



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

Allegato A) alla Deliberazione N. _____ del _____
Composto da n. 17 pagine

133

15 FEBBRAIO 2019

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

VIGILANZA SULLE STRUTTURE PER ADULTI, AREA SALUTE MENTALE

Struttura sottoposta a vigilanza: **La Bitta - GAP - Gruppo appartamento psichiatria di Domodossola**

VERBALE SOPRALLUOGO n. 24 del 16 novembre 2018

Premesso che la Cooperativa La Bitta di Domodossola in data 11 dicembre 2017 aveva presentato Istanze di Autorizzazione all'esercizio e di Accreditamento per S.R.P. 2 livello 2 per un totale di 10 posti, acquisite al prot. ASL VCO rispettivamente n. 73789 del 11 dicembre 2017 (Autorizzazione) e n. 73820 del 12 dicembre 2017 (Accreditamento), la stessa Cooperativa con nota acquisita al prot. ASL n. 37232 del 19 giugno 2018, come previsto dalla DGR 41-6886 del 18 maggio 2018, ha modificato le istanze formulate nel mese di dicembre 2017 presentando nuove istanze di Autorizzazione all'esercizio e di Accreditamento per 2 tipologie di Strutture, ciascuna di 5 posti letto: S.R.P.3 H24 e S.R.P.2 Livello 2,

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:

NOMINATIVI	QUALIFICA
Dott. Pasquale Toscano	Presidente della Commissione, Direttore SOS Gestione Ospedale San Biagio
Dott.ssa Silvia Caselli	Dirigente Medico Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Dott. Angelo Mazza	Direttore f.f. 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



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

in data 16 novembre 2018 dalle ore 09.15 alle ore 13.15 ha effettuato sopralluogo presso il **GAP - Gruppo appartamento psichiatria di Domodossola**, in Via Italia n. 17, 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 **S.R.P. 3 - H24** come disciplinato dalla DGR 19 settembre 2016 n. 29-3944 e s.m.i..

Per la struttura erano presenti:

- Sig.ra Villa Sara, Legale Rappresentante di La Bitta Società Cooperativa Sociale Onlus con sede a Domodossola, Via dell'Artigianato 13 – Nata a Domodossola il 05.10.1978
- Sig.ra Valterio Simonetta, Direttore della Cooperativa La Bitta, nata a Domodossola il 04.10.1970
- Sig.ra Veronesi Jennifer, Educatrice Coordinatrice della struttura, nata a Verbania il 29.11.1973

GENERALITA' DELLA STRUTTURA

Denominazione attuale: GAP - Gruppo Appartamento psichiatria Domodossola codice STS11

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

Indirizzo: Via Italia, n. 17 Domodossola (VB), 28845

Telefono: 0324/570024 **Fax:** 0324/480191

Email: gap.domodossola@gmail.com

PEC: cooplabitta@legalmail.it

Legale rappresentante: Sara Villa, nata a Domodossola il 05.10.1978

Soggetto gestore: La Bitta Società Cooperativa Sociale Onlus

AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO: Richiesta in corso

ACCREDITAMENTO: Richiesta in corso

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



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

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 alle istanze, 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 sulla base del sopralluogo effettuato in struttura non ha prescrizioni da impartire, si riserva comunque di esaminare nel dettaglio in seduta successiva la documentazione presentata ed acquisita nel corso dell'odierna visita ispettiva per valutare se la struttura possiede i requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio quale Struttura Residenziale Psichiatrica per Interventi Socio riabilitativi S.R.P.3 H24, 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 H 24 (come disciplinato dalla DGR 19 settembre 2016 n. 29-3944 e s.m.i.).

Il sopralluogo si conclude alle ore 13.15.

Domodossola, 16 novembre 2018

I componenti:

NOMINATIVI	
Dott.ssa Silvia Caselli	Firmato in originale
Dott. Angelo Mazza	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 Sara Villa

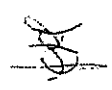
Firmato in originale

LA BITTA DOKO DOGROCA

DENOMINAZIONE STRUTTURA		ALLEGATO A VERBALE n. <u>24</u> del <u>16/11/2018</u>	
LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANITARIA	RISULTANZE
	PSI.RS 1.0	Certificato di abitabilità/agibilità ☐ 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; <i>oppure</i> ☒ I locali sono agibili in quanto è stata presentata domanda di agibilità per uso <u>RESIDENZIALE</u> al Comune di _____ La domanda è stata registrata al protocollo comunale al n. _____ in data _____ ed il provvedimento di agibilità si è formato per silenzio assenso. Non sono state effettuate successive modifiche ai locali; <i>oppure</i> ☐ 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.	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____
1	PSI.RS 2.0	Certificato di Prevenzione Incendi (CPI)/SCIA/Rinnovo ☐ è stato rilasciato in data _____ certificato di prevenzione incendi dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco con scadenza in data _____ <i>oppure</i> ☐ è stata fatta segnalazione certificata di Inizio attività ai sensi del D.P.R. n. 151/2011 con riferimento prot. VV.FF. n. _____ del _____ <i>oppure</i> ☒ 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 In tal caso: ☒ 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	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____
	PSI.RS 3.0	Certificati di conformità degli impianti (D.M. n. 37/2008)	
	PSI.RS 3.1	☒ Impianto elettrico ☒ Impianto idrico-sanitario ☒ Impianto termico ☐ Altro _____ ☐ Altro _____	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____

All ok

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANITARIA	RISULTANZE	NOTE
	PSI.RS 3.2	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: ☐ 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: ☐ impianto elettrico ☐ Impianto riscaldamento ☐ Impianto climatizzazione e condizionamento ☐ Impianto ascensori, montacarichi, scale mobili ☐ impianto protezione antincendio ☐ Impianto idrico-sanitario ☐ Impianto gas ☐ altro _____ ☐ altro _____ oppure ☐ 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	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☐ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	NON APPLICABILE
	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)	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	
	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 DLgs 81/2008 e s.m.i (titolo II all. 4)	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	
	PSI.RS 5.0	Autorizzazione sanitaria per preparazione/somministrazione alimenti o notifica ex art. 6 Reg. CE n. 852/2004		


LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANITARIA	RISULTANZE	NOTE
		SE I PASTI VENGONO PREPARATI IN SEDE: ☐ è esercitata l'attività di ristorazione collettiva-assistenziale, come da _____ rilasciata in data _____ da _____ al Sig. _____ (Indicare gli estremi dell'autorizzazione o DIA o SCIA) ☐ i locali e l'autorizzazione non hanno subito successive modifiche <i>oppure</i> ☐ 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> ☐ è stata presentata segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) prot. _____ in data _____ della gestione del servizio di somministrazione di alimenti e bevande <i>oppure</i> ☒ 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) SE CI SI AVVALE DI UN SERVIZIO CATERING: ☐ che la ristorazione è garantita per il tramite della ditta _____, sede legale _____ prov. _____ da _____ al Sig. _____, come da _____ rilasciata in data _____ da _____ al Sig. _____ (Indicare gli estremi dell'autorizzazione o DIA o SCIA)	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☐ acquisita ☐ visionata ☒ altro _____	
	PSI.RS 6.0	Tabella dietetica approvata dai servizi competenti dell'ASL	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☐ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	NON APPLICABILE TRATTANDO SI DI ATTIVITA' PARAGONABILE A PREPARAZIONE FAMILIARE
	PSI.RS 7.0	Arredi	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☐ Sufficiente ☒ Buona	
	PSI.RS 7.1	Razionalità	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☐ Sufficiente ☒ Buona	
	PSI.RS 7.2	Comodità d'uso	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☐ Sufficiente ☒ Buona	
	PSI.RS 7.3	Manutenzione	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☐ Sufficiente ☒ Buona	

[Signature]

[Signature]

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANITARIA	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 ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	
	PSI.RS 9.0	Tabella di verifica degli standard strutturali	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	
	PSI.RS 10.0	Dichiarazione in materia di superamento delle barriere architettoniche		
3		SRP1 e SRP2.1	VALUTAZIONE ☐ Accessibile ☐ Visitabile ☐ Adattabile	
4		SRP2.2	VALUTAZIONE ☐ Accessibile ☐ Visitabile ☐ Adattabile	
4		SRP3	VALUTAZIONE ☒ Accessibile ☐ Visitabile ☐ Adattabile	
		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: ☐ si allega dichiarazione di conformità, sottoscritta da tecnico abilitato, alla normativa in materia di superamento delle barriere architettoniche	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☐ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	
5		REQUISITI STRUTTURALI		
6	PSI.RS 11.0	Requisiti strutturali delle SRP1 e SRP2 livello 1 TIPOLOGIA ☐ SRP1 ☐ SRP2.1		
	PSI.RS 11.1	POSTI LETTO	INDICARE n. p. l. per modulo _____ totali _____	
		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)	☐ SI ☐ NO	
		n. camere da n. 1 ospite/camera (almeno il 10% del totale) (da 12 mq)	☐ SI ☐ NO	
		n. camere di n. 2 ospiti/camera (da 18 mq)	☐ SI ☐ NO	
		n. camere di n. 3 ospiti/camera (da 26 mq)	☐ SI ☐ NO	
		1 servizio igienico accessibile ogni 2 posti letto	☐ SI ☐ NO	

[Handwritten signature]

8

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANITARIA	RISULTANZE	NOTE
	PSI.RS 11.2	SERVIZI DI NUCLEO	☐ SI ☐ NO	
		Soggiorno (destinato ad attività riabilitativa)		
		Bagno assistito (con la sola predisposizione impiantistica necessaria per la convertibilità strutturale, a disposizione per la pronta accoglienza)	☐ SI ☐ NO	
		Locale del personale/infermeria e relativo servizio igienico	☐ SI ☐ NO	
		Deposito Biancheria pulita/armadio	☐ SI ☐ NO	
		Deposito Biancheria sporca	☐ SI ☐ NO	
	PSI.RS 11.3	SERVIZI SANITARI	☐ SI ☐ NO	
		Ambulatorio/attività occupazionali e terapie		
	PSI.RS 11.4	SERVIZI COLLETTIVI		
		Soggiorno e pranzo	☐ SI ☐ NO	
		Locale per attività terapeutica di gruppo	☐ SI ☐ NO	
		Servizi igienici collettivi (uno accessibile per ogni livello della struttura)	☐ SI ☐ NO	
	PSI.RS 11.5	SERVIZI GENERALI		
7		Cucina e dispensa	☐ SI ☐ NO	
7		Lavanderia/stireria	☐ SI ☐ 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)	☐ SI ☐ NO	
		n. camere da n. 2 ospiti/camera (di almeno 14 mq)	☐ SI ☐ 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)	☐ SI ☐ NO	
		Il bagno direttamente comunicante con soggiorno, angolo cottura, cucina, è disimpegnato con un locale antibagno	☐ SI ☐ 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)	☐ SI ☐ NO	
		Locale per terapie/ambulatorio/colloqui (per le strutture 5+5 contigue è sufficiente un solo locale)	☐ SI ☐ NO	
		Infermeria (eventuale)	☐ SI ☐ NO	
	PSI.RS 12.4	SERVIZI COLLETTIVI		
		Soggiorno	☐ SI ☐ NO	
		Pranzo	☐ SI ☐ NO	

P

ce

9

DDU P4

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)	☐ SI ☐ 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)	☐ SI ☐ 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.	☐ SI ☐ NO	
		Lavanderia (eventuale)	☐ SI ☐ NO	
10	PSI.RS 13.0	Requisiti strutturali delle SRP3 TIPOLOGIA ☒ SRP3 24H ☐ SRP3 12H ☐ 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)	☒ SI ☐ NO	
11		Struttura derivante da ex SRP2.1 o 2.2 (per la SRP3 24h)	☐ SI ☒ NO	N. 1
		n. camere da n. 1 ospite/camera (di almeno 9 mq)	☒ SI ☐ NO	N. 2
		n. camere da n. 2 ospiti/camera (di almeno 14 mq)	☒ SI ☐ NO	
		n. camere da n. 3 ospiti/camera (di almeno 20 mq)	☐ SI ☒ 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)	☒ SI ☐ NO	
		Il bagno direttamente comunicante con soggiorno, angolo cottura, cucina, è disimpegnato con un locale antibagno	☒ SI ☐ NO	
		Presenza di almeno un servizio igienico adattabile, secondo quanto previsto ex art. 23 c. 4 D.P.R. n. 503/1996	☒ SI ☐ NO	SERVIZIO IGIENICO CIA' PREVISTO
	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)	☒ SI ☐ NO	
		Infermeria (eventuale)	☐ SI ☒ NO	
	PSI.RS 13.4	SERVIZI COLLETTIVI		
		Soggiorno.	☒ SI ☐ NO	
		Pranzo	☒ SI ☐ NO	
		Rapporto di superficie tra nucleo abitativo e servizi collettivi e generali non inferiore a 1/1	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RS 13.5	SERVIZI GENERALI		
		Cucina (per strutture 5+5 contigue è sufficiente un solo locale)	☒ SI ☐ NO	

du 11/11

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)	☒ SI ☐ 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	☒ SI ☐ NO	
		Lavanderia (eventuale)	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RS 14.0	REQUISITI IGIENICO SANITARI		ACQUISITO SCHEMI DI GESTIONE PULIZIA AMBIENTI
	PSI.RS 14.1	Pulizia ambienti	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☐ Sufficiente ☒ Buona	
	PSI.RS 14.2	Cambio biancheria	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☐ Sufficiente ☒ Buona	
	PSI.RS 14.3	Manutenzione abbigliamento	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☐ Sufficiente ☒ Buona	
	PSI.RS 14.4	Igiene locali personale	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☐ Sufficiente ☒ Buona	
	PSI.RS 14.5	Igiene locali collettivi	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☒ Sufficiente ☐ Buona	
	PSI.RS 14.6	Igiene del personale	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☐ Sufficiente ☒ Buona	
	PSI.RS 14.7	Igiene dispense e cucina	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☐ Sufficiente ☒ Buona	
	PSI.RS 14.8	Igiene servizi igienici	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☐ Sufficiente ☒ Buona	
	PSI.RS 14.9	Igiene alimenti	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☐ Sufficiente ☒ Buona	

Alu. 677

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI E DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANITARIA	RISULTANZE	NOTE
	PSI.RS 15.0	ULTERIORI REQUISITI		
	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 2%, misurato a mi. 0,90 dal pavimento (D.M. 05.07.75)	☒ SI ☐ 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	☒ SI ☐ NO	
12	PSI.RS 15.3	Presenza di congruo numero di estintori (almeno uno) collocati in posizione facilmente visibile e accessibile	☒ SI ☐ NO	ESTINTORI VERIFICATI IN DATA 08.10.18
	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	☒ SI ☐ 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	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RS 15.6	L'impianto elettrico è dotato a valle del contatore di interruttore magnetotermico differenziale (salvavita)	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RS 15.7	Presenza di scale con pedata antisdrucciolo	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RS 15.8	Presenza di regolare parapetto di ev. aperture su pianerottoli (h min. 100 cm.)	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RS 15.9	Presenza di regolare ringhiera (h min. 100 cm.)	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RS 15.10	Spazio regolare tra le aste della ringhiera (max 10 cm)	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RS 15.11	Presenza di aste orizzontali con possibilità di scalabilità	☐ SI ☒ NO	
	PSI.RS 15.12	Presenza porte interne con vetri	☐ SI ☒ NO	
	PSI.RS 15.13	Presenza di serramenti interni ed esterni con vetri di sicurezza	☒ SI ☐ NO	CERTIFICAZIONE DI SICUREZZA DITTA DUGHERA
	PSI.RS 15.14	Presenza di vetri monolitici con pellicola almeno fino ad altezza pari a 180 cm con posa certificata da un installatore	☒ SI ☐ 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.)	☐ SI ☒ NO	
	PSI.RS 15.16	Rubinetti con miscelatore acqua calda sanitaria	☒ SI ☐ 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)	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RS 16.0	VALUTAZIONE DEL RISCHIO ED EV. PROTOCOLLO INTERNO PER LA GESTIONE DEGLI IMPIANTI IDRICI PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DA LEGIONELLA	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro	

12

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 ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	
	PSI.RG 1.2	Certificato di iscrizione Camera di Commercio	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	
	PSI.RG 2.0	REGOLAMENTO INTERNO DI FUNZIONAMENTO DELLA STRUTTURA	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	
	PSI.RG 3.0	CONTRATTO DI OSPITALITÀ	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	
	PSI.RG 4.0	CARTA DEI SERVIZI	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	
	PSI.RG 5.0	REGISTRO DEL PERSONALE CON VERIFICA MANSIONI, RESPONSABILITÀ, MONTE ORE E TITOLI	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	

[Handwritten signature]

[Handwritten signature] 13

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

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

MM 104

19

20

24

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI GESTIONALI	RISULTANZE	NOTE
21	PSI.RG 9.0	PERSONALE PREVISTO CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA S.R.P. 3 - 24 ORE		NUCLEO DA 5 ASSISTENTI
		INFERMIERE TEMPO LAVORO: 7 h/sett. (autorizzazione), 9 h/sett. (accreditamento)	☒ SI ☐ NO	
17 21		OSS TEMPO LAVORO: 45 h/sett. (autorizzazione), 50 h/sett. (accreditamento)	☒ SI ☐ NO	
21		EDUCATORE/TECNICO DELLA RIABILITAZIONE/TERAPISTA OCCUPAZIONALE TEMPO LAVORO: 26 h/sett. (autorizzazione), 28 h/sett. (accreditamento)	☒ SI ☐ NO	
22	PSI.RG 10.0	PERSONALE PREVISTO CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA S.R.P. 3 - 12 ORE		
		INFERMIERE TEMPO LAVORO: 7 h/sett. (autorizzazione), 9 h/sett. (accreditamento)	☐ SI ☐ NO	
17		OSS TEMPO LAVORO: 45 h/sett. (autorizzazione), 50 h/sett. (accreditamento)	☐ SI ☐ NO	
		EDUCATORE/TECNICO DELLA RIABILITAZIONE/TERAPISTA OCCUPAZIONALE TEMPO LAVORO: 26 h/sett. (autorizzazione), 28 h/sett. (accreditamento)	☐ SI ☐ NO	
23	PSI.RG 11.0	PERSONALE PREVISTO CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA S.R.P. 3 - FASCE ORARIE		
		INFERMIERE TEMPO LAVORO: 3 h/sett. (autorizzazione), 5 h/sett. (accreditamento)	☐ SI ☐ NO	
17		OSS TEMPO LAVORO: 18 h/sett. (autorizzazione), 21 h/sett. (accreditamento)	☐ SI ☐ NO	
		EDUCATORE/TECNICO DELLA RIABILITAZIONE/TERAPISTA OCCUPAZIONALE TEMPO LAVORO: 14 h/sett. (autorizzazione), 16 h/sett. (accreditamento)	☐ SI ☐ NO	
	PSI.RG 12.0	REGISTRO PRESENZE/TIMBRATURE OPERATORI IN SERVIZIO	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☐ acquisita ☒ visionata ☐ altro _____	IL CALCOLO COMPLESSIVO DEI DEI TURNI DI LAVORO E' PREVISTO QU ENTRAMBE LE STRUTTURE OPERATE NELLO STESSO EDIFICIO
	PSI.RG 13.0	COPIA PROGRAMMA TURNI DI LAVORO DEL PERSONALE	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☐ acquisita ☒ visionata ☐ altro _____	
	PSI.RG 14.0	REGISTRO PER ADEGUATO PASSAGGIO CONSEGNE TRA OPERATORI	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☐ acquisita ☒ visionata ☐ altro _____	

FA

LEG.	CODICE	PSICHIATRIA - CHECK LIST REQUISITI GESTIONALI	RISULTANZE	NOTE
	PSI.RG 15.0	ASSISTENZA MEDICA DI BASE (MMG)	☐ non prevista ☒ prevista Registrazione passaggi ☐ SI ☐ NO	
	PSI.RG 16.0	REGISTRO DELLE PRESENZE DEGLI ASSISTITI/OSPITI	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RG 17.0	PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO (PTRP)		
	PSI.RG 17.1	Copia modello PTRP	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	
	PSI.RG 17.2	PTRP visionati a campione Sig./Sig.ra <u>P. V.</u> Sig./Sig.ra <u>P. V.</u> Sig./Sig.ra <u>O. V.</u> Sig./Sig.ra <u>P. V.</u> Sig./Sig.ra <u>P. V.</u>	VALUTAZIONE ☐ Insufficiente ☐ Sufficiente ☒ Buona	
	PSI.RG 17.3	Aggiornamento del PTRP visionati	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RG 18.0	CARTELLE SANITARIE		
	PSI.RG 18.1	Cartella clinica	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RG 18.2	Cartella infermieristica	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RG 19.0	SISTEMA DI QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE	☒ SI ☐ NO	
	PSI.RG 20.0	PIANO FORMATIVO DEL PERSONALE DELL'ANNO IN CORSO	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	
	PSI.RG 21.0	PROGETTO DI GESTIONE DEL SERVIZIO (PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ) CON CADENZA TRIENNALE	DOCUMENTAZIONE ☐ agli atti ☐ richiesta ☒ acquisita ☐ visionata ☐ altro _____	

[Handwritten signature]

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

LUOGO E DATA

Donatella, 16/10/2018

COMPILATORE/I (Cognome e Nome, Firma)

DOTT. PASQUALE TOSCANO