "*Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento*" che prevede, al comma 1, che la funzione di vigilanza dei servizi e delle strutture socio assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie pubbliche e private a ciclo residenziale e semi-residenziale consiste nella verifica e nel controllo della rispondenza alla normativa vigente dei requisiti strutturali, gestionali e organizzativi e, in particolare nella verifica della qualità e dell'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni erogate, al fine di promuovere la qualità della vita e il benessere fisico e psichico delle persone che usufruiscono dei servizi o sono ospitate nelle strutture.

**PRESO ATTO** della deliberazione n. 216 del 15.03.2021 con la quale è stata istituita la Commissione di Vigilanza sulle strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative in conformità a quanto disposto dalla D.G.R. n° 7-2645 del 22.12.2020 (da ora in avanti denominata CVSS).

**VISTO** che la D.G.R. n. 7-2645 del 22.12.2020 "*Indirizzi per l'esercizio delle funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative di cui all'art. 26 comma 1 della L.R. 1/2004 e s.m.i.*" stabilisce che "il verbale di sopralluogo deve essere sempre redatto a conclusione di ogni visita ispettiva il quale deve essere recepito con determinazione del Responsabile del procedimento e successivamente notificato al titolare dell'autorizzazione al funzionamento del presidio, nonché per conoscenza al Settore competente della Regione".

**RITENUTO** necessario adempiere a quanto disposto dalla D.G.R. sopracitata.

**RILEVATO** che, nell'ambito dell'attività istituzionale della Commissione di vigilanza, si è proceduto in data 19/05/2022 ad effettuare apposita visita ispettiva presso la Residenza Sanitaria Assistenziale "Casa di Riposo S. Antonio" di Ameno (NO), sita in via Natale Topini n°3, le cui risultanze sono dettagliatamente descritte nel verbale n. 6 di cui all'allegato n°1 composto da n° 9 pagine che forma parte integrante e sostanziale del presente atto.

**DATO ATTO** che dall'assunzione del presente atto non conseguono oneri di spesa.



Il presente documento informatico è sottoscritto con firma digitale, creato e conservato digitalmente secondo la normativa vigente



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.54111 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**CONVENUTO** che la Segreteria della CVSS provvederà all'invio formale della determinazione e dei verbali di pertinenza agli Enti interessati.

*In virtù dell'autonomia gestionale ed economico finanziaria attribuita ed in conformità ai vigenti atti di programmazione ed indirizzo aziendali*

## **DETERMINA**

1°) **DI RECEPIRE** il verbale redatto in occasione della visita ispettiva presso la Residenza Sanitaria Assistenziale "Casa di Riposo S. Antonio" di Ameno (NO), le cui risultanze sono dettagliatamente descritte nel verbale n. 6 del 19/05/22 di cui all'allegato n°1 composto da n. 9 pagine che forma parte integrante e sostanziale del presente atto.

2°) **DI DARE ALTRESI' ATTO** che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico dell'ASL.

3°) **DI INCARICARE** il deputato Ufficio di Segreteria della Commissione per l'adempimento di tutto quanto connesso e conseguente l'adozione del presente atto, ivi compreso la notifica formale a tutti i soggetti esterni interessati nonché ai Servizi Aziendali mediante procedura ARCHIFLOW.

**Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento.**

**ESECUTIVITA' CONTESTUALE ALLA PUBBLICAZIONE DELLA PRESENTE  
DETERMINA ALL'ALBO UFFICIALE ON LINE DELL'ASL VCO**



**A.S.L. V.C.O.**  
Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - [www.aslvco.it](http://www.aslvco.it)

P.I./Cod. Fisc. 0634880033

### SOC DISTRETTO VCO

Sede legale : Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)  
Sede Operativa Omegna Tel 0323 /868.362 Fax 0323 868.312 e-mail : [distretto.om@aslvco.it](mailto:distretto.om@aslvco.it)  
Sede Operativa Verbania Tel 0323 / 541431 Fax 0323 541542 e-mail : [distretto.vb@aslvco.it](mailto:distretto.vb@aslvco.it)  
Sede Operativa Domodossola Tel 0324 / 491621 Fax 0324 491620 e-mail : [distretto.do@aslvco.it](mailto:distretto.do@aslvco.it)

SOS NCRE COMMISSIONI DI VIGILANZA

VIGILANZA SOCIOSANITARIA

e-mail: [vigilanzasociosanitaria@aslvco.it](mailto:vigilanzasociosanitaria@aslvco.it)

### VERBALE ISPETTIVO N. 6/2022

composto da n° 9 pagine

Il giorno 19 maggio 2022 alle ore 10:30 i sottoscritti:

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Dott. Silvano Zanola     | Presidente della Commissione di Vigilanza Socio- Sanitaria |
| Sig.ra Elena Leoni       | Coordinatore infermieristico NDCC                          |
| P.I. Sauro Pirone        | S.O.S. Tecnico   |
| D.ssa Elena Martignoni   | Consorzio Servizi Sociali Verbano- Assistente Sociale      |
| D.ssa Isabella Zatti     | T.P.A.L.L.   |
| Sig.ra Fabiola Pischedda | Assistente amministrativo                                  |

componenti la Commissione di Vigilanza sulle Strutture socio assistenziali, socio educative e socio sanitarie, residenziali e semi-residenziali dell'ASL VCO costituita ai sensi delle disposizioni regionali vigenti in materia, si sono riuniti per effettuare apposito sopralluogo presso la Residenza Sanitaria Assistenziale "**Casa di Riposo Sant'Antonio**" con sede in Via Natale Topini n°3 ad Amero (NO), nell'esercizio delle funzioni amministrative di vigilanza come regolate dalla D.G.R. n. 83-25268 del 25.08.1998 e dalla D.G.R. n. 32-8191 dell'11.02.2008.

Al sopralluogo è presente dr Marco Buschini, Direttore Sanitario, dr Ferrara Giovanni, Medico di Medicina Generale e d.ssa Sara Marzola, Direttrice della Struttura.

All'ingresso viene rilevata la temperatura, la verifica del greenpass e l'igienizzazione delle mani.

Si procede quindi alla visita del Presidio con l'assistenza delle persone nominate.

Si riassumono, di seguito, le risultanze della visita ispettiva.

#### PREMESSA

L'odierno sopralluogo viene eseguito in seguito a segnalazione pervenuta in data 27/04/22, riferimento ns prot.n°26524 del 27/04/22, a cui risulta tenuta la Commissione di Vigilanza ai sensi delle vigenti disposizioni regionali.





### GENERALITA' DEL PRESIDIO

|                        |  |                      |
|------------------------|--|----------------------|
| Tipologia Struttura    | Residenza Sanitaria Assistenziale  |                      |
| Denominazione          | Casa di Riposo S. Antonio  |                      |
| Indirizzo              | Via Natale Topini, 3   |                      |
| Comune                 | 28010 Ameno (NO)   | Telefono 0322 998104 |
| E-mail                 | <a href="mailto:amministrazione.psmc@casadiriposoameno.it">amministrazione.psmc@casadiriposoameno.it</a><br><a href="mailto:info@casadiriposoameno.it">info@casadiriposoameno.it</a> |                      |
| Natura giuridica       | Privata  |                      |
| Soggetto gestore       | Congregazione Piccole Suore Missionarie della Carità-Opera Don Orione  |                      |
| Sede Legale            | Via Don Sparpaglione,5 -Tortona (AL)   |                      |
| Proprietario Struttura | Congregazione Piccole Suore Missionarie della Carità-Opera Don Orione  |                      |

|  |   |
|--|---|
| Autorizzazione al funzionamento e accreditamento | Deliberazione n°99 del 11/02/2019             |
| Posti autorizzati                                | RSA: n°60 posti letto<br>RA: n°14 posti letto |
| Accreditamento                                   | Deliberazione n°99 del 11/02/2019             |
| Posti accreditati                                | RSA: n°30 posti letto                         |

|                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| Ultimo sopralluogo della Commissione | 18 febbraio 2021 |
|--------------------------------------|------------------|

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Normativa di riferimento | D.G.R. n° 45-4248 del 30/07/2012<br>D.G.R. n° 25-12129 del 14/09/2009<br>D.G.R. n° 45-4248 del 30/07/2012 |
|--------------------------|---|

*Documentazione inerente la natura giuridica del soggetto gestore (atto costitutivo, certificato di iscrizione alla Camera di commercio, ...)*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

### 1 - REQUISITI STRUTTURALI

*Certificato di agibilità*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

*Dichiarazione di accessibilità (Legge 13/89)*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

*Condizioni di stabilità*

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto                                     | <input type="checkbox"/> altro |
| Osservazioni:                                   | Documento non richiesto se la costruzione è antecedente all'anno 1971. |                                |

*[Handwritten signature]*



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod. Fisc. 0634880033

*Copia del provvedimento di approvazione del progetto per la nuova costruzione, ampliamento o ristrutturazione dell'immobile*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

*Planimetrie e sezioni quotate, calcolo dei rapporti aeroilluminanti con destinazione d'uso dei locali e n. posti previsti (scala non <1:200) datate e a firma di tecnico abilitato*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

*Sicurezza antincendio: CPI/SCIA ex DPR 151 del 1° agosto 2011*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

*Registro del controllo semestrale degli ausili antincendio (estintori, luci di emergenza ecc.)*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
| Osservazioni:                                   | Ultima verifica:                   |                                |

*Licenza d'uso dell'ascensore/comunicazione del comune del numero di matricola ex DPR n. 162 del 30/04/1999*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

*Verbale della verifica periodica biennale all'ascensore, effettuata da organismo certificato*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
| Osservazioni:                                   | Ultima verifica:                   |                                |

*Registro manutenzione ascensori*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

*Denuncia di messa a terra degli impianti elettrici*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

*Verifica periodica di messa a terra degli impianti elettrici quinquennale/biennale*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

*Dichiarazione di conformità degli impianti (Decreto del Ministero dello sviluppo economico 22.01.2008 n. 37)*

|           |   |                                    |                                |
|-----------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Elettrico | <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
| Idraulico | <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
| Termico   | <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |

*Registro di manutenzione di apparecchiature elettromedicali (verifica biennale)*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|



**Adempimenti di igiene e sicurezza del lavoro (Decreto Legislativo 81/2008 e s.m.i.)**

|                                     |  |           |         |
|-------------------------------------|--|-----------|---------|
| Documento di valutazione dei rischi | agli atti  | richiesto | X altro |
| Osservazioni:                       | Documento redatto in data 6 gennaio 2021 (interferenze non sanitarie)<br>Documento redatto nell'anno 2018 (interferenze sanitarie) |           |         |

**Requisiti strutturali ai sensi della D.G.R. 45/2012**

| <b>A) Area residenziale</b>  | Sì | No |
|--|----|----|
| Camere e relativi servizi igienici   | x  |    |
| Servizi di nucleo:   | Sì | No |
| Soggiorno-gioco-tv   | x  |    |
| Tisaneria  | x  |    |
| Sala da pranzo   | x  |    |
| Servizi igienici e bagno assistito   | x  |    |
| Locale di servizio per il personale di assistenza, dotato di servizio igienico       | x  |    |
| Infermeria   | x  |    |
| Depositi pulito, sporco, carrozzine/attrezzature, deposito materiale di pulizia      | x  |    |
| Locali vuotatoio/padelle   | x  |    |
| <b>B) Area destinata alla valutazione e alle terapie</b>                             | Sì | No |
| Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione            | x  |    |
| Locali e palestre con attrezzature per le specifiche attività riabilitative previste | x  |    |
| <b>C) Area di socializzazione</b>  | Sì | No |
| Angolo bar   |    | x  |
| Sale e soggiorni polivalenti   | x  |    |
| Servizi igienici   | x  |    |

*[Handwritten signature]*





**A.S.L. V.C.O.**  
Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - [www.aslvco.it](http://www.aslvco.it)

P.I./Cod.Fisc. 0634880033

| <b>D) Aree generali di supporto</b>   |  | Sì | No |
|---|--|----|----|
| Ingresso con portineria   |  | X  |    |
| Uffici amministrativi   |  | X  |    |
| Cucina dispensa e locali accessori (se il servizio non è appaltato all'esterno) |  | X  |    |
| Lavanderia e stireria (se il servizio non è appaltato all'esterno)              |  | X  |    |
| Magazzini   |  | X  |    |
| Locale per esposizione salme  |  | X  |    |
| Spogliatoi del personale  |  | X  |    |
| Depositi pulito e sporco e materiali igienici (ai piani)                        |  | X  |    |

Requisiti igienico sanitari (D.G.R. 83/98)

| Requisiti                  | Insufficiente | Sufficiente | Buono |
|----------------------------|---------------|-------------|-------|
| Pulizia ambienti           |               |             | X     |
| Cambio biancheria          |               |             | X     |
| Manutenzione abbigliamento |               |             | X     |
| Igiene locali personali    |               |             | X     |
| Igiene locali collettivi   |               |             | X     |
| Igiene del personale       |               |             | X     |
| Igiene servizi igienici    |               | X           |       |

*Arredamento*

|                |               |               |       |
|----------------|---------------|---------------|-------|
| Razionalità    | insufficiente | X sufficiente | buono |
| Comodità d'uso | insufficiente | X sufficiente | buono |
| Manutenzione   | insufficiente | X sufficiente | buono |

*[Handwritten signature]*



## 2 - REQUISITI GESTIONALI - Personale

*Pianta organica del personale riferita agli ospiti attualmente presenti: **R. S. A.***

| Personale                                   | Numero operatori  |
|---|---|
| Responsabile di struttura                   | 1   |
| Direttore sanitario                         | 1   |
| Infermiere                                  | 2 (n°1 08:00-13:00) (n°1 07:00/13:30)<br>2 mattino, 1 pomeriggio 14-20 reperibile notte |
| O.S.S.                                      | 12 OSS + 12 (ADEST di cui 4 in formazione per OSS)                                      |
| Psicologo                                   | 1 (3 h per 2 volte alla settimana)  |
| Terapista della riabilitazione              | 1 (lun-venerdì 08-15)   |
| Terapista occupazionale/Animatore/Educatore | 1 (lun-venerdì 38 h settimanali)  |
| Cuoco                                       | 3 cuoche in sede, personale cooperativa   |
| Parrucchiere                                | Esterno   |
| Lavanderia/stireria                         | Personale cooperativa   |

*Elenco nominativo del personale completo per ciascun operatore della tipologia del contratto di lavoro (full time o part-time con relativa percentuale) e della qualifica, distinto tra personale dipendente e/o fornito da cooperative, differenziato per R.S.A., R.A.*

*Copia del titolo di studio ed eventuale copia dell'iscrizione all'albo professionale per il personale di nuova assunzione.*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

*Prospetto settimanale dei turni del personale in servizio nei singoli nuclei residenziali, con il numero e la qualifica degli operatori che devono garantire la presenza.*

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X sì | <input type="checkbox"/> no |
|--|-----------------------------|

*Operatori in servizio*

|                              |  |                             |
|------------------------------|--|-----------------------------|
| Registro presenze esistente? | <input checked="" type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
|------------------------------|--|-----------------------------|

*Copia programma turni di lavoro del personale*

|   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

*Quaderno per passaggio consegne tra operatori*

|   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> X agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto                        | <input type="checkbox"/> altro |
| Osservazioni:                                   | Presente anche quaderno passaggio consegne tra infermieri |                                |

*[Handwritten signature]*



*Relazione illustrante le modalità di aggiornamento permanente degli operatori nonché di riqualificazione ove necessario*

|             |           |       |
|-------------|-----------|-------|
| X agli atti | richiesto | altro |
|-------------|-----------|-------|

## 2 - REQUISITI GESTIONALI - Ospiti

*Elenco ospiti suddiviso per tipologia in relazione ai settori autorizzati, con l'indicazione dei livelli assistenziali, completo di data di nascita e data di ingresso in struttura*

|             |           |       |
|-------------|-----------|-------|
| X agli atti | richiesto | altro |
|-------------|-----------|-------|

*Posti occupati al momento del sopralluogo*

|        |    |
|--------|----|
| R.S.A. | 51 |
| R.A.   | 11 |

|   |      |    |
|---|------|----|
| Registro presenze                       | X si | no |
| Cartella personale di ciascun ospite    | X si | no |
| Progetto assistenziale individualizzato | X si | no |

*Cartelle sanitarie*

|                                   |      |      |
|-----------------------------------|------|------|
| Presenza cartella clinica         | X si | no   |
| Presenza cartella infermieristica | si   | X no |

*Regolamento interno di funzionamento della struttura*

|               |  |       |
|---------------|--|-------|
| X agli atti   | richiesto                                      | altro |
| Osservazioni: | Agli atti documento redatto in data 02/03/2020 |       |

*Carta dei servizi*

|               |  |       |
|---------------|--|-------|
| X agli atti   | richiesto                                      | altro |
| Osservazioni: | Agli atti documento redatto in data 05/05/2019 |       |

*Applicazione normativa in materia di consenso informato e trattamento dati degli ospiti*

|      |    |
|------|----|
| X si | no |
|------|----|

*Assistenza medica di base*

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Medici Medicina Generale operanti | Dottor Ferrara Giovanni                        |
| Numero ore                        | 8 ore settimanali                              |
| Distribuzione settimanale         | Lun-ven ( sabato mattina in casi di emergenza) |
| Pronta disponibilità              | Garantita da continuità assistenziale          |

*[Handwritten signatures]*





*Assistenza medico specialistica*

|               |             |
|---------------|-------------|
| X si          | no          |
| Osservazioni: | Cardiologia |

*Assistenza infermieristica*

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Fornita dalla struttura | con rapporto di dipendenza<br>x in convenzione (rapporto libero-prof.le) |
|-------------------------|--|

*Farmaci*

|            |      |    |
|------------|------|----|
| Conformità | X si | no |
|------------|------|----|

*Dispositivi medici*

|            |      |    |
|------------|------|----|
| Conformità | X si | no |
|------------|------|----|

*Animazione/rapporti con ambiente esterno*

|                                      |      |    |
|--------------------------------------|------|----|
| Interventi strutturati di animazione | X si | no |
|--------------------------------------|------|----|

*Rette*

|   |             |           |
|---|-------------|-----------|
| Importo retta/e                               | X agli atti | richiesto |
| Modalità definizione retta/e                  | X agli atti | richiesto |
| Integrazioni richieste per servizi aggiuntivi | X agli atti | richiesto |

*Copia convenzione stipulata per l'assistenza religiosa ai sensi della D.G.R. 30 luglio 2012 n. 45-4248 (punto K- Accreditamento). Nomina del referente*

|               |                                |         |
|---------------|--------------------------------|---------|
| agli atti     | richiesto                      | X altro |
| Osservazioni: | Trattasi di istituto religioso |         |

**Prescrizioni:**

1. Quarto piano: carrello delle terapie, non idoneo con farmaci esposti (privo di cassette).
2. SUT: manca la data di prescrizione dei singoli farmaci, permane trascrizione dei farmaci dalla cartella alla SUT ad opera dell'infermiere.
3. Quarto piano: verificare RAI (rapporti aereo illuminanti)
4. Mancano fasce para-colpi nei corridoi
5. Segnaletica dei cancellini che portano ai piani si stacca

**NON CONFORMITA' MEDIE** (reiterazioni di non conformità già rilevate nel precedente sopralluogo):

1. Diversa collocazione dei rifiuti depositati nello spogliatoio
2. Rimuovere carrello d'emergenza dal servizio igienico e collocarlo in un ambulatorio o altro locale pulito

*[Handwritten signatures]*



3. Favorire l'areazione degli spogliatoi del personale cooperativa (piano inferiore)
4. La porta REI della stanza n°8 al piano secondo non chiude completamente
5. La porta REI al piano terra (zona compartimentazione ascensore) lungo il corridoio centrale non chiude completamente
6. Pag. 11-12 del DVR, sezione "Valutazione da stress da lavoro correlato", viene segnalata la necessità "indispensabile" di aggiornamento della valutazione con cadenza biennale, ciò non risulta poiché il documento presentato in struttura riporta la data del 14/12/2018 senza ulteriore aggiornamento

Si rammenta che tutta la documentazione tecnica e gestionale Personale/Ospiti citata nel presente verbale deve essere aggiornata e resa disponibile in occasione di ogni accesso della Commissione.

Il sopralluogo termina alle ore 13:30 e contestualmente viene chiuso il presente verbale.

L.C.S.

I componenti della commissione:

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Dott. Silvano Zanola     |  |
| Sig.ra Elena Leoni       |  |
| P.I. Sauro Pirone        |  |
| D.ssa Isabella Zatti     |  |
| D.ssa Elena Martignoni   |  |
| Sig.ra Fabiola Pischetta |  |

Per la struttura:

|                    |  |
|--------------------|--|
| D.ssa Sara Marzola |  |
|--------------------|--|