



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. 0063488003:

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N.
COMPOSTO DA N. 10 PAGINE

998 DEL **24 OTTOBRE 2018**

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

Sede Operativa Verbania Tel 0323 / 541431 Fax 0323 541542 e-mail : distretto.vb@aslvco.it

Sede Operativa Domodossola Tel 0324 / 491621 Fax 0324 491620 e-mail : distretto.do@aslvco.it

SOS NCRE COMMISSIONI DI VIGILANZA

VIGILANZA SOCIO SANITARIA

e-mail: vigilanzasociosanitaria@aslvco.it

VERBALE ISPETTIVO N. 29/2018

Il giorno 26 ottobre 2018 alle ore 8,30 i sottoscritti:

Dott. Edoardo Quaranta	Presidente della Commissione
Dott. Silvano Zanola	Dirigente medico Distretto
P.I. Maurizio Pagliari	S.O.S. Tecnico
D.ssa Diana De Giuli	Collaboratore Amministrativo P.E.
Sig.a Laura Belloni	Segretaria verbalizzante

componenti la Commissione di Vigilanza sulle Strutture socio assistenziali, socio educative e socio sanitarie, residenziali e semiresidenziali 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 servizio per gli anziani e la comunità della Valle Antrona "Carlo Baldi e Mario Lorenzo Tori"** con sede in Via Borgata Sasso a Montescheno, 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 sono presenti la D.ssa Simonetta Valterio in qualità di responsabile della struttura e la D.ssa Ilaria Farioli coordinatrice/animatrice.

Si procede quindi alla visita del Presidio con l'assistenza della persona nominata.

Si riassumono di seguito le risultanze della visita ispettiva.

PREMESSA

L'odierno sopralluogo rientra nell'ordinaria attività ispettiva a cui risulta tenuta la Commissione di Vigilanza ai sensi delle vigenti disposizioni regionali.

**A.S.L. V.C.O.**Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio OssolaSede 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. 0063488003

8105 3980110 2 1

GENERALITA' DEL PRESIDIO

Tipologia Struttura	Residenza Sanitaria Assistenziale	
Denominazione	Casa di servizio per gli anziani e la comunità della Valle Antrona "Carlo Baldi e Mario Lorenzo Tori"	
Indirizzo	Via Borgata Sasso n. 2/A	
Comune	28843 Montescheno	Telefono/fax 0324 56209
E.Mail	cooplabitta@legalmail.it	
Natura giuridica	Privata	
Soggetto gestore	Parrocchia di Montescheno tramite convenzione con "La Bitta" Soc. Coop. Soc. O.N.L.U.S. Domodossola	
Sede Legale	Borgata Sasso n, 2/A - Montescheno	
Proprietario Struttura	Parrocchia SS. Giovanni e Carlo di Montescheno	
Autorizzazione al funzionamento	Determinazione Dipartimento Prevenzione n. 1027 del 28 agosto 2014	
Posti autorizzati	n. 21 R.S.A. n. 2 R.A. n. 1 Centro Diurno	
Accreditamento	Determinazione Dipartimento Prevenzione n. 1029 del 28 agosto 2014.	
Posti accreditati	n. 21 R.S.A.	
Riepilogo posti complessivi	n. 21 R.S.A. n. 2 R.A. n. 1 Centro Diurno	
Normativa di riferimento	D.G.R. 29.06.1992 n. 38-16335 (solo x requisiti strutturali) D.G.R. 30.07.2012 n. 45-4248.	
Ultimo sopralluogo della Commissione	25 maggio 2017.	

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

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

<input type="checkbox"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto	<input checked="" type="checkbox"/> altro
Osservazioni:	Nessun progetto in corso.	

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

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

<input type="checkbox"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto	<input checked="" type="checkbox"/> altro
Osservazioni:	Documento non richiesto.	

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

<input type="checkbox"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto	<input checked="" type="checkbox"/> altro
Osservazioni:	Verificato in sede di sopralluogo. Ultima verifica 05 giugno 2018.	

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

<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto	<input type="checkbox"/> altro
Osservazioni:	Agli atti documento redatto in data 8 giugno 2017.	

Registro manutenzione ascensori

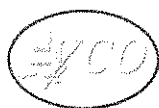
<input type="checkbox"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto	<input checked="" type="checkbox"/> altro
Osservazioni:	Verificato in sede di sopralluogo. Ultima verifica 04 luglio 2018.	

Denuncia di messa a terra degli impianti elettrici

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

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

<input type="checkbox"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto	<input checked="" type="checkbox"/> altro
Osservazioni:	Verificato in sede di sopralluogo. Ultima verifica 14 settembre 2017.	

**A.S.L. V.C.O.**Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio OssolaSede 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. 0063488003:

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

Elettrico	X agli atti	richiesto	altro
Iidraulico	X agli atti	richiesto	altro
Termico	X agli atti	richiesto	altro

Registro di manutenzione di apparecchiature elettromedicali (verifica biennale)

agli atti		richiesto		X altro	
Osservazioni:		Verificato in sede di sopralluogo. Si effettuano verifiche semestrali.			

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:	Verificato in sede di sopralluogo. Revisione in data 23 settembre 2018.		

Requisiti strutturali ai sensi della D.G.R. 38/92

Area abitativa	si	no
N° massimo di 4 Ospiti/camera	X	
Almeno n. 1 WC/4 Ospiti	X	
Servizi nucleo	si	no
1 locale soggiorno/pranzo (1,5 mq/ospite)	X	
1 Cucinotta	X	
Bagno assistito	X	
Locali e servizi per il personale	X	
Servizi collettivi	si	no
Ingresso/portineria	X	
Uffici amministrativi	X	
Servizi igienici collettivi	X	
Soggiorno/bar	X	
Sala polivalente	X	
Locale per attività occupazionale	X	
Locale per il culto	X	
Parrucchiere/pedicure	X	

**A.S.L. V.C.O.**Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio OssolaSede 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. 0063488003:

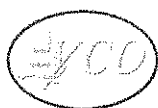
Servizi ausiliari	si	no
Deposito materiale igienico	X	
Camera mortuaria *		
Servizi generali	si	no
Cucina e dispensa	X	
Lavanderia/stireria	X	
1 locale spogliatoio	X	
Spogliatoio personale con wc	X	
Magazzini	X	
Locali a disposizione ospiti	X	
Deposito biancheria sporca	X	
Deposito biancheria pulita	X	
Servizi sanitari	si	no
Ambulatorio	X	
Eventuale locale per fisiokinesiterapia	X	
Osservazioni:	* Viene utilizzata la camera mortuaria presente nel vicino cimitero.	

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

<i>Requisiti</i>	<i>Insufficiente</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>
Pulizia ambienti			X
Cambio biancheria			X
Manutenzione abbigliamento			X
Igiene locali personali			X
Igiene locali collettivi			X
Igiene del personale			X
Igiene dispense e cucina			X
Igiene servizi igienici			X
Igiene alimenti			X

Arredamento

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

**A.S.L. V.C.O.**Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio OssolaSede legale : Via Mazzini, 117 - 28867 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. 0063488003:

2 - REQUISITI GESTIONALI - Personale*Documento circa le modalità di sostituzione del responsabile di struttura*

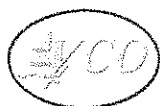
X agli atti	richiesto	altro
-------------	-----------	-------

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

Personale	Numero effettivo
Responsabile di struttura	1*
Direttore sanitario	1
Infermiere	2 + 1 x sostituzioni
O.S.S.	14
Psicologo	**
Terapista della riabilitazione	1
Terapista occupazionale/Animatore/Educatore	1
Cuoco	3 + 1 aiuto cucina
Parrucchiere	1 + 1 podologa
Lavanderia/stireria	1
Osservazioni:	* Inoltre è presente n. 1 coordinatrice. ** Collaborazione stabile con una psicoterapeuta operante al Centro per la famiglia gestito dalla cooperativa La Bitta.

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

Personale	Numero teorico	Numero/monte ore effettivo operatori	
		Dipendenti	In appalto/rapporto Libero professionale
Responsabile del Presidio		1 *	
Medico	Garantito dall'ASL	Garantito dall'ASL	
O.S.S.	3 ogni 10 ospiti	1	
Assistente Sociale e Animatore		1 animatore *	
Dietista e Terapista delle riabilitazione	Consulenze	1 fisioterapista *	
Servizi vari (cucina, lavanderia, ecc.)		4 addetti alla cucina *	
Osservazioni:	* Personale in comune con la RSA		

**Pianta organica del personale riferita agli ospiti attualmente presenti: C. D. I.**

Personale	Numero teorico	Numero effettivo
Coordinamento e ass.	22 min/die/ospite	10/min/die/ospite
Assistenza tutelare	54 min/die/ospite	30/min/die/ospite
Attività di animazione	*	10/min/die/ospite
Osservazioni:	* per un totale complessivo di 18 ore settimanali (su un modello di struttura da 72 p.l. o in proporzione sulla base dei p.l. occupati).	

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. e C.D.I.. 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
---	------------------------------------	--------------------------------

Registro firme e sigle degli operatori

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

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"/> X 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"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto	<input checked="" type="checkbox"/> X altro
Osservazioni:	Verificato in sede di visita ispettiva.	

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

<input checked="" type="checkbox"/> X agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto	<input type="checkbox"/> altro
Osservazioni:	Piano offerta formativa anno 2017, eventuali corsi effettuati e non inseriti nel P.O.F. con l'indicazione per ciascun corso della data, della sede, del numero di ore previste e del numero di ore effettivamente frequentate da ciascun operatore. Programma per l'anno 2018.	

**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, data di ingresso in struttura, comune di residenza ed ASL di appartenenza

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

Posti occupati al momento del sopralluogo

R.S.A.	n. 21
R. A.	n. 2
C. D.	n. 1

Registro presenze	<input checked="" type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Cartella personale di ciascun ospite	<input checked="" type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Progetto assistenziale individualizzato	<input checked="" type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Cartelle sanitarie

Presenza cartella clinica	<input checked="" type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Presenza cartella infermieristica	<input checked="" type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Regolamento interno di funzionamento della struttura

<input checked="" type="checkbox"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto	<input type="checkbox"/> altro
Osservazioni:	Agli atti documento redatto in data 02 febbraio 2017.	

Carta dei servizi

<input checked="" type="checkbox"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto	<input type="checkbox"/> altro
Osservazioni:	Agli atti documento redatto in data 7 marzo 2016.	

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

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

Autorizzazione sanitaria per preparazione/somministrazione alimenti (Legge 283/62)

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

Tabella dietetica approvata dai servizi competenti dell'ASL

<input checked="" type="checkbox"/> agli atti	<input checked="" type="checkbox"/> richiesto	<input type="checkbox"/> altro
Osservazioni:	Agli atti documento redatto in data 23 giugno 2017.	

**A.S.L. V.C.O.**Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio OssolaSede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.54111 0324.49111 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 0063488003:

Assistenza medica di base

Medici Medicina Generale operanti	1
Numero ore	3 ogni accesso
Distribuzione settimanale	2 giorni
Pronta disponibilità	si

Assistenza medico specialistica

<input checked="" type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Osservazioni:	Garantita da ASL.

Assistenza infermieristica

Fornita dalla struttura	<input checked="" type="checkbox"/> - con rapporto di dipendenza <input checked="" type="checkbox"/> - in convenzione (rapporto libero-prof.le)
Fornita da ASL	<input type="checkbox"/> - con rapporto di dipendenza <input type="checkbox"/> - in convenzione

Farmaci

Conformità	<input checked="" type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
------------	--	-----------------------------

Dispositivi medici

Conformità	<input checked="" type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
------------	--	-----------------------------

Animazione/rapporti con ambiente esterno

Interventi strutturati di animazione	<input checked="" type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Rapporti con enti ed associazioni	<input checked="" type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Rette

Importo retta/e	<input checked="" type="checkbox"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto
Modalità definizione retta/e	<input checked="" type="checkbox"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto
Integrazioni richieste per servizi aggiuntivi	<input checked="" type="checkbox"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto
Osservazioni:	Agli rette contenute nel regolamento redatto in data 29 febbraio 2016. Invariate.	

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

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



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. 0063488003:

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 10,00 e contestualmente viene chiuso il presente verbale.

L.C.S.

I componenti della commissione:

Dottor Edoardo Quaranta	Firmato in originale
Dottor Silvano Zanola	Firmato in originale
P.I. Maurizio Pagliari	Firmato in originale
D.ssa Diana De Giuli	Firmato in originale
Sig. Laura Belloni	Firmato in originale