



**Allegato A) alla Deliberazione N. 129 del 15 FEBBRAIO 2019**  
**Composto da n. 18 pagine**

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

**VIGILANZA SULLE STRUTTURE PER ADULTI, AREA SALUTE MENTALE**

Struttura sottoposta a vigilanza: **Gruppo Appartamento "Casa Xenia"**

**VERBALE SOPRALLUOGO n. 19 del 08 novembre 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 da:

<b>NOMINATIVI</b>	<b>QUALIFICA</b>
Dott. Pasquale Toscano	Presidente della Commissione, Direttore SOS Gestione Ospedale San Biagio
Dott.ssa Silvia Caselli	Dirigente Medico Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Dott. Renato Iacopino	Dirigente Medico S.C. Servizio Igiene Mentale Territoriale
Sig. Maurizio Pagliari	SOS Tecnico - Esperto in edilizia e/o impiantistica
Dott.ssa Diana De Giuli	Collab. Ammin. P.E. – Segreteria CVS

in data 08 novembre 2018 dalle ore 09.30 alle ore 13.00 hanno effettuato sopralluogo presso il **Gruppo Appartamento "Casa Xenia"**, Via Alla Cartiera n. 37, Possaccio (VB), allo scopo di verificare il possesso da parte della struttura dei requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio e per l'adozione del provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti soggettivi, strutturali e tecnologici, organizzativi e gestionali di accreditamento per **Struttura SRP3 - H24** come disciplinato dalla DGR 19 settembre 2016 n. 29-3944 e s.m.i. a seguito di Istanza del legale rappresentante della Società Cooperativa Xenia presentata in data 6 dicembre 2017 e acquisita al prot. ASL VCO n. 73457 del 7 dicembre 2017.

Per la struttura erano presenti:



**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

- Sig.ra Morandi Sara, Legale Rappresentante della Società Cooperativa Sociale Xenia con sede a Verbania, Via Palestro 23 - Nata a Verbania il 01.03.1975

- Sig.ra Bonacina Chiara, Educatore Professionale - Nata a Verbania il 05.06.1982

### GENERALITA' DELLA STRUTTURA

**Denominazione attuale:** Gruppo Appartamento "Casa Xenia

**In fieri:** Struttura Residenziale Psichiatrica per Interventi Socioriabilitativi S.R.P.3 – 24 ore

**Indirizzo:** Via Alla Cartiera, n. 37 Possaccio (VB), 28923

**Telefono:** 335 6637152

**Email:** gap.possaccio@gmail.com

**PEC:** [soc.coop.xenia@pec.it](mailto:soc.coop.xenia@pec.it)

**Legale rappresentante:** Sara Morandi, nata a Verbania il 01.03.1975

**Soggetto gestore:** Società Cooperativa Sociale Xenia

AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO: non esistente

ACCREDITAMENTO: non esistente

I Gruppi Appartamento finora sono stati vigilati direttamente dal D.S.M. ai sensi della D.C.R. 28 gennaio 1997, n. 357-1370 e della D.G.R. 28 settembre 2009, n. 63-12253.

OSPITI ATTUALMENTE ACCOLTI: n. 5                      capacità ricettiva: n. 5

Sono state visionate le schede relative ai 5 ospiti della struttura e si riportano di seguito le evidenze di tale analisi:

< omissis >



La Commissione in sede di sopralluogo ha acquisito, in aggiunta alla documentazione inviata dalla struttura congiuntamente all'istanza, la documentazione prevista dalla Check List "Requisiti Tecnici e Documentazione tecnica e Igienico sanitaria" come da D.D. n. 491 del 20 luglio 2018 (allegata al presente verbale).

La Commissione ha inoltre proceduto ad effettuare l'ispezione degli ambienti riservati agli ospiti e al personale di assistenza per accertare l'effettiva esistenza dei requisiti previsti dalla DGR 19 settembre 2016 n. 29-3944 e s.m.i. verificando i requisiti strutturali, igienico sanitari nonché gestionali seguendo l'apposita Check list.

### **PRESCRIZIONI E CONCLUSIONI SOPRALLUOGO**

La Commissione prescrive di provvedere, ove presenti ringhiere metalliche con presenza di elementi che ne rendono possibile la scalabilità o parapetti non sufficientemente sicuri, alla adozione di una soluzione tecnica che impedisca agli ospiti di scavalcare la ringhiera o il parapetto.

Prescrive inoltre alcune opere di manutenzione ordinaria sul soffitto di una camera al secondo piano della struttura e su una parete di un'altra camera sullo stesso piano.

La Commissione di Vigilanza si riserva di esaminare nel dettaglio in seduta successiva la documentazione presentata ed acquisita nel corso dell'odierno sopralluogo per valutare se l'attuale Gruppo Appartamento "Casa Xenia" possiede i requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio quale Struttura Residenziale Psichiatrica per Interventi Socio riabilitativi S.R.P. 3 – 24 ore, nonché i requisiti soggettivi, strutturali e tecnologici, organizzativi e gestionali previsti per ottenere il provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti di accreditamento quale Struttura S.R.P. 3 – 24 ore (come disciplinato dalla DGR 19 settembre 2016 n. 29-3944 e s.m.i.).

Il sopralluogo si conclude alle ore 11.00.

Possaccio, 8 novembre 2018



**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

I componenti:

NOMINATIVI	
Dott.ssa Silvia Caselli	Firmato in originale
Dott. Renato Iacopino	Firmato in originale
Sig. Maurizio Pagliari	Firmato in originale
Dott.ssa Diana De Giuli	Firmato in originale

IL Presidente Commissione di Vigilanza Sanitaria  
Dott. Pasquale TOSCANO

Firmato in originale

IL LEGALE RAPPRESENTANTE  
Sig.ra Sandra Morandi

Firmato in originale

DENOMINAZIONE STRUTTURA		CASA XENIA S.R.L. H 24		ALLEGATO A VERBALE n. 19 del 8/11/2018	
LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANITARIA	RISULTANZE	NOTE	
	PSI.RS 1.0	<p><b>Certificato di abitabilità/agibilità</b></p> <p><input type="checkbox"/> I locali sono agibili in quanto il Comune di _____ ha rilasciato certificato (prot. n. _____ in data _____) di agibilità per uso _____ e non sono state effettuate successive modifiche ai locali;</p> <p><i>oppure</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> I locali sono agibili in quanto è stata presentata domanda di agibilità per uso <u>ABITATIVO</u> al Comune di <u>VERBANIA</u>. La domanda è stata registrata al protocollo comunale al n. <u>33301</u> in data <u>14/08/2008</u> ed il provvedimento di agibilità si è formato per silenzio assenso. Non sono state effettuate successive modifiche ai locali;</p> <p><i>oppure</i></p> <p><input type="checkbox"/> se non è noto (o non esiste in quanto edificio costruito ante 1934) il provvedimento del Comune di rilascio dell'agibilità occorre dichiarazione, redatta e sottoscritta da tecnico abilitato, che i locali rispettano i requisiti di agibilità ai sensi del D.P.R. 380/2001 e s.m.i., la conformità rispetto alla normativa sulle barriere architettoniche, alle prescrizioni degli strumenti urbanistici vigenti, al regolamento edilizio e di igiene, alle condizioni di salubrità degli ambienti e di sicurezza degli impianti (D.M. n. 37/2008), nonché di stabilità in situazioni normali ed eccezionali, in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti.</p>	<p>DOCUMENTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> agli atti</p> <p><input type="checkbox"/> richiesta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> acquisita</p> <p><input type="checkbox"/> visionata</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p>	<p>SI ACQUISISCE INOLTRE COMUNICAZIONE DI ULTIMAZIONE DEI LAVORI (PROT. N. 0033299 del 14/08/2008 del Comune di Verbania).</p>	
1	PSI.RS 2.0	<p><b>Certificato di Prevenzione Incendi (CPI)/SCIA/Rinnovo</b></p> <p><input type="checkbox"/> è stato rilasciato in data _____ certificato di prevenzione incendi dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco con scadenza in data _____</p> <p><i>oppure</i></p> <p><input type="checkbox"/> è stata fatta segnalazione certificata di Inizio attività ai sensi del D.P.R. n. 151/2011 con riferimento prot. VV.FF. n. _____ del _____</p> <p><i>oppure</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> si allega dichiarazione sostitutiva atto di notorietà del Legale Rappresentante dell'Ente attestante l'esenzione dalla presentazione del certificato stesso, in quanto nell'edificio e nelle unità immobiliari non viene svolta nessuna delle attività soggette alla normativa prevista dal D.P.R. n. 151/2011</p> <p>In tal caso:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> si allega dichiarazione sostitutiva atto di notorietà del Legale Rappresentante dell'Ente attestante l'osservanza dei criteri generali di sicurezza di cui al Decreto 19.03.2015</p>	<p>DOCUMENTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> agli atti</p> <p><input type="checkbox"/> richiesta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> acquisita</p> <p><input type="checkbox"/> visionata</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p>		
	PSI.RS 3.0	<p><b>Certificati di conformità degli impianti (D.M. n. 37/2008)</b></p>			
	PSI.RS 3.1	<p><input checked="" type="checkbox"/> Impianto elettrico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Impianto idrico-sanitario</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Impianto termico</p> <p><input type="checkbox"/> Altro _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro _____</p>	<p>DOCUMENTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> agli atti</p> <p><input type="checkbox"/> richiesta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> acquisita</p> <p><input type="checkbox"/> visionata</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p>		

ST 16 HFF

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANTARIA	RISULTANZE	NOTE
		<p>Per gli immobili con agibilità rilasciata in data antecedente all'1/1/2002 (data di entrata in vigore del D.P.R. n. 380/2001) o con agibilità rilasciata in data successiva all'1/1/2002 qualora siano state apportate modifiche ai locali e agli impianti o nell'impossibilità di comunicare gli estremi del provvedimento di agibilità:</p> <p><input type="checkbox"/> dichiarazione (originale o in copia conforme) di conformità degli impianti presenti nell'unità immobiliare redatta dalle imprese installatrici (art. 7, comma 1, D.M. n. 37/2008) relativamente a:</p> <p> <input type="checkbox"/> impianto elettrico  <input type="checkbox"/> impianto riscaldamento  <input type="checkbox"/> impianto climatizzazione e condizionamento  <input type="checkbox"/> impianto ascensori, montacarichi, scale mobili  <input type="checkbox"/> impianto protezione antincendio  <input type="checkbox"/> impianto idrico-sanitario  <input type="checkbox"/> impianto gas  <input type="checkbox"/> altro _____  <input type="checkbox"/> altro _____ </p> <p>oppure</p> <p><input type="checkbox"/> dichiarazione di rispondenza degli impianti alla normativa vigente redatta da tecnico in possesso dei requisiti ex art. 7 c. 6 D.M. 22/01/2008</p>	<p>DOCUMENTAZIONE</p> <p> <input type="checkbox"/> agli atti  <input type="checkbox"/> richiesta  <input type="checkbox"/> acquisita  <input type="checkbox"/> visionata  <input type="checkbox"/> altro _____ </p>	<p>Non applicabile perché non sono state apportate modifiche ai locali e agli impianti.</p>
	PSI.RS 4.0	Adempimenti di igiene e sicurezza del lavoro (D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.)		
2	PSI.RS 4.1	Relazione tecnica redatta da professionista abilitato di cui alla DGR 63-12253/2009 (all. C)	<p>DOCUMENTAZIONE</p> <p> <input type="checkbox"/> agli atti  <input type="checkbox"/> richiesta  <input checked="" type="checkbox"/> acquisita  <input type="checkbox"/> visionata  <input type="checkbox"/> altro _____ </p>	
	PSI.RS 4.2	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da parte del datore di lavoro che i luoghi di lavoro rispondono ai requisiti strutturali previsti dal D.lgs 81/2008 e smi (titolo II all. 4)	<p>DOCUMENTAZIONE</p> <p> <input type="checkbox"/> agli atti  <input type="checkbox"/> richiesta  <input checked="" type="checkbox"/> acquisita  <input type="checkbox"/> visionata  <input type="checkbox"/> altro _____ </p>	
	PSI.RS 5.0	Autorizzazione sanitaria per preparazione/somministrazione alimenti o notifica ex art. 6 Reg. CE n. 853/2004		

57

*[Handwritten signature]*

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANITARIA	RISULTANZE	NOTE
		<p>SE I PASTI VENGONO PREPARATI IN SEDE:  <input type="checkbox"/> è esercitata l'attività di ristorazione collettiva-assistenziale, come da _____ rilasciata in data _____ da _____ al Sig. _____ (indicare gli estremi dell'autorizzazione o DIA o SCJA)  <input type="checkbox"/> i locali e l'autorizzazione non hanno subito successive modifiche  <i>oppure</i>  <input type="checkbox"/> i locali e l'autorizzazione hanno subito successive modifiche ed è stata presentata notifica di inizio/variazione attività (all. 2 Reg. CE n. 852/2004) per l'attività di ristorazione collettiva-assistenziale in data _____ prot. _____  <i>oppure</i>  <input type="checkbox"/> è stata presentata segnalazione certificata di inizio attività (SCJA) prot. _____ in data _____ della gestione del servizio di per l'affidamento al Sig./Società _____ della gestione del servizio di somministrazione di alimenti e bevande  <i>oppure</i>  <input checked="" type="checkbox"/> l'attività non è soggetta a notifica in quanto trattasi di autogestione riconducibile ad attività di preparazione familiare non avvalendosi per la preparazione dei pasti di un cuoco, anche non professionale, appositamente incaricato per tale preparazione (DGR n. 28-5718/2017)</p> <p>SE CI SI AVVALE DI UN SERVIZIO CATERING:  <input type="checkbox"/> che la ristorazione è garantita per il tramite della ditta _____, sede legale _____, prov. _____ P.IVA. _____, come da _____ rilasciata in data _____ da _____ al Sig. _____  (indicare gli estremi dell'autorizzazione o DIA o SCJA)</p>	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RS 6.0	Tabella dietetica approvata dai servizi competenti dell'ASL	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	Non applicabile
	PSI.RS 7.0	Arredi	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	
	PSI.RS 7.1	Razionalità	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	
	PSI.RS 7.2	Comodità d'uso	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	
	PSI.RS 7.3	Manutenzione	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	

Sig. M. top

7

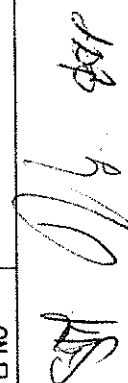
LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANTARIA	RISULTANZE	NOTE
	PSI.RS 8.0	Planimetrie e sezioni quotate, calcolo dei rapporti aero-illuminanti con destinazione d'uso dei locali e n. posti previsti (scala non <1:200) a firma di tecnico abilitato	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RS 9.0	Tabella di verifica degli standard strutturali	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input checked="" type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RS 10.0	Dichiarazione in materia di superamento delle barriere architettoniche	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Accessibile <input type="checkbox"/> Visitabile <input type="checkbox"/> Adattabile	
3		SRP1 e SRP2.1	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Accessibile <input type="checkbox"/> Visitabile <input type="checkbox"/> Adattabile	
4		SRP2.2	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Accessibile <input type="checkbox"/> Visitabile <input type="checkbox"/> Adattabile	
4		SRP3	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Accessibile <input type="checkbox"/> Visitabile <input checked="" type="checkbox"/> Adattabile	
		<i>Per gli immobili con agibilità rilasciata in data antecedente all'1/1/2002 (data di entrata in vigore del D.P.R. n. 380/2001) o nell'impossibilità di comunicare gli estremi del provvedimento di agibilità:</i> <input type="checkbox"/> si allega dichiarazione di conformità, sottoscritta da tecnico abilitato, alla normativa in materia di superamento delle barriere architettoniche <input type="checkbox"/> altro _____	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
5		<b>REQUISITI STRUTTURALI</b>		
6	PSI.RS 11.0	<b>Requisiti strutturali delle SRP1 e SRP2 livello 1</b> <b>TIPOLOGIA</b> <input type="checkbox"/> SRP1 <input type="checkbox"/> SRP2.1	INDICARE n. p. l. per modulo _____ totali _____	
	PSI.RS 11.1	POSTI LETTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		n. posti letto di pronta accoglienza entro il limite del 10% rispetto agli standard di riferimento (solo per le strutture che già ne disponevano nell'accreditamento in essere ex DGR n. 63/2009)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		n. camere da n. 1 ospite/camera (almeno il 10% del totale) (da 12 mq)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		n. camere di n. 2 ospiti/camera (da 18 mq)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		n. camere di n. 3 ospiti/camera (da 26 mq)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		1 servizio igienico accessibile ogni 2 posti letto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

STP

8



LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANITARIA	RISULTANZE	NOTE
	PSI.RS 11.2	SERVIZI DI NUCLEO		
		Soggiorno (destinato ad attività riabilitativa)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Bagno assistito (con la sola predisposizione impiantistica necessaria per la convertibilità strutturale, a disposizione per la pronta accoglienza)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Locale del personale/infermeria e relativo servizio igienico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Deposito Biancheria pulita/armadio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Deposito Biancheria sporca	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 11.3	SERVIZI SANITARI		
		Ambulatorio/attività occupazionali e terapie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 11.4	SERVIZI COLLETTIVI		
		Soggiorno e pranzo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Locale per attività terapeutica di gruppo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Servizi igienici collettivi (uno accessibile per ogni livello della struttura)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 11.5	SERVIZI GENERALI		
7		Cucina e dispensa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
7		Lavanderia/stireria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
8	PSI.RS 12.0	Requisiti strutturali delle SRP2 livello 2		
	PSI.RS 12.1	POSTI LETTO (max 10 p.l. o 5+5 p.l.)	INDICARE n. p. l. per modulo _____ totali _____	
		n. camere da n. 1 ospite/camera (di almeno 9 mq)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		n. camere da n. 2 ospiti/camera (di almeno 14 mq)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 12.2	SERVIZI IGIENICI		
9		Disponibilità di un servizio igienico accessibile ogni 4 utenti, dotato di tutte le attrezzature previste ex art. 7 D.M. 05.07.75, aerato direttamente (o con ventilazione forzata se cieco)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Il bagno direttamente comunicante con soggiorno, angolo cottura, cucina, è disimpegnato con un locale antibagno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 12.3	LOCALI PER IL PERSONALE, TERAPIE, COLLOQUI, ECC.		
		Presenza di un locale per il personale, non inferiore a 9 mq (per le strutture 5+5 contigue è sufficiente un solo locale)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Locale per terapie/ambulatorio/colloqui (per le strutture 5+5 contigue è sufficiente un solo locale)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Infermeria (eventuale)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 12.4	SERVIZI COLLETTIVI		
		Soggiorno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Pranzo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	


  
 10/4/2019

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANITARIA	RISULTANZE	NOTE
	PSI.RS 12.5	SERVIZI GENERALI		
		Cucina (per strutture 5+5 contigue è sufficiente un solo locale)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Il locale cucina è dotato di aerazione diretta e - in caso di uso di gas - di ventilazione permanente verso l'esterno (canna di esalazione fumi, collegata ad una cappa aspirante posta sopra il piano cottura, e di foro di aerazione correttamente posizionato e dimensionato)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		La zona cottura, ove sprovvista di finestra, è ampiamente comunicante con il locale soggiorno, la cui superficie finestra apribile è calcolata in base alla superficie complessiva del soggiorno e della zona cottura.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Lavanderia (eventuale)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
10	PSI.RS 13.0	Requisiti strutturali delle SRP3 TIPOLOGIA <input checked="" type="checkbox"/> SRP3 24H <input type="checkbox"/> SRP3 12H <input type="checkbox"/> SRP3 FASCE ORARIE		
	PSI.RS 13.1	POSTI LETTO (max 10 p.l. o 5+5 p.l.)	INDICARE n. p.l. per modulo <u>5</u> totali <u>5</u>	
		n. camere da n. 1 ospite/camera (di almeno 9 mq)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5 camere da 1 p.l.
		Struttura derivante da ex SRP2.1 o 2.2 (per la SRP3 24h)	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
11		n. camere da n. 1 ospite/camera (di almeno 9 mq)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		n. camere da n. 2 ospiti/camera (di almeno 14 mq)	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
		n. camere da n. 3 ospiti/camera (di almeno 20 mq)	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 13.2	SERVIZI IGIENICI		
9		Disponibilità di un servizio igienico ogni 4 utenti, dotato di tutte le attrezzature previste ex art. 7 D.M. 05.07.75, aerato direttamente (o con ventilazione forzata se cieco)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Il bagno direttamente comunicante con soggiorno, angolo cottura, cucina, è disinpegnato con un locale antibagno	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Presenza di almeno un servizio igienico adattabile, secondo quanto previsto ex art. 23 c. 4 D.P.R. n. 503/1996	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 13.3	LOCALI PER IL PERSONALE		
		Presenza di un locale per il personale, non inferiore a 9 mq (per strutture 5+5 contigue è sufficiente un solo locale)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Infermeria (eventuale)	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 13.4	SERVIZI COLLETTIVI		
		Soggiorno	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Pranzo	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Rapporto di superficie tra nucleo abitativo e servizi collettivi e generali non inferiore a 1/1	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 13.5	SERVIZI GENERALI		
		Cucina (per strutture 5+5 contigue è sufficiente un solo locale)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

51  
10

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANITARIA	RISULTANZE	NOTE
		Il locale cucina è dotato di aerazione diretta e - in caso di uso di gas - di ventilazione permanente verso l'esterno (canna di esalazione fumi, collegata ad una cappa aspirante posta sopra il piano cottura, e di foro di aerazione correttamente posizionato e dimensionato)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		La zona cottura, ove sprovvista di finestra, è ampiamente comunicante con il locale soggiorno, la cui superficie finestrata apribile è calcolata in base alla superficie complessiva del soggiorno e della zona cottura	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	LA ZONA COTTURA (CUCINA) È PROVVISORIA FINESTRA
		Lavanderia (eventuale)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 14.0	<b>REQUISITI IGIENICO SANITARI</b>		
	PSI.RS 14.1	Pulizia ambienti	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	
	PSI.RS 14.2	Cambio biancheria	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	
	PSI.RS 14.3	Manutenzione abbigliamento	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	
	PSI.RS 14.4	Igiene locali personale	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	
	PSI.RS 14.5	Igiene locali collettivi	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	
	PSI.RS 14.6	Igiene del personale	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	
	PSI.RS 14.7	Igiene dispense e cucina	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	
	PSI.RS 14.8	Igiene servizi igienici	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	
	PSI.RS 14.9	Igiene alimenti	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	

Dr. P. P.

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANTARIA	RISULTANZE	NOTE
	PSI.RS 15.0	<b>ULTERIORI REQUISITI</b>		
	PSI.RS 15.1	La superficie illuminante ed apribile (non inferiore a 1/8 della superficie del pavimento) dei locali principali è conforme a quanto previsto dalle norme vigenti ed è uniformemente distribuita in modo da assicurare un valore di fattore di luce diurna medio al 20%, misurato a ml. 0,90 dal pavimento (D.M. 05.07.75)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.2	Presenza di impianti atti ad assicurare la temperatura dell'aria interna compresa tra i 18°C ed i 20°C (art. 5 D.M. 05.07.75) uguale in tutti gli ambienti abitati e nei servizi, esclusi i ripostigli	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.3	Presenza di congruo numero di estintori (almeno uno) collocati in posizione facilmente visibile e accessibile	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.4	In presenza di riscaldamento autonomo di qualsiasi natura il locale dove è installato l'apparecchio è dotato di ventilazione permanente verso l'esterno e l'apparecchio di riscaldamento (ad eccezione degli apparecchi elettrici) è dotato di condotto di evacuazione dei fumi all'esterno	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
13	PSI.RS 15.5	Le altezze interne utili dei vani principali e dei vani accessori adibiti ad abitazione sono conformi a quanto previsto dalle norme vigenti. Altezza dei locali ad uso abitativo non inferiore a 2,70 metri e dei locali accessori non inferiore a 2,40 m	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.6	L'impianto elettrico è dotato a valle del contatore di interruttore magnetotermico differenziale (salvavita)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.7	Presenza di scale con pedata antiscivolo	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.8	Presenza di regolare parapetto di ev. aperture su pianerottoli (h min. 100 cm.)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.9	Presenza di regolare ringhiera (h min. 100 cm.)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.10	Spazio regolare tra le aste della ringhiera (max 10 cm)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.11	Presenza di aste orizzontali con possibilità di scalabilità	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALTEZZA DOVE C'E' RINGHIERA METALLICA SI PRESCRIVE UN SISTEMA PER INTERDIRE LA SCALABILITA'
	PSI.RS 15.12	Presenza porte interne con vetri	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.13	Presenza di serramenti interni ed esterni con vetri di sicurezza	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.14	Presenza di vetri monolitici con pellicola almeno fino ad altezza pari a 180 cm con posa certificata da un installatore	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.15	Presenza elementi visivi di carenze manutentive inerenti gli impianti elettrici, idrotermosanitari e a gas (ad es.: cavi elettrici in cattivo stato di manutenzione, cavi elettrici volanti, quadri elettrici aperti, mancanza coperchi scatole di derivazione, foro di ventilazione in cucina, tubo del gas periodicamente sostituito, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.16	Rubinetto con miscelatore acqua calda sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 15.17	Presenza di area esterna (ad uso esclusivo della struttura e utilizzata dagli utenti) posta in sicurezza (adeguata recinzione o altri sistemi)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RS 16.0	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO ED EV. PROTOCOLLO INTERNO PER LA GESTIONE DEGLI IMPIANTI IDRICI PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DA LEGIONEELLA</b>	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	

51

11/6

11/6

11/6

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI GESTIONALI	RISULTANZE	NOTE
	PSI.RG 1.0	DOCUMENTAZIONE INERENTE LA NATURA GIURIDICA DEL TITOLARE		
	PSI.RG 1.1	Atto costitutivo	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	28 NOVEMBRE 1994! COSTITUZIONE DELLA SOCIETA' COOPERATIVA "XENIA COOPERATIVA SOCIALE" (N. 253105 di Reparto Rio, N. 36912 di Raccolte)
	PSI.RG 1.2	Certificato di iscrizione Camera di Commercio	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RG 2.0	REGOLAMENTO INTERNO DI FUNZIONAMENTO DELLA STRUTTURA	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RG 3.0	CONTRATTO DI OSPITALITÀ	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	Progetto di accoglienza
	PSI.RG 4.0	CARTA DEI SERVIZI	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RG 5.0	REGISTRO DEL PERSONALE CON VERIFICA MANSONI, RESPONSABILITÀ, MONTE ORE E TITOLI	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	

St. Pl. H

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI GESTIONALI	RISULTANZE	NOTE
14	PSI.RG 6.0	<b>PERSONALE PREVISTO CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA S.R.P.1 NUCLEO DA 20 POSTI LETTO</b>		
15		MEDICO PSICHIATRA TEMPO LAVORO: 36 h/sett. (autorizzazione), 38 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
16		COORDINATORE attività svolte nella struttura TEMPO LAVORO: 20 h/sett. (autorizzazione), 20 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		INFERMIERE TEMPO LAVORO: 160 h/sett. (autorizzazione), 168 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		PRONTA DISPONIBILITA' INFERMIERISTICA TEMPO LAVORO: 82 h/sett. (autorizzazione), 84 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		PSICOLOGO TEMPO LAVORO: 26 h/sett. (autorizzazione), 28 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
17		OSS TEMPO LAVORO: 166 h/sett. (autorizzazione), 168 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		EDUCATORE/TECNICO DELLA RIABILITAZIONE/TERAPISTA OCCUPAZIONALE TEMPO LAVORO: 156 h/sett. (autorizzazione), 160 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
18	PSI.RG 7.0	<b>PERSONALE PREVISTO CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA S.R.P. 2.1 NUCLEO DA 20 POSTI LETTO</b>		
19		MEDICO PSICHIATRA TEMPO LAVORO: 20 h/sett. (autorizzazione), 21 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		INFERMIERE TEMPO LAVORO: 114 h/sett. (autorizzazione), 116 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		PRONTA DISPONIBILITA' INFERMIERISTICA TEMPO LAVORO: 82 h/sett. (autorizzazione), 84 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		PSICOLOGO TEMPO LAVORO: 13 h/sett. (autorizzazione), 15 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
17		OSS TEMPO LAVORO: 130 h/sett. (autorizzazione), 145 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		EDUCATORE/TECNICO DELLA RIABILITAZIONE/TERAPISTA OCCUPAZIONALE TEMPO LAVORO: 160 h/sett. (autorizzazione), 168 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
20	PSI.RG 8.0	<b>PERSONALE PREVISTO CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA S.R.P. 2.2 NUCLEO DA 10 POSTI LETTO</b>		
19		MEDICO PSICHIATRA TEMPO LAVORO: 7 h/sett. (autorizzazione), 9 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		INFERMIERE TEMPO LAVORO: 20 h/sett. (autorizzazione), 23 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		PSICOLOGO TEMPO LAVORO: 5 h/sett. (autorizzazione), 7 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
17		OSS TEMPO LAVORO: 80 h/sett. (autorizzazione), 84 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		EDUCATORE/TECNICO DELLA RIABILITAZIONE/TERAPISTA OCCUPAZIONALE TEMPO LAVORO: 95 h/sett. (autorizzazione), 98 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

21 01

88

*[Signature]*

8

8

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI GESTIONALI	RISULTANZE	NOTE
21	PSI.RG 9.0	<b>PERSONALE PREVISTO CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA S.R.P. 3 - 24 ORE</b>		
		INFERMIERE TEMPO LAVORO: 7 h/sett. (autorizzazione), 9 h/sett. (accreditamento)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
17		OSS TEMPO LAVORO: 45 h/sett. (autorizzazione), 50 h/sett. (accreditamento)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
21		EDUCATORE/TECNICO DELLA RIABILITAZIONE/TERAPISTA OCCUPAZIONALE TEMPO LAVORO: 26 h/sett. (autorizzazione), 28 h/sett. (accreditamento)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
22	PSI.RG 10.0	<b>PERSONALE PREVISTO CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA S.R.P. 3 - 12 ORE</b>		
		INFERMIERE TEMPO LAVORO: 7 h/sett. (autorizzazione), 9 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
17		OSS TEMPO LAVORO: 45 h/sett. (autorizzazione), 50 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		EDUCATORE/TECNICO DELLA RIABILITAZIONE/TERAPISTA OCCUPAZIONALE TEMPO LAVORO: 26 h/sett. (autorizzazione), 28 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
23	PSI.RG 11.0	<b>PERSONALE PREVISTO CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA S.R.P. 3 - FASCE ORARIE</b>		
		INFERMIERE TEMPO LAVORO: 3 h/sett. (autorizzazione), 5 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
17		OSS TEMPO LAVORO: 18 h/sett. (autorizzazione), 21 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		EDUCATORE/TECNICO DELLA RIABILITAZIONE/TERAPISTA OCCUPAZIONALE TEMPO LAVORO: 14 h/sett. (autorizzazione), 16 h/sett. (accreditamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RG 12.0	<b>REGISTRO PRESENZE/TIMBRATURE OPERATORI IN SERVIZIO</b>	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input checked="" type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	OGNI OPERATORE HA UNA SCHEDA MENSILE DOVE RIPORTA PER OGNI GIORNO LAVORATO ORA DI INGRESSO, ORA DI USCITA, ORE TOTALI E FIRMA PRESENZA
	PSI.RG 13.0	<b>COPIA PROGRAMMA TURNI DI LAVORO DEL PERSONALE</b>	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RG 14.0	<b>REGISTRO PER ADEGUATO PASSAGGIO CONSEGNE TRA OPERATORI</b>	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input checked="" type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	

ST 21 14/10/15

*[Signature]*

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI GESTIONALI	RISULTANZE	NOTE
	PSI.RG 15.0	ASSISTENZA MEDICA DI BASE (MMG)	<input type="checkbox"/> non prevista <input checked="" type="checkbox"/> prevista Registrazione passaggi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI FA RICOORSO AL MEDICO DI BASE DEGLI OSPITI
	PSI.RG 16.0	REGISTRO DELLE PRESENZE DEGLI ASSISTITI/OSPITI	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RG 17.0	PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO (PTRP)	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RG 17.1	Copia modello PTRP		
	PSI.RG 17.2	PTRP visionati a campione Sig./Sig.ra <u>A.L.</u> Sig./Sig.ra <u>G.D.</u> Sig./Sig.ra <u>M.F.</u> Sig./Sig.ra <u>R.G.</u> Sig./Sig.ra <u>A.L.</u>	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Buona	Sono STATI visionati i PTRP DEI 5 OSPITI
	PSI.RG 17.3	Aggiornamento del PTRP visionati	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RG 18.0	CARTELLE SANITARIE	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RG 18.1	Cartella clinica	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RG 18.2	Cartella infermieristica	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RG 19.0	SISTEMA DI QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RG 20.0	PIANO FORMATIVO DEL PERSONALE DELL'ANNO IN CORSO	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RG 21.0	PROGETTO DI GESTIONE DEL SERVIZIO (PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ) CON CADENZA TRIENNALE	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input checked="" type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	

51

88

*[Handwritten signature]*



LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI GESTIONALI	RISULTANZE	NOTE
	PSI.RG 22.0	PROTOCOLLO PER UNA CORRETTA GESTIONE DEI FARMACI	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RG 22.1	Adeguate conservazione dei farmaci	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RG 22.2	Presenza di farmaci scaduti	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PSI.RG 22.3	Protocollo relativo alla somministrazione/aiuto alla corretta assunzione dei farmaci	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RG 23.0	PROTOCOLLO INTERNO PER LA GESTIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI (INFEZIONI, PARASSITOSI E SCABBIA)	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RG 24.0	PROTOCOLLO PER LA CORRETTA GESTIONE DELLA BIANCHERIA SPORCA E PULITA E MODALITÀ DI LAVAGGIO	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RG 25.0	PROTOCOLLO PER LA PULIZIA E SANIFICAZIONE AMBIENTALE	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	
	PSI.RG 26.0	PROTOCOLLO PER LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SANITARI PRODOTTI NELLA STRUTTURA	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input checked="" type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro _____	

COMPILATORE/I (Cognome e Nome, Firma)  
TOSCANO PASQUALE

LUOGO E DATA POSSACCIO 8/11/2018

H PEP E D1 17

# LEGENDA

1	<p>In base al Decreto 19/3/2015 "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al Decreto 18/9/2002", Allegato II, Titolo IV, Capo I "Strutture, sia esistenti che di nuova costruzione, non soggette ai controlli dei Vigili del Fuoco ex all. I DPR n. 151/2011" le strutture sanitarie devono osservare i criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione delle emergenze di cui al DM 10/03/1998 e s.m.i. Pertanto, sulla base della validazione del rischio d'incendio, i criteri per la scelta delle principali misure di sicurezza antincendio sia di tipo strutturale ed impiantistico che di tipo organizzativo e gestionale, sono da attuare tenendo conto della specifica realtà. Le principali misure che devono essere affrontate riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accorgimenti finalizzati a prevenire gli incendi;</li> <li>- l'evacuazione delle persone presenti;</li> <li>- la segnalazione e l'allarme in caso di incendio;</li> <li>- l'estinzione dell'incendio;</li> <li>- il mantenimento in efficienza delle attrezzature e degli impianti antincendio;</li> <li>- l'informazione e la formazione dei lavoratori.</li> </ul>
2	<p>L'intento della norma è quello di garantire che la struttura che verrà accreditata risponda ai requisiti necessari a garantire:</p> <p>a) l'accessibilità e la sicurezza degli utenti sul piano strutturale (assenza di ostacoli fisici)</p> <p>b) che la disposizione e l'organizzazione degli ambienti e della segnaletica sia tale da evitare rischi derivanti dalla tipologia di pazienti ospitati</p> <p>c) la sicurezza degli operatori sui luoghi di lavoro.</p> <p>Rispetto ai punti a) e b) la relazione tecnica è finalizzata a descrivere la situazione attuale della struttura ed attestare che tali requisiti sussistano all'atto della richiesta di accreditamento ed è redatta dal responsabile tecnico e/o della sicurezza interno se previsto o da un professionista esterno iscritto agli appositi albi.</p> <p>Rispetto al punto c) la relazione è finalizzata ad attestare l'adempimento della struttura alle disposizioni di cui al D.Lgs n. 81/08 e s.m.i. ai fini dell'autocertificazione del datore di lavoro/legale rappresentante della struttura, ed è redatta dal responsabile interno della sicurezza (RSP) che può coincidere con il legale rappresentante della struttura; in tal caso assume la forma di autodichiarazione.</p>
3	<p>Le strutture SRP1 e 2.1 devono rispettare il requisito dell'accessibilità ai sensi del DPR 503/1995 e D.M. n. 236/1989</p>
4	<p>Le strutture SRP2.2 e SRP3 devono rispettare il requisito dell'adattabilità ai sensi del DPR 503/1995 e D.M. n. 236/1989</p> <p>Normativa di riferimento: D.M. 05.07.1975, D.C.R. n. 357-1370 del 28.01.1997, D.G.R. n. 63-12253 del 28.09.2009, D.G.R. n. 45-4248 del 30.07.2012 (in sostituzione della DGR 38/92), D.G.R. n. 29-3944 del 19.09.2016, D.G.R. 14-4590 del 23.01.2017, D.G.R. n. 29-3944 del 19.09.2016, D.G.R. n. 41-6886 del 18.05.2018</p> <p>In particolare, secondo le norme in materia edilizia (D.M. 05/07/1975) ogni appartamento deve essere dotato di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cucina o cucinino o angolo cottura;</li> <li>- soggiorno (mq 14 minimo);</li> <li>- camera da letto di 14 mq (se per 2 persone) oppure 9 mq (se per 1 sola persona);</li> <li>- bagno dotato di wc, lavabo, bidet, vasca o doccia;</li> <li>- una superficie abitabile complessiva di 14 mq per ognuno dei primi 4 abitanti e 10 mq per ognuno dei successivi.</li> </ul> <p>Nelle cucine, sopra i piani di cottura deve essere prevista una cappa aspirante collegata all'esterno; se manca, è possibile installare su un vetro o sulla parete esterna un elettoventilatore che porti fuori i vapori e gli odori di cucina e i gas di combustione. Le ventole giranti, con o senza cordicelle per la chiusura, non sono sufficienti. Nei locali cucine, soggiorni o camere, nei quali vi sia presenza di impianti a gas a fiamma libera (boiler, caldaie, forni, piani di cottura, ecc. compresi eventuali contatori) devono essere presenti fori di aereazione necessari a fornire il regolare ricambio dell'aria consumata per la combustione: almeno 100 cmq per il solo piano cottura; almeno 200 cmq se oltre il piano cottura vi sono altre apparecchiature. E' assolutamente vietato pemotolare in questi locali.</p> <p>Gli impianti a gas per il riscaldamento autonomo o per la produzione di acqua calda devono essere a norma, muniti di libretto di impianto e di dichiarazione di conformità.</p> <p>L'impianto elettrico deve essere dotato, a valle del contatore, di interruttore salvavita funzionante.</p> <p>Per ogni abitante deve essere assicurata una superficie abitabile non inferiore a mq. 14, per i primi 4 abitanti, ed a mq.10, per ciascuno dei successivi. Le stanze da letto debbono avere una superficie minima di mq. 9, se per una persona, e di mq. 14, se per due persone. Ogni alloggio deve essere dotato di una stanza di soggiorno di almeno mq 14. Le stanze da letto, il soggiorno e la cucina debbono essere provvisti di finestra apribile. (art. 2 D.M. 05/07/1975)</p>
5	