

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N. 13 del - 8 GENNAIO 2015

O G G E T T O	COMMISSIONE DI VIGILANZA SULLE STRUTTURE A VALENZA SANITARIA - PRESA D'ATTO VERBALE DI ISPEZIONE N.35/2014 RELATIVO ALLA VISITA ISPETTIVA DEL 11/12/2014 PRESSO Servizio Terapeutico Riabilitativo Residenziale "Casa Rosa" di Trontano IN APPLICAZIONE DELLE NUOVE LINEE DI INDIRIZZO DELLA DGR 24- 6579 DEL 28-10-2013 e DELLA D.G.R. n. 12-6458 del 7/10/2013
---------------------------------	--

L'anno duemilaquindici il giorno OTTO

del mese di GENNAIO in OMEGNA,

IL DIRETTORE GENERALE

- Dott. Adriano Giacoletto

coadiuvato da:

- Dott. Francesco Garufi DIRETTORE SANITARIO

- 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 E.F. SOC REF o suo delegato
(Dott.ssa)

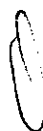
Beneficiario _____ €. _____

Beneficiario _____ €. _____

Beneficiario _____ €. _____

Annotazioni eventuali :

012/0473



PROPOSTA DI ISTRUTTORIA
IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE DI VIGILANZA SANITARIA

RICHIAMATA la D.G.R. n. 12-6458 del 7/10/2013 che titola "Attività di vigilanza relativa alle Strutture per la Salute Mentale e per le Dipendenze Patologiche. Indicazioni procedurali per l'esercizio della funzione da parte delle Commissioni di Vigilanza per le attività sanitarie delle ASL";

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. 12-6458 del 7/10/2013 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 autorizzativi e/o di accreditamento"*;

RITENUTO necessario adempiere a quanto disposto dalla D.G.R. n. 12-6458 del 7/10/2013;

RILEVATO che nell'ambito dell'attività istituzionale della Commissione di Vigilanza, si è proceduto in data 11/12/2014 ad effettuare apposita visita ispettiva presso il Servizio Terapeutico Riabilitativo Residenziale "Casa Rosa" di Trontano, le cui risultanze sono dettagliatamente descritte nel verbale n. 35 del 11.12.2014 allegato lettera A) che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

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 redatto in occasione della visita ispettiva presso il Servizio Terapeutico Riabilitativo "Casa Rosa" di Trontano, le cui risultanze sono dettagliatamente descritte nel verbale n. 35 del 11/12/2014 allegato lettera A) che forma parte integrante e sostanziale di presente atto;


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



100

Data

(Dr.ssa Elena Barbero)

(Dr.ssa Elena Ba


VISTA

ACQUISITO

DECIDE

di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.



0



Letto, confermato e sottoscritto

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Adriano Gracietto)

IL DIRETTORE SANITARIO

(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 **- 8 GEN. 2015 -** 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.