

**COMMISSIONE DI VIGILANZA
 SULLE STRUTTURE SANITARIE ASL VCO**

Struttura sottoposta a vigilanza: IRCCS Istituto Auxologico Italiano "Istituto Scientifico Ospedale San Giuseppe di Piancavallo" sede di Oggebbio

VERBALE SOPRALLUOGO n. 04 del 30 maggio 2018

La Commissione di Vigilanza sulle Strutture a Valenza Sanitaria, istituita con atto del Direttore Generale dell'ASL VCO, delibera n° 185 del 28 febbraio 2018, composta e integrata da:

NOMINATIVI	PR	AS	QUALIFICA
Dott. Pasquale Toscano	X		Presidente della Commissione, Direttore SOS Gestione Ospedale San Biagio
Dott.ssa Silvia Caselli	X		Dirigente Medico Servizio Igiene e Sanita' Pubblica
Sig. Maurizio Pagliari	X		Esperto in edilizia e/o impiantistica
Dott. Loris Caretti	X		Responsabile SOS Nucleo Controllo Ricoveri Esterni- Commissioni di Vigilanza
Dott.ssa Anna Pingitore	X		Dirigente SOC Farmacia
Dott. Giovanni Pozzuoli	X		Dirigente SOC RRF
Dott. Nino Cappuccia	X		Direttore SOC Laboratorio Analisi
Dott.ssa Laura Materossi	X		Dirigente DIPSA Territoriale
Dott.ssa Rosalia Fontana	X		Coordinatrice DIPSA Territoriale

in data 30 maggio 2018 alle ore 09.30 fino alle ore 13.00 si è riunita presso l'IRCCS Istituto Auxologico Italiano "Istituto Scientifico Ospedale San Giuseppe di Piancavallo"



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

sede di Oggebbio per la verifica periodica della Struttura Sanitaria e con lo scopo anche di esprimere il parere di competenza richiesto dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte in merito alla variante alla relazione tecnico-sanitaria del 02.12.2015 al progetto di adeguamento dell'Ospedale San Giuseppe di Piancavallo, approvato con DGR n. 14-3732 del 27 luglio 2017, trasmessa dal Legale Rappresentante dell'Istituto Auxologico Italiano con nota del 1 febbraio 2018 prot. N. 17 (Rif. Regionale prot. 5006/A1403A del 23.02.2018, Rif. ASL VCO Prot. N. 11813/18 del 22.02.2018).

Per la struttura sottoposta a vigilanza erano presenti:

Ing. Emanuele Fresca, nato a Legnano (MI) il 21/10/1982 – Direttore Area Piemonte

Dott. Alfredo Di Rocco, nato a Como il 03/03/1956 – Direttore Sanitario

Dott. Paolo Vismara, nato a Como il 20/04/1978 – Referente Affari Legali Sanitari

Denominazione: **IRCCS Istituto Auxologico Italiano "Istituto Scientifico Ospedale San Giuseppe di Piancavallo" sede di Oggebbio**

Indirizzo: **Strada Luigi Cadorna n. 90 - Oggebbio (VB) Località Piancavallo**

Telefono: **0323/514324** - fax: **0323/514249**

e-mail: **affarilegali@auxologico** PEC: **affarilegali.auxologico@pec.it**

Codice Fiscale/P.Iva: **02703120150**

Legale Rappresentante: **Prof. Michele Colasanto**

Data ultimo sopralluogo:

- 10 novembre 2016 per verifica periodica mantenimento requisiti strutturali ed organizzativi e valutazione progressione dei lavori di adeguamento strutturale.

ANALISI VARIANTE AL PROGETTO DI RISTRUTTURAZIONE

In collaborazione col personale tecnico progettista della struttura è stata analizzata la variante al progetto di ristrutturazione dell'IRCCS San Giuseppe di Piancavallo, presentato in data 2 dicembre 2015, che riguarda esclusivamente il padiglione Est.



[Handwritten signatures and initials]



Tale variante, così come proposta, comporterà effettivamente vantaggi organizzativi nella gestione dei pazienti, nonché nel confort alberghiero. Anche i percorsi all'interno della struttura vengono ottimizzati evitando commistione dei passaggi dei pazienti all'interno dei reparti per raggiungere ambulatori o palestre. Migliorano le condizioni lavorative per il personale di assistenza per l'adeguamento e implementazione dei locali di lavoro e la migliore visibilità del presidio infermieristico, oltreché per la realizzazione di nuovi studi medici.

Dal punto di vista strutturale l'adeguamento degli impianti elettrico, idrico e di riscaldamento, integrato dall'impianto di ricambio aria, il rifacimento dei bagni di alcune camere di degenza, la posa di nuova pavimentazione antiscivolo a norma di sicurezza, la sostituzione dei serramenti sono tutti elementi di riqualificazione della struttura.

Quanto proposto pertanto, consentirà di rispondere alle necessità di adeguamento ai requisiti strutturali, generali e specifici, di accreditamento; tutto ciò, come dichiarato, rispettando la tempistica precedentemente comunicata dalla struttura per l'ultimazione dei lavori (entro agosto 2019).

In definitiva quindi la Commissione, relativamente alla richiesta di parere da parte della Direzione Sanità della Regione Piemonte in merito alla variante alla relazione tecnico-sanitaria del 02.12.2015 al progetto di adeguamento dell'Ospedale San Giuseppe di Piancavallo, ritiene di **ESPRIMERE PARERE FAVOREVOLE PER QUANTO DI COMPETENZA.**

ANALISI REQUISITI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVI

A) REQUISITI STRUTTURALI

1) IMPIANTO ELETTRICO

Vengono visionati:

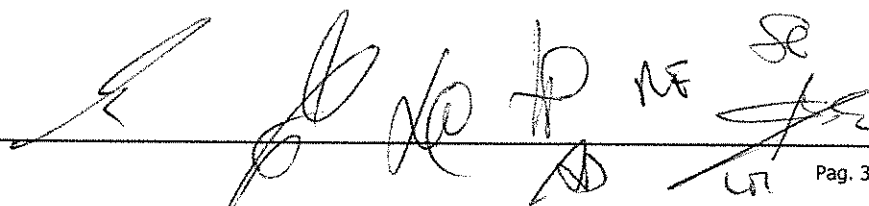
- Registro delle verifiche periodiche degli impianti elettrici dei locali ad uso medico, effettuate nel mese di agosto 2016 (tuttora valide);
- Verbale di verifica periodica dell'impianto di messa a terra, ai sensi del DPR 462/2001, effettuata in data 28 luglio 2016 (tuttora valido).

2) LUCI DI EMERGENZA

Si visiona il contratto di manutenzione periodica con la Ditta Comimpianti 1988 srl per assistenza tecnica e manutenzione degli impianti elettrici e TVCC.

3) IMPIANTO IDROSANITARIO

Si visiona il contratto con la Ditta Carbotermo per il servizio di manutenzione degli impianti, valido fino al 31 dicembre 2018.





4) ASCENSORI E MONTALETTIGHE

Si visionano i verbali di verifica periodica degli ascensori: ultima effettuata nel novembre 2016 (tuttora valida).

5) SICUREZZA ANTINCENDIO

Si prende visione della documentazione presentata al Comando Provinciale di Verbania dei Vigili del Fuoco in conformità a quanto previsto dal D.M. 19.03.2015. La Struttura entro fine anno integrerà la documentazione con la parte relativa al Padiglione Ovest già ultimato.

6) PROTEZIONE ANTISISMICA

Le Certificazioni visionate a firma di tecnico abilitato attestanti la conformità del progetto alla normativa specifica vigente del 06.11.2014 sono tuttora valide per quanto riguarda i Padiglioni Ovest e Sud, mentre per il Padiglione Est, ad ultimazione degli interventi strutturali in atto, la certificazione dovrà essere aggiornata.

7) BARRIERE ARCHITETTONICHE

La dichiarazione di conformità alla normativa vigente in materia di accessibilità e di superamento delle barriere architettoniche delle opere realizzate risale ancora al 18.06.2011; dovrà pertanto essere aggiornata.

8) IMPIANTI IDRICI E CONDIZIONAMENTO

In merito alla verifica dell'attività di sorveglianza e di prevenzione della diffusione della Legionella attuata dalla struttura si visionano:

- Registro di controllo e manutenzione su impianti idrici e di condizionamento
- Procedura P SG 035 "Prevenzione e controllo della Legionellosi" Rev01 del 14.12.2016
- Certificati di analisi (17/04/2018) relativi ai campionamenti microbiologici effettuati presso l'Istituto Auxologico di Piancavallo in data 24.01.2018 per la ricerca di Legionella Pneumophila dalla Ditta Lab Analysis S.r.l., risultati negativi in tutti i punti prelievo analizzati

9) APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI, DI LABORATORIO E RADIOLOGICHE

Viene acquisito l'elenco aggiornato al mese di maggio 2018 delle apparecchiature con le relative verifiche periodiche effettuate

10) VERIFICHE EFFETTUATE DURANTE IL SOPRALLUOGO

- Piano 01, pad. Ovest – RRF: verificato il funzionamento delle luci di emergenza con esito positivo.
- Piano 02, pad. Est – NEURO: verificato il funzionamento delle luci di emergenza con esito positivo.



B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

1) ORGANIGRAMMA

Viene acquisita agli atti la "Mappa delle Unità Organizzative dell'Istituto Auxologico Italiano" che per le Strutture del Piemonte prevede l'Auxologico Piancavallo – Ospedale San Giuseppe. Sono indicate le diverse Unità Organizzative della Struttura con i relativi Responsabili.

- Direttore Sanitario. Dr Alfredo Di Rocco
- Vice Direttore Sanitario: viene visionata la Rev 03 del 11.04.2017 della procedura IO DSSG 010 "Sostituzione Direttore Sanitario".

E' stato richiesto di fornire la dotazione organica aggiornata di tutto il personale (medico, infermieristico, OSS, Tecnico ed Amministrativo), diviso per strutture di degenza e di supporto, comprensiva dei titoli abilitanti e della tipologia del rapporto di lavoro (tempo pieno, part time).

2) LIVELLI ASSISTENZIALI

Nella giornata del sopralluogo sono stati presi in esame 2 reparti della struttura per valutare i livelli qualitativi e quantitativi di assistenza garantiti ai pazienti ricoverati.

- Unità Operativa di Medicina: su 50 posti letto disponibili risultavano occupati 49, in stanze a 4 letti e a 2 letti. 42 pazienti erano autosufficienti e 7 parzialmente autosufficienti; nessuno dei pazienti risultava portatore di catetere vescicale, CVP e CVC, nessuno aveva LdP, lesioni vascolari, stomie, nessuno in O2 terapia e in nutrizione enterale, quindi pazienti apparentemente a bassa intensità di cure.

La dotazione organica del personale di assistenza è di:

- 1 Coordinatore a tempo pieno strutturato
- 1 Coordinatore a tempo pieno dipendente da una cooperativa
- 11 infermieri a tempo pieno
- 9 OSS, di cui 7 a tempo pieno e 2 a tempo parziale

La programmazione dei turni nella giornata di ispezione prevedeva:

- al mattino: 5 Infermieri e 4 OSS
- al pomeriggio: 2 infermieri e 1 OSS
- alla notte: 1 infermiere e 1 OSS.

Con tale programmazione vengono garantiti, tenendo conto dell'occupazione completa dei 50 posti letto, 79 minuti di assistenza infermieristica per paziente al giorno e 60 minuti di OSS.

Si richiede di conoscere quali siano i parametri normativi a cui la struttura si riferisce per il calcolo dei fabbisogni assistenziali.



Per quanto riguarda la presenza di ausili e presidi sanitari i letti erano dotati di schienale e piedi regolabili e 4 letti erano elettrici, di cui 2 con portata oltre i 250 kg. Era presente 1 sollevatore per pazienti e i teli ad alto scorrimento erano disponibili al bisogno.

Nella documentazione sanitaria si è riscontrata la presenza di Scala Conley, Scala di Valutazione del Rischio per lesioni da pressione (Scala Braden), SUT, Scheda di gestione delle lesioni da pressione e Scheda del dolore. Non era presente il Diario Clinico Integrato e la scheda di mobilitazione del paziente.

Come procedure operative assistenziali sono state riscontrate le procedure inerenti a:

- Gestione delle lesioni da pressione
- Gestione delle cadute accidentali
- Gestione dei Farmaci
- Gestione degli accessi venosi
- Gestione dei Cateteri Vescicali
- Gestione dell'Emergenza
- Segnalazioni di Rischio Clinico.

- Unità Operativa di Neuro-Riabilitazione: su 40 posti letto disponibili (15 di Neurologia e 25 di Riabilitazione) risultavano occupati 39, di cui 3 allettati, 15 parzialmente autosufficienti e 21 autosufficienti; 3 pazienti risultavano portatori di catetere vescicale, 1 di CVP e 1 di CVC; 1 presentava una lesione da pressione di II° grado, 1 aveva lesioni vascolari di III° grado, 10 erano in O2 terapia e 1 era portatore di PEG, quindi pazienti sostanzialmente a medio-alta intensità di cure.

La dotazione organica del personale di assistenza è di:

- 1 Coordinatore a tempo pieno
- 12 infermieri a tempo pieno
- 13 OSS a tempo pieno.

La programmazione dei turni nella giornata di ispezione prevedeva:

- al mattino: 3 Infermieri e 5 OSS
- al pomeriggio: 2 infermieri e 2 OSS
- alla notte: 1 infermiere e 1 OSS.

Con tale programmazione vengono garantiti, tenendo conto dell'occupazione completa dei 40 posti letto, 75 minuti di assistenza infermieristica per paziente al giorno e 96 minuti di OSS.

Si richiede di conoscere anche in tal caso quali siano i parametri normativi a cui la struttura si riferisce per il calcolo dei fabbisogni assistenziali per tale tipologia di Struttura.



Per quanto riguarda la presenza di ausili e presidi sanitari i letti erano dotati di schienale e piedi regolabili e 4 letti erano elettrici, di cui 2 con portata oltre i 250 kg. Era presente 1 sollevatore per pazienti e i teli ad alto scorrimento erano disponibili al bisogno.

Nella documentazione sanitaria si è riscontrata la presenza di Scala Conley, Scala di Valutazione del Rischio per lesioni da pressione (Scala Braden), SUT, Scheda di gestione delle lesioni da pressione e Scheda del dolore. Non era presente il Diario Clinico Integrato e la scheda di mobilitazione del paziente.

Come procedure operative assistenziali sono state riscontrate le procedure inerenti a:

- Gestione delle lesioni da pressione
- Gestione delle cadute accidentali
- Gestione dei Farmaci
- Gestione degli accessi venosi
- Gestione dei Cateteri Vescicali
- Gestione dell'Emergenza
- Segnalazioni di Rischio Clinico.

3) CARTELLE CLINICHE

In occasione del sopralluogo sono state valutate 20 cartelle cliniche rappresentative delle diverse Unità di degenza, sia di acuzie che di varie tipologie riabilitative. In particolare sono state valutate le seguenti cartelle di pazienti dimessi nei giorni precedenti l'ispezione: numeri 1891 - 1956 - 1415 - 964 - 1479 - 003 - 1632 - 703 - 1564 - 1920 - 1671 - 1776 - 1686 - 1639 - 1716 - 1743 - 1075 - 484 - 595 - 983.

La valutazione è stata incentrata sulla correttezza nella compilazione e nella gestione di tali documenti, analizzando in particolar modo dati anagrafici, provenienza del paziente, anamnesi patologica remota e prossima dalla quale possa emergere il motivo del ricovero, la documentazione del decorso e del processo di cura nel corso del ricovero, l'esito del ricovero, dimissione del paziente o trasferimento ad altro percorso; tutto questo in ottemperanza a quanto esposto nella DD Regionale n. 497 del 23 luglio 2012.

La valutazione inerente l'appropriatezza clinica del ricovero rientra in altro controllo specifico che L'ASL VCO compie sul 20% del totale complessivo dei ricoveri della struttura in oggetto.

Le 20 cartelle cliniche in questione sono risultate formalmente corrette, in particolare 6 pazienti accedevano in reparti per acuti (medicina, neurologia e auxologia), era documentata l'attività diagnostica, terapeutica, assistenziale; erano presenti, esattamente compilati, i consensi informati e le scale di valutazione, esaustive relazioni di dimissione concludevano il ricovero o appropriate relazioni di trasferimento affidavano il paziente ad altro percorso.

Le restanti cartelle cliniche erano rappresentative dei ricoveri riabilitativi di II livello delle 8 unità riabilitative presenti nella struttura (neuroriab., pneumo riab., cardio riab., nutrizionale, metabolica, osteoriab., metabolica complessa e auxologica/pediatrica). La



stesura del progetto riabilitativo individuale e del programma riabilitativo eseguito per ogni paziente era ben documentata, sia quantitativamente che qualitativamente, soddisfacente a garantire la specificità dell'Istituto a carattere Scientifico. Nella chiusura del ricovero ogni SDO esaminata rispecchiava coerentemente le attività terapeutico-riabilitative svolte nell'episodio di ricovero.

4) REGOLAMENTO DELL'ATTIVITA' MEDICA

Si acquisiscono:

- Mappa delle Unità Organizzative dell'Istituto Auxologico Italiano – Allegato 1 bis Manuale Qualità Rev19 del 05.03.2018
- Carta dei Servizi Auxologico Piancavallo & Villa Caramora – Rev 16 del mese di febbraio 2018
- Specifica di Unità Organizzativa Direzione Sanitaria San Giuseppe, Rev 06 del 21.12.2012

5) RIFERIMENTI D.Lgs 81/2008

- Preso visione della revisione del DVR, effettuata in data 16/05/2018.
- Preso visione del verbale della riunione periodica (ex art. 35 D.Lgs. 81/2008), effettuata in data 30/01/2018.

Responsabile Servizio Prevenzione e protezione (RSPP): Sig. Fulvio Basili (nuova nomina)

Medico Competente: Drssa Barbara Mondadori (invariato rispetto a precedente ispezione)

6) RADIOLOGIA

Responsabile: Dott. UMBERTO Baldini (invariato)

Sorveglianza Fisica e Medica: Dott. Giuseppe Eulisse (invariato)

Nessun rilievo.

7) LABORATORIO ANALISI

Responsabile: Dott.ssa Clotilde De Medici (invariato)

Nessun rilievo.

8) SERVIZIO FARMACEUTICO

La struttura non è dotata di servizio farmaceutico, è presente un deposito farmaceutico e i reparti sono forniti di idonei armadi e di frigoriferi per i farmaci dotati di sistema di controllo della temperatura adeguato. La gestione dei farmaci avviene secondo la Procedura di "Gestione del farmaco in Ospedale" – Rev08 del 21.02.2018

Esiste una Procedura per la Gestione dei farmaci stupefacenti (P SG 010).

Sono stati visionati i Registri di carico e scarico dei farmaci stupefacenti e nulla da rilevare è emerso.



In ogni Unità operativa o in ogni piano è presente un carrello di emergenza dotato di defibrillatore e di farmaci e gestito seguendo la Procedura P SG 028 Rev03 del 16.04.2018 – "Gestione emergenza sanitaria – carrelli di emergenza"

Viene visionata la scheda di registrazione Controlli Carrelli di emergenza dell'UO RRF che risulta essere regolarmente compilata ogni giorno e firmata dall'operatore che effettua la verifica.

9) SERVIZIO MORTUARIO

Nulla è variato rispetto al sopralluogo precedente.

10) SMALTIMENTO RIFIUTI

Il servizio di Ritiro, Trasporto e Smaltimento di Rifiuti Speciali Ospedalieri Pericolosi e Non Pericolosi è affidato a Ditta Specializzata, nello specifico a "Eco Eridania SPA" di San Giuliano Milanese, con contratto, acquisito agli atti, valevole dal 01.01.2018 al 31.12.2018. Vengono visionati i Registri di carico e Scarico dei Rifiuti Speciali: nulla da rilevare

Non sono presenti Rifiuti Radioattivi.

Il servizio di Raccolta e trasporto di Rifiuti Solidi Urbani e Rifiuti Differenziati è invece affidato alla Ditta "Riboni Marco" di Cambiasca (VB) con contratto, visionato in corso di sopralluogo, valevole dal 01.03.2018 al 31.03.2019

ADEMPIMENTO ALLE PRESCRIZIONI DEL 10 NOVEMBRE 2016

- 1) Verifica dei sistemi di sicurezza delle apparecchiature elettriche in uso presso la cucina centralizzata: **ottemperato**
- 2) Controllare la corretta compilazione dei consensi informati: **ottemperato**
- 3) Aggiornare i documenti sul controllo della legionellosi. **ottemperato.**

PRESCRIZIONI AL 30 maggio 2018

- 1) Aggiornare la dichiarazione di conformità alla normativa vigente in materia di accessibilità e di superamento delle barriere architettoniche delle opere realizzate.
- 2) Trasmettere formalmente la variazione dell'incarico di Responsabile del Servizio Prevenzione e protezione (RSPP).



3) Trasmettere la dotazione organica aggiornata di tutto il personale, diviso per strutture di degenza e di supporto, comprensiva dei titoli e della tipologia del rapporto di lavoro (tempo pieno, part time con indicazione della relativa percentuale).

4) Indicare quali siano i riferimenti a cui la struttura si riferisce per il calcolo dei fabbisogni assistenziali.

Le prescrizioni devono essere ottemperate entro 30 giorni dal ricevimento del verbale

I componenti:

NOMINATIVI	
Dott.ssa Silvia Caselli	<i>Silvia Caselli</i>
Sig. Maurizio Pagliari	<i>Maurizio Pagliari</i>
Dott. Loris Caretti	<i>Loris Caretti</i>
Dott.ssa Anna Pingitore	<i>Anna Pingitore</i>
Dott. Giovanni Pozzuoli	<i>Giovanni Pozzuoli</i>
Dott.ssa Laura Materossi	<i>Laura Materossi</i>
Dott. Nino Cappuccia	<i>Nino Cappuccia</i>
Dott.ssa Rosalia Fontana	<i>Rosalia Fontana</i>

Il presente verbale, dopo l'analisi della documentazione acquisita dalla CVS in sede di sopralluogo avvenuto il 30 maggio 2018, si chiude in data 15 giugno 2018.

IL Presidente Commissione di Vigilanza Sanitaria
Dott. Pasquale TOSCANO