



**A.S.L. VCO.**

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

DEL

- 5 NOVEMBRE 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 SOCIOSANITARIA

e-mail: vigilanzasociosanitaria@aslvco.it

**VERBALE ISPETTIVO N. 30/2018**

Il giorno 26 settembre 2018 alle ore 11,00 i sottoscritti:

Dott. Edoardo Quaranta	Presidente della Commissione
Dott. Silvano Zanola	Dirigente medico Distretto
P.I. Maurizio Pagliari	S.O.S. Tecnico
Dott.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 riposo per anziani** con sede in Via Cattagna, n. 3 a Varzo, 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 la Sig.a Catia Bruno - vicedirettrice della struttura. 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:

## GENERALITA' DEL PRESIDIO

Tipologia Struttura	Residenza Assistenziale con un nucleo R.S.A.	
Denominazione	Casa di riposo per anziani	
Indirizzo	Via Cattagna, n. 3	
Comune	28868 Varzo	Telefono/Fax 0324 7056
E.Mail	casadiriposovarzo@legalmail.it	
Natura giuridica	Pubblica	
Soggetto gestore	Casa di riposo per anziani I.P.A.B.	
Sede Legale	Via Cattagna, n. 3 - Varzo	
Proprietario Struttura	Casa di riposo per anziani I.P.A.B.	
Autorizzazione al funzionamento	Determinazione Dipartimento di Prevenzione n. 489 del 10 aprile 2014 in sostituzione dell'atto di convenzione plurimo	
Posti autorizzati	n. 10 R.S.A. n. 24 R.A.	
Accreditamento	Determinazione Dipartimento di Prevenzione n. 494 del 10 aprile 2014	
Posti accreditati	n. 10 R.S.A.	
Riepilogo posti complessivi	n. 10 R.S.A. n. 24 R.A.	
Normativa di riferimento	D.G.R. 29.06.1992 n. 38-16335 (solo x req. strutt.) D.G.R. 30.07.2012 n. 45-4248.	
Ultimo sopralluogo della Commissione	9 marzo 2016.	

*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 type="checkbox"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto	<input checked="" type="checkbox"/> X altro
Osservazioni:	Documento non richiesto. Costruzione antecedente l'anno 1971.	

 **REGIONE  
PIEMONTE**



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

agli atti	richiesto	X 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*

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

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

agli atti	richiesto	X altro
Osservazioni:	Verificato in sede di sopralluogo. Attestazione di rinnovo periodico di conformità antincendio presentata in data 13 aprile 2018 con scadenza 12 aprile 2023. Preso atto che è in via di predisposizione il nuovo piano di evacuazione, se ne richiede copia.	

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

agli atti	richiesto	X altro
Osservazioni:	Preso visione in sede di sopralluogo. Ultima verifica giugno 2018.	

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

X agli atti	richiesto	Altro
-------------	-----------	-------

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

X agli atti	richiesto	altro
Osservazioni:	Ultima verifica in data 07 agosto 2018.	

*Registro manutenzione ascensori*

agli atti	richiesto	X altro
Osservazioni:	Verificato in sede di sopralluogo.	

*Denuncia di messa a terra degli impianti elettrici*

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

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

X agli atti	richiesto	altro
Osservazioni:	Ultima verifica in data 12 febbraio 2018.	

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

Elettrico	X agli atti	richiesto	altro
Idraulico	X agli atti	richiesto	altro
Termico	X agli atti	richiesto	altro

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

X agli atti	richiesto	altro
Osservazioni:	Ultima verifica 13 agosto 2018.	

**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:	Presenza visione in sede di sopralluogo del documento aggiornato in data 13 settembre 2018.		

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

<b>Area abitativa</b>	si	no
N° massimo di 4 Ospiti/camera	X	
Almeno n. 1 WC/4 Ospiti	X	
<b>Servizi nucleo</b>	si	no
1 locale soggiorno/pranzo (1,5 mq/ospite)	X	
1 Cucinotta	X	
Bagno assistito	X	
Locali e servizi per il personale	X	
<b>Servizi collettivi</b>	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:

<b>Servizi ausiliari</b>	si	no
Deposito materiale igienico	X	
Camera mortuaria	X	
<b>Servizi generali</b>	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	
<b>Servizi sanitari</b>	si	no
Ambulatorio	X	
Eventuale locale per fisiokinesiterapia	X	

**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

**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	3
O.S.S.	8 + 1 in maternità + 1 aiuto Oss
Psicologo	--
Terapista della riabilitazione	1
Terapista occupazionale/Animatore/Educatore	1
Cuoco	2 + 1 aiutante
Parrucchiere	1 (2 h/sett.)
Lavanderia/stireria	*
Osservazioni:	3 operatori addetti alle pulizie e piccola manutenzione.

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

Personale	Numero teorico	Numero/monte ore effettivo operatori	
		Dipendenti	In appalto/rapp. Lib.prof.le
Responsabile del Presidio		1	
Medico	Garantito dall'ASL		Garantito dall'ASL
O.S.S.	3 ogni 10 ospiti	3	4
Assistente Sociale e Animatore			*1 animatore
Dietista e Terapista delle riabilitazione	Consulenze		*1 terapeuta
Servizi vari (cucina, lavanderia, ecc.)		Vedi R.S.A.	Menù visti dal SIAN
Osservazioni:	* personale in comune con la R.S.A..		



*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. e R.A..*

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

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

*Registro firme e sigle degli operatori*

X si	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.*

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

*Operatori in servizio*

Registro presenze esistente?	X si	no
Osservazioni:	La rilevazione delle presenze avviene mediante timbratura meccanica. Gli operatori con rapporto libero/professionale utilizzano un registro cartaceo.	

*Copia programma turni di lavoro del personale*

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

*Quaderno per passaggio consegne tra operatori*

agli atti	richiesto	X altro
Osservazioni:	Verificato in sede di visita ispettiva.	

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

X agli atti	richiesto	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*

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

*Posti occupati al momento del sopralluogo*

R.S.A.	n. 10
R.A.	n. 22

Registro presenze	X si	no
Cartella personale di ciascun ospite	X si	no
Progetto assistenziale individualizzato	X si	no
Osservazioni:	Si riscontrano alcune incongruenze relative alla data di redazione tra le valutazioni multidisciplinari ed i PAI che ne risultano privi. Tale omissione non consente di determinarne la scadenza e la tempistica per l'aggiornamento.	

*Cartelle sanitarie*

Presenza cartella clinica	X si	no
Presenza cartella infermieristica	X si	no

*Regolamento interno di funzionamento della struttura*

X agli atti	richiesto	altro
Osservazioni:	Agli atti documento revisionato in data 15 febbraio 2017.	

*Carta dei servizi*

X agli atti	richiesto	altro
Osservazioni:	Agli atti documento redatto in data 16 aprile 2014.	

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

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

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

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



*Tabella dietetica approvata dai servizi competenti dell'ASL*

agli atti	richiesto	X altro
Osservazioni:	Presenza visione in sede di sopralluogo del documento redatto in data 8 maggio 2017.	

*Assistenza medica di base*

Medici Medicina Generale operanti	1
Numero ore	1 ad accesso
Distribuzione settimanale	3 accessi
Pronta disponibilità	si

*Assistenza medico specialistica*

X si	no
Osservazioni:	Garantita da ASL.

*Assistenza infermieristica*

Fornita dalla struttura	- con rapporto di dipendenza x - in convenzione (rapporto libero-prof.le)
Fornita da ASL	- con rapporto di dipendenza - in convenzione

*Farmaci*

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

*Dispositivi medici*

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

*Animazione/rapporti con ambiente esterno*

Interventi strutturati di animazione	X si	no
Rapporti con enti ed associazioni	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
Osservazioni:	Agli atti documento redatto in data 14 agosto 2015.	



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

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

**Prescrizioni:**

- rivedere le planimetrie per l'emergenza esposte poiché non riportano la situazione reale dell'ambiente.
- rivedere le vie di fuga ed indicarle sulle planimetrie esposte.

**In generale:**

- apporre su tutti i PAI la data di redazione dei medesimi così da consentire la corretta esecuzione e l'aggiornamento.

Si richiede la trasmissione della seguente documentazione entro 30 giorni dal ricevimento del presente verbale:

- copia del piano di evacuazione,
- copia del titolo di studio del Dottor Valenti,
- copia del titolo di studio della Direttrice di struttura.

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 13,00 e contestualmente viene chiuso il presente verbale.  
*L.C.S.*

***I componenti della commissione:***

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