

Codice A2204A

D.D. 30 dicembre 2024, n. 1888

**D.G.R. 22 dicembre 2020, n. 7-2645 e s.m.i. - Approvazione definitiva delle check list degli elementi specifici oggetto di controllo dei presidi per anziani (RSA, RA, RAA, CDI e CDDCI) e del modello di verbale.**



**ATTO DD 1888/A2204A/2024**

**DEL 30/12/2024**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

**A22000 - WELFARE**

**A2204A - Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e qualità**

**OGGETTO:** D.G.R. 22 dicembre 2020, n. 7-2645 e s.m.i. – Approvazione definitiva delle check list degli elementi specifici oggetto di controllo dei presidi per anziani (RSA, RA, RAA, CDI e CDDCI) e del modello di verbale.

Premesso che:

- con Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2020, n. 7-2645 sono stati aggiornati gli indirizzi per l'esercizio delle funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative di cui all'art. 26 comma 1 della L.R. 1/2004 e s.m.i.;
- con Deliberazione della Giunta Regionale 16 ottobre 2023, n. 24-7566 sono state apportate modifiche e integrazioni alla DGR suddetta, prevedendo tra l'altro:
  - a. l'approvazione delle check list degli elementi specifici oggetto di controllo per tipologie di presidio/utenza e per categorie di requisiti di autorizzazione e di accreditamento e dei modelli base che gli enti vigilanti dovranno utilizzare per l'attività di vigilanza, entro il 30.11.2023;
  - b. che le Commissioni di vigilanza utilizzino le suddette check list inizialmente in fase sperimentale, al fine di poter eventualmente apportare modifiche e integrazioni alle stesse antecedentemente all'applicazione complessiva della nuova disciplina introdotta con la DGR 7-2645/2020;
- con Determinazione Dirigenziale n. 145/A22000/2024 del 05/02/2024 sono state approvate le check list (allegati A, B e C) degli elementi specifici strutturali e organizzativi/gestionali oggetto di controllo, contenenti i requisiti sia di autorizzazione sia di accreditamento, inerente i presidi per anziani di tipologia RSA, RA, RAA, CDI e CDDCI, nonché il modello base contenente gli elementi essenziali da prevedere nel verbale di sopralluogo (Allegato D).

Dato atto che, a seguito della sperimentazione delle check list, così come prevista dagli atti suddetti, gli elementi specifici delle stesse e gli aspetti critici inerenti la loro applicazione, nonché le

osservazioni pervenute da parte di alcuni gestori di presidi per anziani, sono stati esaminati e valutati in periodiche riunioni effettuate con i componenti delle Commissioni di Vigilanza delle AASSLL.

Considerato che dalle riunioni suddette è emerso quanto segue:

- le check list risultano essere un importante strumento di lavoro e un utile riferimento normativo, essendo riportati nelle stesse non solo i singoli aspetti ma anche i requisiti che devono possedere, derivanti dalle norme e dalle eventuali precisazioni successivamente intervenute, nonché le declinazioni delle fattispecie relative all'elemento;
- tuttavia, per le motivazioni suddette, risultano essere molto corpose e quindi di difficile applicazione pratica nel corso del sopralluogo per l'intero scenario di controllo ivi contenuto, col rischio, tra l'altro, di sviare l'attenzione verso elementi meno rilevanti a scapito di situazioni maggiormente critiche;
- risulta necessario, pertanto, specificare le modalità di utilizzo delle check list in relazione alla valutazione o meno di alcuni aspetti in esse contenuti, nonché all'eventuale necessità di approfondimento di altri, a supporto e/o chiarimento di situazioni oggettive che a discrezione del valutatore risultano critiche;
- è opportuno che l'attività di vigilanza in loco sia maggiormente rivolta verso indicatori di manutenzione e controllo periodico, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti tecnici, rispetto a meri aspetti di certificazione che, pur essendo necessari, possono talvolta indurre a validare situazioni formalmente corrette ma che non sono garanzia di sicurezza e buona gestione manutentiva e organizzativa;
- è necessario fare un passo ulteriore per arricchire i sistemi di vigilanza attualmente in uso - per lo più orientati al monitoraggio di aspetti gestionali e organizzativi delle strutture - con appropriati indicatori di processo e di esito della qualità dell'assistenza effettivamente prestata, tenuto conto del cambiamento profondo del 'profilo' della persona assistita in RSA, le cui condizioni di bisogno assistenziale si sono modificate radicalmente in questi ultimi anni.

Considerato, altresì, che la check list:

- è da ritenersi uno strumento di lavoro condiviso, utile anche per responsabilizzare ed aiutare gli operatori a conoscere meglio la struttura dove operano, in un'ottica generale di miglioramento, anche ai fini di prevenire eventuali emergenze;
- è un elenco di attività da mettere in atto e/o da verificare, e strumento di lavoro dedicato a garantire attenzione, scrupolosità e una metodologia in fase ispettiva efficiente ed efficace, riducendo il rischio di errore e/o di dimenticanze, di inadeguatezze o malfunzionamenti forieri di eventi avversi;
- fatti salvi gli obblighi di legge, è composta da elementi di controllo che vanno commisurati alla specifica realtà di ciascuna struttura, considerato che, accanto alle caratteristiche che li accomunano, i presidi possono differire tra loro per diversi aspetti, a cominciare dalle dimensioni, che influiscono significativamente sulla complessità organizzativa.

Rilevato che:

- controllare la presenza e il mantenimento di requisiti definiti dalla normativa per l'esercizio delle attività socio-sanitarie e socio-assistenziali e verificare l'adeguamento agli standard di accreditamento comporta un primo livello di accertamento in relazione agli indicatori stabiliti, e un successivo livello di verifica volto alla rilevazione, verifica e promozione della qualità;
- il sopralluogo di vigilanza è una procedura di verifica in cui si sovrappongono, intrecciandosi, diversi piani d'intervento con prevalente attenzione alle dinamiche relazionali, coniugando l'azione di controllo con quella di aiuto;
- a tal fine è utile la predisposizione di strumenti di rilevazione omogenei per tutte le Commissioni di Vigilanza delle AASSLL, che definiscano e rendano evidente ai gestori, in base al principio di

trasparenza, le modalità dello svolgimento dell'azione, condividendo in tal modo un linguaggio comune.

Ritenuto, pertanto, di individuare per i presidi per anziani di tipologia RSA, RA, RAA, CDI e CDDCI:

- una check list degli elementi necessari per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento, utile alla creazione, ed integrazione anche in remoto, di un fascicolo nominativo per la struttura con possibilità di archivio di documentazione tecnica non soggetta a rinnovi in caso di mancanza di modifiche dell'esistente, suddivisi in:
  - requisiti strutturali, documentazione tecnica e igienico-sanitaria, così come previsti nell'allegato A, parte integrante e sostanziale della presente determinazione;
  - requisiti gestionali e organizzativi, così come previsti nell'allegato B, parte integrante e sostanziale della presente determinazione;
- una check list degli elementi, anche relativi all'accreditamento, che possono essere oggetto di controllo e valutazione durante il sopralluogo, suddivisi in:
  - requisiti strutturali, documentazione tecnica e igienico-sanitaria, così come previsti nell'allegato C, parte integrante e sostanziale della presente determinazione,
  - requisiti gestionali e organizzativi, così come previsti nell'allegato D, parte integrante e sostanziale della presente determinazione,
  - requisiti di qualità, così come previsti nell'allegato E, parte integrante e sostanziale della presente determinazione.

Ritenuto, altresì, necessario specificare che:

- la check list contempla alcuni aspetti documentali di competenza di specifici organi di controllo (S.Pre.S.A.L, VVF, ecc.), ma prescinde dalla verifica nel merito; fermo restando l'opportunità di segnalazione delle eventuali criticità alle istituzioni di riferimento per l'espletamento delle legittime funzioni;
- non necessariamente dovranno essere esaminati tutti gli elementi previsti nelle check list durante la visita ispettiva, restando nella discrezionalità della Commissione l'approfondimento valutativo di indicatori verificabili in funzione degli obiettivi del sopralluogo;
- le check list non sono esaustive di tutti gli indicatori tesi all'attività ispettiva, e rimane nella facoltà della Commissione di Vigilanza l'eventuale verifica di aspetti non inclusi nell'elenco;
- in ogni caso, tutta la documentazione prevista nelle check list dovrà essere presente in struttura e resa disponibile alla Commissione di Vigilanza durante la visita ispettiva.

Ritenuta, altresì, necessaria la revisione del modello base contenente gli elementi essenziali del verbale di sopralluogo, di cui all'allegato F, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, prevedendo che dovrà riportare gli aspetti oggetto di controllo, in maniera descrittiva e/o mediante check list eventualmente semplificata al caso specifico.

Precisato, inoltre, che:

- i contenuti del verbale di sopralluogo, compilato in loco, potranno essere oggetto di successiva integrazione nella fase istruttoria con puntuale richiamo nella relazione conclusiva;
- gli elementi contenuti nelle check list potranno essere valutati in qualsiasi fase del procedimento e non solo in sede di sopralluogo;
- le check list non sostituiscono né il verbale né l'eventuale relazione conclusiva.

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto in conformità ai sensi della DGR n. 8-8111 del 25 gennaio 2024.

Tutto ciò premesso

## IL DIRIGENTE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- D.Lgs. 30.03.2001, n. 165 e s.m.i.;
- L.R. 28.7.2008, n. 23 e s.m.i.;
- L.R. 08.01.2004, n. 1 e s.m.i.;
- DGR 22 dicembre 2020, n. 7-2645;
- DGR 16 ottobre 2023, n. 24-7566;
- DGR 18.12.2023, n. 28-7934;

### *determina*

- di approvare, per i presidi per anziani di tipologia RSA, RA, RAA, CDI e CDDCI:

1. la check list degli elementi necessari per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento, suddivisi in:

- requisiti strutturali, documentazione tecnica e igienico-sanitaria, così come previsti nell'allegato A, parte integrante e sostanziale della presente determinazione;
- requisiti gestionali e organizzativi, così come previsti nell'allegato B, parte integrante e sostanziale della presente determinazione;

2. la check list degli elementi, anche relativi all'accreditamento, che possono essere oggetto di controllo e valutazione durante il sopralluogo, suddivisi in:

- requisiti strutturali, documentazione tecnica e igienico-sanitaria, così come previsti nell'allegato C, parte integrante e sostanziale della presente determinazione,
- requisiti gestionali e organizzativi, così come previsti nell'allegato D, parte integrante e sostanziale della presente determinazione,
- requisiti di qualità, così come previsti nell'allegato E, parte integrante e sostanziale della presente determinazione;

3. il modello base contenente gli elementi essenziali da prevedere nel verbale di sopralluogo, di cui all'Allegato F parte integrante e sostanziale della presente determinazione;

- di stabilire che:

1. gli aspetti documentali previsti nelle check list, in quanto obblighi di legge, ma di competenza di specifici organi di controllo (S.Pre.S.A.L, VVF, ecc.) non sono oggetto di puntuale valutazione nel merito da parte della Commissione di Vigilanza; qualora se ne ravvisi la necessità dovrà essere informato l'organo competente per gli opportuni controlli;
2. non necessariamente dovranno essere esaminati tutti gli elementi previsti nelle check list durante la visita ispettiva, restando nella discrezionalità della Commissione la valutazione e l'approfondimento, in base alle risultanze del sopralluogo, delle voci di controllo;
3. le check list non sono esaustive di tutti gli indicatori tesi all'attività ispettiva, e rimane nella facoltà della Commissione di Vigilanza l'eventuale verifica di aspetti non inclusi nell'elenco;
4. tutta la documentazione prevista nelle check list dovrà essere presente in struttura e resa

- disponibile alla Commissione di Vigilanza durante la visita ispettiva;
5. i contenuti del verbale di sopralluogo, compilato in loco, potranno essere oggetto di successiva integrazione nella fase istruttoria con puntuale richiamo nella relazione conclusiva;
  6. gli elementi contenuti nelle check list potranno essere valutati in qualsiasi fase del procedimento e non solo in sede di sopralluogo;
  7. le check list non sostituiscono né il verbale né l'eventuale relazione conclusiva.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice Civile.

La presente determinazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della l.r. 22/2010.

IL DIRIGENTE (A2204A - Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e qualità)  
Firmato digitalmente da Marco Musso

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire <sup>1</sup>, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. Check\_list\_RSA\_fascicolotecnico-allA.pdf
2. Check\_list\_RSA\_fascicolotecnico-allB.pdf
3. Check\_list\_RSA\_XSOPRALL-RS-allC.pdf
4. Check\_list\_RSA\_XSOPRALL-RG-allD.pdf
5. Check\_list\_RSA\_XSOPRALL-RA-allE.pdf
6. Allegato\_F\_Modello\_Verbale\_def.pdf



Allegato

---

<sup>1</sup> L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

**ALLEGATO A**

CODICE	RSA - CHECK LIST REQUISITI STRUTTURALI - DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANITARIA (PER AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO/ FASCICOLO TECNICO)	RISULTANZE	NOTE
RSA.RS 1.0	<b>TITOLARITA' IMMOBILE</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 2.0	<b>AGIBILITÀ</b>		
RSA.RS 2.1	Documentazione (barrare una delle opzioni):  <input type="checkbox"/> Certificato di agibilità dei locali rilasciato dal Comune di _____ per uso _____ e non sono state effettuate successive modifiche ai locali. <input type="checkbox"/> Domanda di agibilità per uso _____ 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.  <input type="checkbox"/> Segnalazione Certificata per l'Agibilità per uso _____ presentata al Comune/SUAP di _____. La SCIA è stata registrata al protocollo comunale al n. _____ in data _____. Non sono state effettuate successive modifiche ai locali. <input type="checkbox"/> Non è in possesso dell'agibilità ma è possibile depositare l'attestazione asseverata di agibilità dell'immobile e/o porzione dell'immobile poiché in possesso di tutte le certificazioni necessarie; <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 (ex D.M. n. 37/2008), nonché di stabilità in situazioni normali ed eccezionali, in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti. senza la necessità di interventi/lavori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta con dichiarazione di impegno del gestore a comunicare l'ev. esito negativo/prescrittivo da parte dell'organismo competente <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> altro	

RSA.RS 2.1	<p>Documentazione (barrare una delle opzioni):</p> <p><input type="checkbox"/> Dichiarazione di fine lavori protocollata dal Comune (solo per edifici esistenti, ove l'intervento di modifica strutturale non richieda nuova agibilità)</p>		
RSA.RS 1.2	<p>Deroga per uso di locali con altezza netta inferiore alle norme (ex. art. 63 D.Lgs 81/08)</p>	<p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOCUMENTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> agli atti</p> <p><input type="checkbox"/> richiesta</p> <p><input type="checkbox"/> acquisita</p> <p><input type="checkbox"/> altro</p>	
RSA.RS 2.3	<p>Deroga per uso di locali interrati e seminterrati (ex. art. 65 D.Lgs 81/08)</p>	<p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOCUMENTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> agli atti</p> <p><input type="checkbox"/> richiesta</p> <p><input type="checkbox"/> acquisita</p> <p><input type="checkbox"/> altro</p>	
RSA.RS 2.4	<p>Documentazione attestante il corretto rapporto di aero/illuminazione rispetto alla superficie dei singoli locali</p>	<p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOCUMENTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> agli atti</p> <p><input type="checkbox"/> richiesta</p> <p><input type="checkbox"/> acquisita</p> <p><input type="checkbox"/> altro</p>	

RSA.RS 2.5	Dichiarazione di lavabilità di smalti e pitture	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 3.0	<b>ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE</b>		
RSA.RS 3.1	Relazione tecnica sulla accessibilità e superamento delle barriere architettoniche corredata delle planimetrie con i percorsi esterni di accesso alla struttura	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 4.0	<b>PROTEZIONE ANTINCENDIO</b>		
RSA.RS 4.1	Documentazione prevenzione incendi (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> Ricevuta SCIA antincendio (ex art. 4 D.P.R. n. 151/2011) rilasciata dal Comando dei Vigili del Fuoco (solo per cat. C all. 1 D.P.R. n. 151/2011: con dichiarazione di impegno a comunicare l'esito dell'istruttoria dei Vigili del Fuoco) <input type="checkbox"/> CPI (solo per cat. C all. 1 D.P.R. n. 151/2011) <input type="checkbox"/> Ricevuta rilasciata dal Comando dei Vigili del Fuoco della richiesta di rinnovo periodico di conformità antincendio (ex art. 5 D.P.R. n. 151/2011) (periodicità 5 anni dalla data di presentazione della prima SCIA) <input type="checkbox"/> Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà del Legale Rappresentante dell'Ente attestante l'esclusione dall'elenco di cui al D.P.R. n. 151/2011 all. 1 <input type="checkbox"/> struttura che ha aderito al piano di adeguamento antincendi previsto dal DM 19 marzo 2015 (i termini ivi previsti sono stati prorogati di 3 anni con L n. 14 del 24.02.23)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta con dichiarazione di impegno del gestore a comunicare l'ev. esito negativo/prescrittivo da parte dell'organismo competente <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 4.2	E' presente il Documento di valutazione del rischio incendio ex D.Lgs. n. 81/2008 in ottemperanza al D.M. 3/09/21	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RS 4.3	E' presente il Piano delle emergenze per rischio incendio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 4.4	Atto di designazione dei coordinatori e degli addetti delle squadre antincendio con attestati dei relativi corsi obbligatori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 4.5	E' presente il Registro dei controlli dei presidi antincendio ex art. 6 c. 2 D.P.R. n. 151/2011 e D.M. 1.09.2021	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 4.6	Certificazioni materassi, cuscini, imbotti e tendaggi, arredi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 5.0	<b>SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA</b>		
RSA.RS 5.1	<b>Impianti elettrici</b>		
RSA.RS 5.1.1	Conformità degli impianti elettrici (barrare una delle opzioni):  <input type="checkbox"/> Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico completa di progetto ex D.M. n. 37/2008 <input type="checkbox"/> Dichiarazione di rispondenza alla normativa vigente redatta da tecnico in possesso dei requisiti previsti dalla norma (impianti eseguiti prima dell'entrata in vigore del D.M. n. 37/2008)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	

RSA.RS 5.1.2	Identificazione degli ambienti destinati a uso medico e loro classificazione con corrispondente planimetria vidimata dal responsabile sanitario	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 5.2	<b>Impianti di protezione contro le scariche atmosferiche</b>		
RSA.RS 5.2.1	Documentazione relativa (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> Copia denuncia impianto inviata al SUAP (in alternativa ad ASL e INAIL oppure solo all'INAIL per impianti antecedenti al gennaio 2002) <input type="checkbox"/> Omologazione INAIL - ex ISPESL (solo per impianti antecedenti gennaio 2002) <input type="checkbox"/> Dichiarazione di autoprotezione redatta da un tecnico abilitato (nel caso l'impianto non sia previsto)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 5.2.2	Verifica dell'impianto elettrico di messa a terra secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 5.3	<b>Gruppo elettrogeno</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 5.3.1	Conformità (dichiarazione di conformità, certificato di collaudo)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	

RSA.RS 5.3.2	Verifiche periodiche di efficienza e funzionamento attestata da idonea documentazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 5.4	<b>Dispositivi elettromedicali</b>		
RSA.RS 5.4.1	Elenco completo dei dispositivi elettromedicali in uso con relative conformità CE (se ante 1 giugno 1998 certificazione per ogni apparecchiatura a firma di tecnico abilitato di rispondenza alle norme CEI specifiche)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 5.4.2	Verifica periodica dei dispositivi elettromedicali secondo le scadenze previste attestata da idonea documentazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 5.5	<b>Ausili di Movimentazione Carichi (sollevarpersone attivi e passivi)</b>		
RSA.RS 5.5.1	Elenco completo degli ausili di movimentazione carichi in uso con relative conformità CE (se ante 1 giugno 1998 certificazione per ogni apparecchiatura a firma di tecnico abilitato di rispondenza alle norme CEI specifiche)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 5.5.2	Presenza di un piano di manutenzione e verifica periodica degli ausili di movimentazione carichi secondo le scadenze previste (preferibilmente semestrale e/o ogni volta se ne ravvisi la necessità) attestata da idonea documentazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 5.5.3	E' attuato ed è documentabile un ddestramento specifico dell'operatore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 6.0	<b>IMPIANTO IDRO-TERMO-SANITARIO</b>		

RSA.RS 6.1	Conformità degli impianti (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> Dichiarazione di conformità ex D.M. n. 37/2008 <input type="checkbox"/> Dichiarazione di rispondenza alla normativa vigente redatta da tecnico in possesso dei requisiti previsti dalla norma (impianti eseguiti prima dell'entrata in vigore del D.M. n. 37/2008)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 6.2	In assenza di agibilità, dichiarazione di allacciamento alla rete fognaria o relazione circa il sistema di smaltimento delle acque reflue ai sensi del D.lgs 3/4/06 n. 152 e s.m.i.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 7.0	<b>IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA</b>		
RSA.RS 7.1	Presenza impianto trattamento aria con aria primaria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 7.2	Dichiarazione di conformità ex D.M. n. 37/2008 degli impianti di trattamento dell'aria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 7.3	Presenza di un piano di manutenzione definito dal Gestore relativo alle verifiche periodiche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 8.0	<b>IMPIANTO A GAS</b>		
RSA.RS 8.1	Conformità degli impianti (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> Dichiarazione di conformità ex D.M. n. 37/08 <input type="checkbox"/> Dichiarazione di rispondenza alla normativa vigente redatta da tecnico in possesso dei requisiti previsti dalla norma (impianti eseguiti prima dell'entrata in vigore del D.M. n. 37/2008)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 8.2	Documentazione inerente verifiche e manutenzioni periodiche dell'impianto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 9.0	<b>IMPIANTI DISTRIBUZIONE GAS MEDICALI</b>		

RSA.RS 9.1	Presenza impianto distribuzione ossigeno (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> centralizzato <input type="checkbox"/> non centralizzato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 9.2	<input type="checkbox"/> Certificato di collaudo impianti e centrali gas medicali e suoi allegati <input type="checkbox"/> . Messa in esercizio e verbale di consegna dell'impianto e delle centrali gas medicali, con allegati <input type="checkbox"/> . Dichiarazione CE/dichiarazioni di conformità impianto di distribuzione gas medicali e delle apparecchiature evacuazione gas anestetici e relativa documentazione <input type="checkbox"/> . Dichiarazione CE/dichiarazioni di conformità centrali gas e relativa documentazione <input type="checkbox"/> Gestione dei rischi, gestione operativa degli impianti e formazione del personale (UNI EN ISO 7396-1, UNI EN ISO 7396-2 e UNI 11100) <input type="checkbox"/> . manuale d'uso e manutenzione degli impianti di distribuzione gas medicali e manuale d'uso per gli operatori sanitari <input type="checkbox"/> . istruzioni d'uso e manutenzione delle apparecchiature e dei dispositivi medici installati (in particolare unità terminali e riduttori di pressione) <input type="checkbox"/> . piano o disciplinare tecnico delle manutenzioni effettuate sulle centrali e sugli impianti di distribuzione gas medicinali <input type="checkbox"/> . Registri di manutenzione programmata degli impianti di distribuzione gas medicali e delle centrali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 9.3	Contratto stipulato con ditta/e incaricata/e delle manutenzioni e delle verifiche regolarmente abilitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 10.0	<b>IMPIANTI DI SOLLEVAMENTO</b>		
RSA.RS 10.1	Dichiarazione CEE (DPR n. 162 30.4.99) o dichiarazione di conformità ex 46/90 (per gli impianti esistenti prima del DPR n. 162 30.4.99)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	

RSA.RS 10.2	Certificato di collaudo e suoi allegati Libretto di impianto e n. matricola	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 10.3	Contratto stipulato con ditta/e incaricata/e delle manutenzioni e delle verifiche regolarmente abilitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 10.4	Verifiche periodiche attestate da idonea documentazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 11.0	<b>PROTEZIONE ANTISISMICA E/O CONDIZIONI DI STABILITÀ</b>		
RSA.RS 11.1	L'immobile è rispondente alla normativa tecnica e antisismica vigente al momento della realizzazione dell'opera/intervento, come risulta dal certificato di collaudo statico (indicare gli estremi) _____ del ___/___/_____ e dalle eventuali dichiarazioni di regolare esecuzione rese dal direttore dei lavori nei casi previsti dalla legge (indicare gli estremi) _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 11.2	L'immobile è in possesso di documento di vulnerabilità sismica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	

RSA.RS 11.3	Il grado di conservazione ed efficienza statica dell'immobile è attestato da relazione, del tecnico strutturista abilitato ing. _____, che assevera e descrive la composizione strutturale del fabbricato.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 12.0	<b>PROTEZIONE ACUSTICA</b>		
RSA.RS 12.1	Documento di collaudo dei requisiti acustici passivi degli edifici (esclusivamente per nuove costruzioni e ristrutturazioni di edifici esistenti realizzati dall'entrata in vigore del DPCM del 5/12/1997, a partire dal 20/2/1998)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 13.0	<b>LOCALIZZAZIONE TERRITORIALE</b>		
RSA.RS 13.1	La struttura ha una localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 14.0	<b>ADEMPIMENTI DI IGIENE E SICUREZZA DEL LAVORO (ex D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.)</b>		
RSA.RS 14.1	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da parte del datore di lavoro che l'immobile è rispondente ai "Requisiti dei luoghi di lavoro" di cui all'allegato IV del D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RS 15.0	<b>AUTORIZZAZIONE SANITARIA PER PREPARAZIONE/SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI O NOTIFICA (ex art. 6 Reg. CE n. 852/2004)</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RS 15.1	<p><i>SE I PASTI VENGONO PREPARATI IN SEDE:</i></p> <p><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 SCIA)</p> <p><input type="checkbox"/> i locali e l'autorizzazione non hanno subito successive modifiche <i>oppure</i></p> <p><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></p> <p><input type="checkbox"/> è stata presentata segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) prot. _____ in data _____ per l'affidamento al Sig./Società _____ della gestione del servizio di somministrazione di alimenti e bevande <i>oppure</i></p> <p><i>SE CI SI AVVALE DI UN SERVIZIO CATERING:</i></p> <p><input type="checkbox"/> che la ristorazione è garantita per il tramite della ditta _____</p>	<p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOCUMENTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> agli atti</p> <p><input type="checkbox"/> richiesta</p> <p><input type="checkbox"/> acquisita</p> <p><input type="checkbox"/> visionata</p> <p><input type="checkbox"/> altro</p>	
RSA.RS 15.2	Tabella dietetica approvata dai servizi competenti dell'ASL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 16.0	<b>ARREDI</b>		
RSA.RS 16.1	Presenza degli arredi necessari e disposizione degli stessi che consente la funzionalità del servizio	<p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOCUMENTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> agli atti</p> <p><input type="checkbox"/> richiesta</p> <p><input type="checkbox"/> acquisita</p> <p><input type="checkbox"/> visionata</p> <p><input type="checkbox"/> altro</p>	
RSA.RS 16.2	Planimetria architettonica con arredi scala 1:100 per tutti gli ambienti	<p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOCUMENTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> agli atti</p> <p><input type="checkbox"/> richiesta</p> <p><input type="checkbox"/> acquisita</p>	

RSA.RS 17.0	<b>PLANIMETRIE E SEZIONI QUOTATE, CALCOLO DEI RAPPORTI AERO-ILLUMINANTI CON DESTINAZIONE D'USO DEI LOCALI E N. POSTI PREVISTI (SCALA 1:100) A FIRMA DI TECNICO ABILITATO</b> <b>Planimetria architettonica di US-BUILT scala 1:100, con identificazione di dimensioni e destinazione d'uso dei singoli locali</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita	
RSA.RS 17.1	TABELLA DI VERIFICA DEGLI STANDARD STRUTTURALI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita	
RSA.RS 18.0	<b>REQUISITI STRUTTURALI</b>		
RSA.RS 18.1	N. POSTI LETTO TOTALI _____ N. POSTI LETTO ACCREDITATI _____		
RSA.RS 18.2	<b>TIPOLOGIA</b>		
RSA.RS 18.2.1	<input type="checkbox"/> <b>n. totale pl. RSA</b> _____ (min 20 max 120, 200 per strutture site nel Comune di Torino fino al 28.03.2019)	n. totale nuclei _____  n. ___ nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___ nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___ nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____	
RSA.RS 18.2.2	<input type="checkbox"/> <b>n. p.l. NDCT</b> _____ (max n. 2 nuclei da 10 o da 20 pl per RSA)	n. totale nuclei _____  n. ___ nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___ nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____	

RSA.RS 18.2.3	<input type="checkbox"/> <b>n. p.l. NDC</b> _____ (obbligatorio in caso sia presente un nucleo di NDCT)	n. totale nuclei _____  n. ___ nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___ nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___ nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____	
RSA.RS 18.2.4	<input type="checkbox"/> <b>n. p.l. CAVS</b> _____	n. totale nuclei _____  n. ___ nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___ nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___ nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____	
RSA.RS 18.2.5	<input type="checkbox"/> <b>n. p.l. RA</b> _____	n. totale nuclei _____  n. ___ nuclei con p. l. ___  n. ___ nuclei con p. l. ___  n. ___ nuclei con p. l. ___	
RSA.RS 18.2.6	<input type="checkbox"/> <b>n. p.l. RAA</b> _____		
RSA.RS 18.2.6.1	le camere RAA sono localizzate nell'eventuale nucleo RSA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RS 18.2.6.2	è previsto un locale soggiorno ad uso esclusivo dei posti RAA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.2.7	<input type="checkbox"/> <b>n. utenti C.D.I.</b> _____ (min 5 max 20 utenti)		
RSA.RS 18.2.8	<input type="checkbox"/> <b>n. utenti C.D.D.C.I.</b> _____ (min 5 max 20 utenti)		
RSA.RS 18.2.9	<input type="checkbox"/> <b>n. utenti C.D.</b> _____ (min 5 max 20 utenti)		
RSA.RS 18.2.10	<input type="checkbox"/> <b>ALTRO</b> _____		
RSA.RS 18.3	<b>VERDE ATTREZZATO - TERRAZZI E BALCONI</b>		
RSA.RS 18.3.1	Presenza di area esterna ad uso esclusivo della struttura e utilizzata dagli utenti, posta in sicurezza (adeguata recinzione o altri sistemi) (obbligatoria per le strutture di nuova edificazione dal 30.07.2012 e per il CDDCI, al quale deve essere collegata)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.3.2	In caso di terrazzi/balconi: <input type="checkbox"/> presenza di regolare ringhiera (h min. 100 cm.) <input type="checkbox"/> spazio regolare tra le aste della ringhiera (max 10 cm) <input type="checkbox"/> presenza di aste orizzontali con possibilità di scalabilità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.4	<b>PORTE</b>		
RSA.RS 18.4.1	Luce netta delle porte delle camere da letto, dei servizi igienici, del bagno assistito e di tutti i locali accessibili agli ospiti di almeno 90 cm; le restanti porte con luce netta minima di 80 cm	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.4.2	<input type="checkbox"/> Presenza di porte interne con vetri <input type="checkbox"/> Presenza di serramenti interni ed esterni con vetri di sicurezza <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5	<b>PERCORSI ORIZZONTALI E VERTICALI</b>		
RSA.RS 18.5.1	Larghezza minima dei corridoi e dei passaggi di 2 m per le nuove realizzazioni o ricostruzioni, 1,5 m per i presidi oggetto di ristrutturazioni o adeguamenti, attrezzati su ambo i lati di corrimani e fasce paracolpi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RS 18.5.2	Per strutture disposte su più piani dotazione di almeno un ascensore idoneo al trasporto di persone su sedie a rotelle e un montalettighe (entrambi per tutti i piani dell'immobile anche se parziali)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.3	Scale di larghezza minima 1,5 m (1,2 m in caso di ristrutturazione di presidi esistenti qualora sia dimostrata l'impossibilità tecnica connessa ad elementi strutturali o impiantistici) dotate di corrimano continuo su entrambi i lati (per quelle per la sicurezza antincendio vd progetto prevenzione incendi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.3.2	Presenza di regolare parapetto di ev. aperture su pianerottoli (h min. 100 cm.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5	<b>AREA RESIDENZIALE (NUCLEO)</b>		
RSA.RS 18.5.1	i nuclei sono conformi alle norme (da 10 pl o 20 pl + eventuali pl di PA)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.2	Presenza di sistemi di controllo degli accessi al nucleo (obbligatorio per NDCT/NDC)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.3	<b>Camere da letto</b>		
RSA.RS 18.5.3.1	presenza di p.l. di pronta accoglienza (MAX 2 p.l. per nuclei da 10 p.l. e 4 p.l. per nuclei da 20 p.l.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.3.2	presenza di n. _____ camere da n. 1 ospite/camera (per RSA/RA da 12 mq meno eventuale 20% se presidio preesistente, fermo restando che la camera deve consentire la mobilità, la manovra e la rotazione di carrozzine ed altri ausili per la deambulazione e non sono ammessi letti col lato lungo completamente addossato alla parete) (per RAA min 8 mq)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.3.3	presenza di n. _____ camere da n. 2 ospiti/camera (per RSA/RA da 18 mq meno eventuale 20% se presidio preesistente, fermo restando che la camera deve consentire la mobilità, la manovra e la rotazione di carrozzine ed altri ausili per la deambulazione e non sono ammessi letti col lato lungo completamente addossato alla parete) (per RAA min 14 mq)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.3.4	presenza di n. _____ camere da n. 3 ospiti/camera (da almeno 26 mq senza riduzione 20%) con servizio igienico annesso (max una per nucleo RSA solo nei presidi preesistenti) (per RA/RAA solo nei presidi autorizzati o con progetti approvati prima del 12.08.2001 e mai modificati)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.3.5	presenza di n. _____ camere da n. 4 ospiti/camera (solo nei presidi autorizzati o con progetti approvati prima del 12.08.2001)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.3.6	<input type="checkbox"/> almeno 1 camera singola per nuclei da 10 p.l. di NDCT/NDC/demenze <input type="checkbox"/> almeno 2 camere singole per nuclei da 20 p.l. di NDCT/NDC/demenze	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RS 18.5.3.7	<p>presenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> letti a due o tre snodi con movimento elettrico (almeno il 15%)</li> <li><input type="checkbox"/> sistema di chiamata a ogni letto</li> <li><input type="checkbox"/> cuscini e materassi antidecubito</li> <li><input type="checkbox"/> comodino e armadio</li> <li><input type="checkbox"/> sistemi per l'oscuramento e la protezione dalla luce del sole</li> <li><input type="checkbox"/> interruttori di comando dell'illuminazione artificiale differenziato per ogni letto</li> <li><input type="checkbox"/> sedia o poltroncina</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.4	<b>Servizi igienici</b>		
RSA.RS 18.5.4.1	per camere da 1 o 2 pl RSA/NDCT/NDC almeno 1 servizio igienico accessibile collegato alle camere ogni 4 posti letto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.4.2	per camere da 1 o 2 pl RA/RAA almeno 1 servizio igienico collegato alle camere ogni 2 posti letto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.4.3	per camere da 3/4 pl RSA 1 servizio igienico accessibile collegato alla camera	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.4.4	i servizi igienici sono accessibili (non inferiori 1,8m x 1,8m) e dotati di: doccia raso pavimento, vaso per disabili con doccetta uso bidet o vaso-bidet, lavandino, specchio inclinabile, ausili e maniglioni di sostegno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.4.5	i servizi igienici sono rivestiti con materiale lavabile e impermeabile e dotati di sistemi di aspirazione forzata, qualora privi di ventilazione naturale, in grado di assicurare un coefficiente di ricambio minimo di 6 volumi/ora se in espulsione continua, ovvero di 12 volumi/ora se in aspirazione forzata intermittente a comando automatico adeguatamente temporizzato per assicurare almeno 3 ricambi per ogni utilizzazione dell'ambiente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5	<b>Servizi di nucleo</b>		
RSA.RS 18.5.5.1	<u>Soggiorno di nucleo</u> (2 mq/ospite se post DGR 45/2012, 1,5 mq/ospite se ante DGR, con possibilità nel caso di ristrutturazione di presidi preesistenti di applicare il 20% di tolleranza). In caso di più nuclei sullo stesso piano (fino ad un massimo di 40 pl + eventuali pl di PA) è possibile prevedere un unico locale con superficie calcolata per il numero dei pl Nei nuclei RA può essere omesso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.2	<u>Sala da pranzo di nucleo</u> (separata dal locale soggiorno) (2 mq/ospite se post DGR 45/2012, 1,5 mq/ospite se ante DGR, con possibilità nel caso di ristrutturazione di presidi preesistenti di applicare il 20% di tolleranza). In caso di più nuclei sullo stesso piano (fino ad un massimo di 40 pl + eventuali pl di PA) è possibile prevedere un unico locale con superficie calcolata per il numero dei pl	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.3	<u>Tisaneria</u> (anche come parete attrezzata inserita nel locale pranzo senza aumento di superficie) non inferiore a 10 mq per 1 nucleo 15 mq nel caso si realizzi un solo locale per due nuclei fino a max 30 pl sullo stesso piano	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RS 18.5.5.4	<u>Bagno assistito</u> (almeno uno ogni 30 pl se sullo stesso piano o uno ogni nucleo) non inferiore a 12 mq Nei nuclei RA può essere omesso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.4.1	è rivestito con materiale lavabile e impermeabile e dotato di sistemi di aspirazione forzata, qualora privo di ventilazione naturale, in grado di assicurare un coefficiente di ricambio minimo di 6 volumi/ora se in espulsione continua, ovvero di 12 volumi/ora se in aspirazione forzata intermittente a comando automatico adeguatamente temporizzato per assicurare almeno 3 ricambi per ogni utilizzazione dell'ambiente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.4.2	è dotato di lavandino, vaso, vasca assistita o barella doccia, eventuale vuotatoio e lavapadelle in angolo separato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.5	<u>Vuotatoio e lavapadelle</u> (anche inserito in bagno assistito) non inferiore a 3 mq	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.6	<u>Locale del personale</u> (per ogni nucleo o almeno uno fino a 30 pl sullo stesso piano) non inferiore a 9 mq per un nucleo (escluso il servizio igienico) non inferiore a 12 mq per un solo locale fino a 30 pl (escluso il servizio igienico) Nei nuclei RA può essere omesso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.6.1	è previsto il relativo servizio igienico (annesso al locale o nelle immediate vicinanze)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.6.2	un locale è adibito anche a infermeria di piano	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.7	<u>Infermeria</u> (prevista per ogni piano) non inferiore a 12 mq	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.7.1	è previsto il relativo servizio igienico (requisito facoltativo) o il lavandino	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.7.2	è localizzata in un locale del personale (solo nel caso che in ogni nucleo sia presente il locale del personale)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.8	<u>Deposito Biancheria pulita/armadio</u> (previsto per ogni piano)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.8.1	il locale: <input type="checkbox"/> è ben areato e privo di riscaldamento <input type="checkbox"/> è attrezzato con idonei scaffali metallici (opportunamente ancorati al muro) <input type="checkbox"/> ha una superficie che consente la corretta movimentazione di carichi e attrezzature	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.8.2	nel caso di utilizzo di soli armadi: <input type="checkbox"/> è previsto un locale per il ricovero dei carrelli <input type="checkbox"/> gli armadi sono collocati in luoghi idonei	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.9	<u>Deposito Biancheria sporca</u> (previsto per ogni piano)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RS 18.5.5.9.1	il locale: <input type="checkbox"/> è ben ventilato e non riscaldato <input type="checkbox"/> ha una superficie che consente la corretta movimentazione di carichi e attrezzature	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.9.2	la biancheria sporca viene raccolta e immediatamente portata nella lavanderia o in apposito deposito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.10	<u>Deposito carrozzine ed attrezzature</u> (previsto per ogni piano) superficie 12 mq	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.5.5.11	<u>Aree per wandering</u> per nuclei NDC/NDCT e più in generale che ospitano persone affette da demenze percorsi sicuri che consentano all'ospite di deambulare in modo protetto (percorso continuo e circolare preferibilmente attorno a un arredo adeguatamente attrezzato)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.6	<b>AREE DESTINATE ALLA VALUTAZIONE E TERAPIE</b>		
RSA.RS 18.6.1	<u>Locale per prestazioni ambulatoriali</u> (uno per struttura) superficie 15 mq	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.6.2	<u>Servizio di fisiochinesiterapia - servizio di podologia</u> superficie non inferiore a 10 mq, ricavabile anche in box all'interno della palestra in aggiunta alla superficie richiesta per la stessa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.6.3	<u>Palestra</u> minimo 40 mq per strutture con 40 o più pl; 25 mq per le altre	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.6.3.1	è dotata delle attrezzature necessarie (es. cyclette, spalliere, scale a due pendenze, lettino Bobath, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.6.3.2	è previsto un locale per il deposito degli attrezzi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.6.3.3	<input type="checkbox"/> è utilizzata anche da utenza esterna <input type="checkbox"/> in quali orari _____ <input type="checkbox"/> è dotata di spogliatoi e servizi igienici dedicati suddivisi in due sezioni per sesso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.6.4	<b>Per i CDI e i CDDCI:</b> <input type="checkbox"/> è presente il bagno assistito con le caratteristiche sopra definite (obbligatorio da 11 utenti in su) <input type="checkbox"/> il bagno assistito non è previsto perché è presente un bagno assistito della struttura dislocato in prossimità delle aree dedicate al centro diurno (solo per cd fino a 10 utenti)		
RSA.RS 18.7	<b>AREE DI SOCIALIZZAZIONE</b>		

RSA.RS 18.7.1	<u>Soggiorni comuni e sale polivalenti - angolo bar</u> 1,50 mq per utente, suddivisi anche in più locali Per i CDI e i CDDCI: 3 mq per utente suddivisibili in più locali, senza possibilità di applicare il 20% di tolleranza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.7.1.1	almeno un locale è di dimensioni non inferiori a 40 mq	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.7.2	<u>Locale per il culto</u> non inferiore a 40 mq per presidi fino a 40 pl può essere omissso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.7.3	<u>Parrucchiere - barbiere, pedicure</u> non inferiore a 12 mq per presidi fino a 30 pl può essere omissso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.7.4	<u>Servizi igienici collettivi</u> (per ogni livello della struttura) suddivisi in due sezioni per sesso di cui uno accessibile Per i CDI e i CDDCI: <input type="checkbox"/> suddivisi in due sezioni per sesso di cui uno accessibile <input type="checkbox"/> per centri con meno di 10 utenti possono essere omissi se sono presenti i servizi igienici della struttura, aventi le caratteristiche di cui sopra, in prossimità dell'area dove è dislocato il centro diurno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.7.5	<u>Spazi per soft corner</u> (per nuclei NDC/NDCT e più in generale che ospitano persone affette da demenze)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.7.6	Per i CDI e i CDDCI: <u>sala riposo/lettura</u> 2 mq per utente, senza possibilità di applicare il 20% di tolleranza per centri fino a 7 utenti il locale deve avere una superficie di almeno 15 mq	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.8	<b>AREE GENERALI DI SUPPORTO</b>		
RSA.RS 18.8.1	<u>Ingresso con servizio di portineria</u> Per i CDI e i CDDCI: deve essere idoneamente dimensionato per svolgere un'azione di accoglienza degli utenti e consentire di collocare gli armadietti per il deposito del vestiario.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.8.2	<u>Uffici</u> 30 mq suddivisibili in più locali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.8.3	<u>Locale per esposizione salme</u> per strutture con 60 o più pl deve essere dimensionato per ospitare anche più di un feretro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RS 18.8.3.1	<p>il locale:</p> <input type="checkbox"/> è localizzato all'interno della struttura (in luogo defilato/schermato) <input type="checkbox"/> è localizzato all'esterno <input type="checkbox"/> è facilmente accessibile anche ai mezzi di trasporto <input type="checkbox"/> prevede un idoneo spazio per la sosta dei famigliari del defunto <input type="checkbox"/> prevede anche la presenza di celle frigorifere <input type="checkbox"/> è ad uso esclusivo del presidio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.8.3.2	<input type="checkbox"/> è areato e mantiene idonee temperature anche in estate <input type="checkbox"/> le pareti sono rivestite con materiale lavabile per un'altezza di almeno 2 m <input type="checkbox"/> il pavimento è in materiale liscio, impermeabile, lavabile e provvisto di piletta e pendenze di scolo <input type="checkbox"/> è dotato di mezzi idonei per avvertire eventuali manifestazioni di vita <input type="checkbox"/> è opportunamente arredato <input type="checkbox"/> risponde ai requisiti igienico strutturali minimi previsti dal D.P.R. n. 285 del 10.09.90 per le camere mortuarie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.8.4	<u>Cucina e dispensa</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.8.4.2	<input type="checkbox"/> il servizio è appaltato all'esterno <input type="checkbox"/> è previsto un locale per il ricevimento e lo sporzionamento dei pasti <input type="checkbox"/> sono presenti spogliatoi e servizi igienici dedicati per il personale della cucina		
RSA.RS 18.8.5	<p>Per i CDI e i CDDCI:  <u>locale tisaneria</u>, da adibire eventualmente anche a locale del personale (per centri da 10 o più utenti qualora la cucina o la tisaneria già presenti nella struttura non sia dislocata in prossimità delle aree adibite a centro diurno)</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.8.6	<u>Lavanderia/stireria</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.8.7	<u>Spogliatoi del personale</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.8.7.1	<input type="checkbox"/> rispettano i requisiti previsti dal D.Lgs 81/08 e s.m.i. <input type="checkbox"/> sono suddivisi per sesso <input type="checkbox"/> prevedono docce e servizi igienici collegati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.8.7.2	sono dotati di idonei sistemi di aspirazione forzata, qualora privi di ventilazione naturale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.8.8	<u>Magazzini e deposito</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RS 18.8.9	<u>Deposito generale sporco/pulito</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RS 18.8.9.1	<input type="checkbox"/> i percorsi sporco/pulito sono separati <input type="checkbox"/> è identificata un'apposita procedura gestionale e organizzativa per evitare la commistione tra sporco e pulito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**ALLEGATO B**

<b>CODICE</b>	<b>RSA - CHECK LIST REQUISITI GESTIONALI/ACCREDITAMENTO</b>	<b>RISULTANZE</b>	<b>NOTE</b>
RSA.RG 1.0	<b>DOCUMENTAZIONE INERENTE LA NATURA GIURIDICA DEL TITOLARE (documentazione per l'autorizzazione al funzionamento o voltura)</b>		
RSA.RG 1.1	Atto costitutivo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RG 1.2	Certificato di iscrizione Camera di Commercio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RG 1.3	Atto notarile di cessione/affitto ramo d'azienda (o altro), registrato il _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RG 1.4	<b>Legale Rappresentante della Società/Ente</b> _____ <b>nominato con atto n. _____ del</b> _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RG 1.4.1	<b>Nome e Cognome:</b> _____		

RSA.RG 1.4.2	Autocertificazione, resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, circa l'assenza di condanne penali in capo al richiedente l'autorizzazione, ovvero l'elenco delle stesse e di eventuali riabilitazioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RG 1.4.3	Autocertificazione, resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, circa l'inesistenza di procedure/provvedimenti di fallimento, concordato, preventivo o di amministrazione controllata ovvero l'elenco di essi e di eventuali riabilitazioni oppure certificato della cancelleria fallimentare relativo al titolare dell'attività / al legale rappresentante del soggetto gestore (i certificati non devono recare data anteriore ai tre mesi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RGA.2	<b>COORDINAMENTO CON SERVIZI SANITARI E SOCIALI DEL TERRITORIO</b>		
RSA.RGA.2.1	E' presente un progetto quadro condiviso e sottoscritto con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio (ex all. B della D.G.R. n. 25-12129/2009)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RG 3.0	<b>REGOLAMENTO INTERNO DI FUNZIONAMENTO DELLA STRUTTURA</b> Il documento deve descrivere la struttura dell'organizzazione, i processi e le responsabilità (organigramma, funzionigramma, descrizione dei processi e individuazione del responsabile per singolo processo). Per ogni processo e livello di responsabilità devono essere definite le modalità con cui la struttura garantisce la continuità in caso di assenza del titolare.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RGA 4.0	<b>CARTA DEI SERVIZI</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGA 4.1	<b>PROGETTO GESTIONALE DEL SERVIZIO</b>		

RSA.RGA 4.2	Viene redatto e depositato con cadenza triennale un "Progetto di Gestione del Servizio"	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RGA 4.3	I contenuti di tale progetto sono conformi a quanto disposto dall'all. C della D.G.R. n. 25-12129/2009	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.0	<b>DOTAZIONE ORGANICA DEL PERSONALE</b>		
RSA.RG 5.1	<b>RESPONSABILE DI STRUTTURA</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.1.1	<b>Nome e Cognome:</b> _____		
RSA.RG 5.1.2	<input type="checkbox"/> <b>Possesso dei titoli richiesti ex D.G.R. n. 8-8872 del 06.05.2019</b> ovvero titolo di Direttore di Comunità socio-sanitaria ai sensi della DGR 35-9199/08, conseguito in esito al superamento del relativo corso entro il 2018, oppure dei seguenti requisiti che debbono sussistere cumulativamente: · diploma di laurea; · esperienza almeno triennale presso strutture sanitarie/socio-sanitarie e/o organizzazioni nell'ambito delle attività socio-sanitarie-assistenziali con compiti di responsabilità nel coordinamento organizzativo e/o gestionale. Per esperienza si intende l'aver svolto un incarico, espressamente previsto dalle norme di riferimento per la relativa tipologia di struttura, che abbia comportato la responsabilità organizzativa complessiva della stessa; l'esperienza deve essere stata acquisita presso strutture sanitarie/socio-sanitarie ovvero tutti quei presidi che le norme regionali e statali di riferimento inseriscono nell'area sanitaria e socio-sanitaria (es. RSA, Casa di Cura, RAF per disabili, ecc), con esclusione quindi delle strutture socio-assistenziali e socio-educative (per es. Comunità educativa per minori, asilo nido, ecc.); per organizzazioni si intendono enti/amministrazioni diversi dalle strutture come sopra definite che si occupano di attività socio-sanitarie-assistenziali (es. Enti gestori dei Servizi Socio-Assistenziali, ASL, ecc.); nel "diploma di laurea" sono ricomprese tutte le lauree, incluse quelle triennali.		
	<input type="checkbox"/> <b>Tipologia di contratto</b> <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista		

RSA.RG 5.1.3	<input type="checkbox"/> Svolge l'incarico anche in altri presidi (max 3 strutture per un totale di max 150 pl) (indicare n.) _____ il monteore dovrà essere pari alla somma di $N/120 \times 38$ per ciascuna struttura (dichiarazione che il Responsabile deve rilasciare al gestore del presidio)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.2	<b>DIRETTORE SANITARIO</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.2.1	<b>Nome e Cognome</b> _____		
RSA.RG 5.2.2	<input type="checkbox"/> <b>Possesso dei titoli richiesti ex D.G.R. n. 45-4248 del 30.07.2012</b>  <input type="checkbox"/> <b>Tipologia di contratto</b> <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____  <input type="checkbox"/> <b>Ore contrattualizzate</b> (indicare n.) _____ ai sensi della DGR 45/12 e s.m.i. per strutture con numero utenti assegnati alle fasce d'intensità assistenziale medio-alta, alta, alta livello incrementato, NDCT, NDC pari o maggiori di 120 pl con contratto di lavoro di tipo subordinato per un monteore settimanale pari al 100% del monteore assegnato al full time; con contratto di collaborazione libero professionale per un monteore settimanale pari ad almeno 38 ore. Per un numero di pl (N) da 10 a 119 il monteore è in proporzione (rispettivamente $N/1.20\%$ e $N/120 \times 38$ )		
RSA.RG 5.2.3	<input type="checkbox"/> Svolge l'incarico anche in altri presidi (max 3 strutture per un totale di max 150 pl) (indicare n.) _____ il monteore dovrà essere pari alla somma di $N/120 \times 38$ per ciascuna struttura (dichiarazione che il DS deve rilasciare al gestore del presidio)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RG 5.3	<b>MEDICO RESPONSABILE N.D.C.T.</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.3.1	<p><input type="checkbox"/> <b>Possesso dei titoli richiesti ex D.G.R. n. 45-4248 del 30.07.2012 ALL. 3</b> (Geriatra o medico con esperienza almeno quinquennale nelle patologie neurodegenerative e/o geriatriche)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Altri titoli</b> (indicare quali) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tipologia di contratto</b>    <input type="checkbox"/> Dipendente    <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ore contrattualizzate</b> (indicare n.) _____</p> <p>ai sensi della DGR n. 10-4727 del 4.3.22 e s.m.i. 14 ore settimanali con garanzia di continuità assistenziale estesa anche a festivi e prefestivi; devono essere previste 14 h per il nucleo da 20 pl e 7 per il nucleo da 10 pl a prescindere dal numero di ospiti presenti.</p>		
RSA.RG 5.3.2	<p><b>Eventuali servizi aggiuntivi di cui all'art. 7 Allegato 1 DGR 45/12 e s.m.i.</b></p> <p><input type="checkbox"/> attività medico specialistica interna</p> <p><input type="checkbox"/> per quanti ospiti _____</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RG 5.4	<p><b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b></p> <p>Viene garantita per i tempi giornalieri medi previsti per ciascuna fascia di complessità assistenziale di cui alla tabella 1 della DGR 45/12 in relazione agli ospiti RSA presenti e alle relative necessità assistenziali definite nel PAI, nonché in relazione a eventuali ospiti presenti in altre tipologie (RA, CAVS, ecc.).</p> <p>In strutture con utenti assegnati alla fasce di intensità assistenziale medio-alta, alta, alta livello incrementato, NDTC, NDC pari o maggiori di 80 l'assistenza infermieristica deve essere articolata su 24 ore al giorno per ciascun giorno dell'anno e garantita con la presenza in struttura di personale infermieristico in orario diurno (6-22) e in orario notturno (22-6); in tutte le altre strutture deve essere articolata su 24 ore al giorno per ciascun giorno dell'anno e garantita con la presenza in struttura di personale infermieristico in orario diurno (6-22) e con la pronta reperibilità in orario notturno (22-6).</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.4.1	<p><b>INFERMIERI</b></p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.4.2	<p>ASSISTENZA INFERMIERISTICA H 24</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.4.3	<p>L'assistenza sanitaria notturna è garantita attraverso:</p> <p><input type="checkbox"/> Presenza effettiva del medico di struttura</p> <p><input type="checkbox"/> Presenza effettiva dell'infermiere</p> <p><input type="checkbox"/> Presenza dell'OSS con reperibilità del    <input type="checkbox"/> Medico    <input type="checkbox"/> Infermiere</p>		
RSA.RG 5.4.4	<p>Eventuali servizi aggiuntivi di cui all'art. 7 Allegato 1 DGR 45/12 e s.m.i.</p> <p><input type="checkbox"/> erogazione di maggiore minutaggio di assistenza infermieristica rispetto a quanto previsto dalle norme</p> <p><input type="checkbox"/> per quanti ospiti _____</p> <p><input type="checkbox"/> numero ore aggiuntive a settimana _____</p> <p><input type="checkbox"/> presenza dell'IP nelle ore notturne laddove non previsto come requisito necessario dalle norme</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RG 5.5	<b>ASSISTENZA TUTELARE ALLA PERSONA</b> Viene garantita per i tempi giornalieri medi previsti per ciascuna fascia di complessità assistenziale di cui alla tabella 1 della DGR 45/12 in relazione agli ospiti RSA presenti; deve essere articolata, senza soluzione di continuità, su 24h al giorno per ciascun giorno dell'anno e garantita con la presenza in struttura di personale, in possesso della qualifica di OSS e eventualmente in possesso dei requisiti previsti dalle DDGR n. 4-1141 del 20.03.20, n. 20-4955 del 29.04.22 e n. 28-7934 del 18.12.23 (esclusivamente in affiancamento ad un OSS), in orario diurno (6-22) e in orario notturno (22-6).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.5.1	<b>O.S.S.</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.5.2	<b>Eventuali servizi aggiuntivi di cui all'art. 7 Allegato 1 DGR 45/12 e s.m.i.</b>  <input type="checkbox"/> erogazione di maggiore minutaggio di OSS rispetto a quanto previsto dalle norme  <input type="checkbox"/> per quanti ospiti _____  <input type="checkbox"/> numero ore aggiuntive a settimana _____		
RSA.RG 5.5.3	<b>OPERATORI AI SENSI DELLA DGR n. 4-1141 del 20.03.20 e della DGR n. 20-4955 del 29.04.22</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.5.4	<input type="checkbox"/> Tipologia di contratto e ore contrattualizzate: <input type="checkbox"/> Dipendente n. operatori F.T. _____ n. ore _____ CCNL applicato _____ n. operatori P.T. _____ n. ore _____ CCNL applicato _____ <input type="checkbox"/> in appalto esterno n. operatori F.T. _____ n. ore _____ CCNL applicato _____ n. operatori P.T. _____ n. ore _____ CCNL applicato _____ <input type="checkbox"/> Libero professionista n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____		
RSA.RG 5.5.5	<b>OPERATORI AI SENSI DELLA DGR n. 28-7934 del 18.12.23</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RG 5.6	<b>ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE, MANTENIMENTO PSICO-FISICO E SOSTEGNO PSICOLOGICO</b> Viene garantita attraverso le figure professionali dell'area delle professioni sanitarie e gli psicologi per i tempi giornalieri medi previsti per ciascuna fascia di complessità assistenziale di cui alla tabella 1 della DGR 45/12 in relazione agli ospiti presenti e alle relative necessità assistenziali definite nel PAI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.6.1	<b>FISIOTERAPISTA</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.6.2	<b>Eventuali servizi aggiuntivi di cui all'art. 7 Allegato 1 DGR 45/12 e s.m.i.</b> <input type="checkbox"/> erogazione di maggiore minutaggio di attività riabilitativa rispetto a quanto previsto dalle norme <input type="checkbox"/> per quanti ospiti _____ <input type="checkbox"/> numero ore aggiuntive a settimana _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.6.3	<b>PSICOLOGO</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.7	<b>ATTIVITA' DI ANIMAZIONE</b> Viene garantita attraverso le figure professionali dell'animatore professionale, del terapeuta occupazionale, dell'educatore professionale, dell'area della riabilitazione e gli psicologi. Deve essere previsto un monteore medio settimanale pari a ore 18/72 per numero utenti (15 minuti a settimana per utente)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.7.1	<b>ANIMATORE</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.8	<b>EDUCATORI</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RG 5.9	<p><b>Eventuali servizi aggiuntivi di cui all'art. 7 Allegato 1 DGR 45/12 e s.m.i. :</b></p> <p><input type="checkbox"/> attività di animazione, innovative e aggiuntive rispetto a quelle previste nei requisiti di autorizzazione, che comportano costi per le strutture che le attuano (indicare quali attività)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> per quanti ospiti _____</p> <p><input type="checkbox"/> eventuale minutaggio aggiuntivo a settimana _____</p>	<p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	
RSA.RG 5.10	PERSONALE AMMINISTRATIVO/PORTINERIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.11	MANUTENTORE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.12	ADDETTI ALLE PULIZIE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.13	PARRUCCHIERE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.14	CUOCO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 5.15	ALTRO _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 6.0	<b>ASSISTENZA MEDICA DI BASE</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 6.1	MMG in ADR n. _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGA 7.0	<b>RILEVAZIONE PRESENZE E PROSPETTO TURNI DEL PERSONALE</b>		
RSA.RGA 7.1	<p>E' adottato un sistema di rilevazione delle presenze degli Operatori per ogni specifica Unità di offerta. Se SI indicare la modalità (es. registro presenze, timbratura con badge, ecc.)</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOCUMENTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> agli atti</p> <p><input type="checkbox"/> richiesta</p> <p><input type="checkbox"/> acquisita</p> <p><input type="checkbox"/> visionata</p> <p>altro</p>	
RSA.RGA 8.0	<b>PRESENZA DEL VOLONTARIATO</b>		

RSA.RG 8.1	Le modalità di presenza del volontariato sono definite nell'ambito di convenzioni tra i soggetti gestori ed i rappresentanti delle organizzazioni e/o associazioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RG 9.0	<b>RETTE</b>		
RSA.RG 9.1	<b>Integrazioni richieste per servizi aggiuntivi di cui all'art. 7 Allegato 1 DGR 45/12 e s.m.i.</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 9.1.1	sono state comunicate all'ASL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 9.1.2	sono conformi alle norme e verificate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 9.1.3	l'utente è dettagliatamente informato all'atto dell'inserimento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 9.1.4	sono applicate a tutti gli ospiti (con esclusione di quelli con integrazione da parte dell'Ente gestore dei Servizi socio-assistenziali)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RG 9.1.5	ammontano a: <input type="checkbox"/> erogazione di maggiore minutaggio di assistenza infermieristica rispetto a quanto previsto dalle norme € _____ <input type="checkbox"/> erogazione di maggiore minutaggio di OSS rispetto a quanto previsto dalle norme € _____ <input type="checkbox"/> erogazione di maggiore minutaggio di attività riabilitativa rispetto a quanto previsto dalle norme € _____ <input type="checkbox"/> attività di animazione, innovative e aggiuntive rispetto a quelle previste nei requisiti di autorizzazione, che comportano costi per le strutture che le attuano € _____ <input type="checkbox"/> attività medico specialistica interna € _____ <input type="checkbox"/> presenza dell'IP nelle ore notturne laddove non previsto come requisito necessario dalle norme € _____		
RSA.RGA.10.0	<b>SISTEMA DI QUALIFICAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>		

RSA.RGA.10.1	Viene adottato, entro il 31 gennaio di ogni anno, un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RGA.10.2	La pianificazione del piano è basata sui bisogni formativi di tutte le figure professionali in funzione degli obiettivi del servizio e risponde a quanto indicato nell'all. B della D.G.R. n. 25-12129/2009	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGA.11.0	<b>PIANO RELATIVO AL SUPPORTO PSICOLOGICO DELL'ANNO IN CORSO</b>		
RSA.RGA.11.1	E' adottato un piano delle attività di supporto psicologico per il personale e gli utenti da attivare con minutaggio ulteriore rispetto all'attività di riabilitazione psicofisica ex D.G.R. n. 45-15226/2012 (punto 8/A - a della DGR 25/2009)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	

**ALLEGATO C**

<b>CODICE</b>	<b>RSA - CHECK LIST REQUISITI STRUTTURALI - DOCUMENTAZIONE TECNICA E IGIENICO-SANITARIA (PER SOPRALLUOGO STRUTTURE ESISTENTI)</b>	<b>RISULTANZE</b>	<b>NOTE</b>
RSA.RSS 0.0	nella struttura, rispetto all'ultima visita ispettiva, sono state eseguite modifiche strutturali, realizzati nuovi impianti tecnici o modificati quelli esistenti (eventuale dichiarazione a firma del legale rappresentante)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nel caso di modifiche afferenti gli impianti, devono essere presentate le specifiche dichiarazioni di conformità (vd checklist ..)
RSA.RSS 1.0	<b>AGIBILITÀ</b>		
RSA.RSS 1.1	successive richieste/segnalazioni, a seguito di interventi effettuati dopo il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento, che abbiano influito sulle condizioni di cui al comma 1, Art.24 D.Lgs.380/2001	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta con dichiarazione di impegno del gestore a comunicare l'ev. esito negativo/prescrittivo da parte dell'organismo competente <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 2.0	<b>ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE</b>		
RSA.RSS 2.1	necessità di interventi di adeguamento alla normativa vigente nazionale e regionale in materia di accessibilità e superamento delle barriere architettoniche negli edifici pubblici e privati aperti al pubblico (dimostrare la fattibilità degli interventi proposti, eventualmente corredata da elaborati grafici, descrivendo le procedure da attivare e specificando il titolo abilitativo eventualmente richiesto dagli strumenti urbanistici vigenti, oltre ogni atto altro di assenso necessario)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 3.0	<b>PROTEZIONE ANTINCENDIO</b>		

RSA.RSS 3.1.1	<input type="checkbox"/> Ricevuta rilasciata dal Comando dei Vigili del Fuoco della richiesta di rinnovo periodico di conformità antincendio (ex art. 5 D.P.R. n. 151/2011) (periodicità 5 anni dalla data di presentazione della prima SCIA) <input type="checkbox"/> presentazione della SCIA relativa al piano di adeguamento antincendi previsto dal DM 19 marzo 2015 (i termini ivi previsti sono stati prorogati di 3 anni con L n. 14 del 24.02.23)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta con dichiarazione di impegno del gestore a comunicare l'ev. esito negativo/prescrittivo da parte dell'organismo competente <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 3.1.2	E' presente il Documento di valutazione del rischio incendio ex D.Lgs. n. 81/2008 in ottemperanza al D.M. 3/09/21	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 3.1.3	E' presente il Piano delle emergenze per rischio incendio (aggiornato in caso di modificazioni del tipo di attività o dell'organizzazione)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 3.1.4	Eventuale verifica a campione (per es. controllo periodico (semestrale) degli estintori)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 3.1.5	Atto di designazione dei coordinatori e degli addetti delle squadre antincendio con attestati dei relativi corsi obbligatori (nuove assunzioni e/o rinnovo corso)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 3.1.6	Documentazione attestante l'esecuzione di prove di evacuazione annuali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	

RSA.RSS 3.2	<b>Impianto di rilevazione incendi</b>		
RSA.RSS 3.2.1	E' presente il Registro dei controlli dei presidi antincendio ex art. 6 c. 2 D.P.R. n. 151/2011 e D.M. 1.09.2021	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 3.2.2	Contratto stipulato con ditta incaricata delle manutenzioni e delle verifiche regolarmente abilitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 3.2.3	Certificazioni materassi, cuscini, imbotti e tendaggi (nuove forniture)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 3.3	<b>VIE ED USCITE DI EMERGENZA</b>		
RSA.RSS 3.3.1	Le vie ed uscite di emergenza sono sgombre da materiali/ostacoli ed apribili	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 3.3.2	Ci sono vie ed uscite di emergenza chiuse per esigenze assistenziali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 3.3.3	Esiste una procedura per la rapida apertura in caso di emergenza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 3.3.4	La segnaletica di emergenza è presente e ben visibile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 3.3.5	Presenza di luci di emergenza e illuminazione notturna	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 3.3.6	L'illuminazione di emergenza/notturna è funzionante? (verifica a campione)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 4.0	<b>SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA</b>		
RSA.RSS 4.1	<b>Impianti elettrici</b>		

RSA.RSS 4.1.1	Effettuazione dei controlli periodici degli impianti elettrici attestata da idonea documentazione (elaborati che attestano l'effettuazione delle verifiche periodiche degli impianti elettrici negli ambienti ordinari ai sensi del D.lgs. 81/08 e smi, e secondo le norme di buona tecnica - ad esempio CEI 64-8/6 - degli ultimi due anni, datato, timbrato e firmato da tecnico abilitato)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 4.1.2	Contratto stipulato con ditta incaricata delle manutenzioni e delle verifiche regolarmente abilitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 4.1.3	Presenza elementi visivi di carenze manutentive inerenti gli impianti elettrici (ad es.: cavi elettrici in cattivo stato di manutenzione, cavi elettrici volanti, quadri elettrici aperti, mancanza coperchi scatole di derivazione, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 4.1.4	Elaborati che attestano l'effettuazione delle verifiche periodiche degli impianti elettrici negli ambienti a uso medico (locali di gruppo 0, di gruppo 1 e di gruppo 2) ai sensi del D.lgs. 81/08 e smi, e secondo le norme di buona tecnica ad esempio CEI 64-8/7 degli ultimi quattro anni datato, timbrato e firmato da tecnico abilitato.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 4.2	<b>Impianti di protezione contro le scariche atmosferiche</b>		
RSA.RSS 4.2.1	Verifica dell'impianto elettrico di messa a terra secondo il D.P.R. 462/2001 in base alla periodicità prevista attestata da idonea documentazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 4.3	<b>Gruppo elettrogeno</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RSS 4.3.1	Verifiche periodiche di efficienza e funzionamento attestata da idonea documentazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 4.4	<b>Dispositivi elettromedicali</b>		
RSA.RSS 4.4.1	Verifica periodica dei dispositivi elettromedicali secondo le scadenze previste attestata da idonea documentazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 5.0	<b>IMPIANTO IDRO-TERMO-SANITARIO</b>		
RSA.RSS 5.1	Verifica manutenzione impianto termico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RSS 5.2	Tenuta del libretto e relativi controlli periodici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RSS 6.0	<b>IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA</b>		

RSA.RSS 6.1	Contratto stipulato con ditta incaricata delle manutenzioni e delle verifiche regolarmente abilitata, secondo un piano di manutenzione definito dal gestore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 6.2	Documentazione attestante il tipo di filtrazione e classe di purezza ambiente, protocolli di sostituzione e rigenerazione filtri	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 7.0	<b>IMPIANTO A GAS</b>		
RSA.RSS 7.1	Documentazione inerente verifiche e manutenzioni periodiche dell'impianto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 7.2	Presenza elementi visivi di carenze manutentive inerenti gli impianti a gas (ad es. foro di ventilazione in cucina, tubo del gas periodicamente sostituito, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 8.0	<b>IMPIANTI DISTRIBUZIONE GAS MEDICALI</b>		
RSA.RSS 8.1	Presenza impianto distribuzione ossigeno (barrare una delle opzioni): <input type="checkbox"/> centralizzato <input type="checkbox"/> non centralizzato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 8.2	Documentazione inerente verifiche e manutenzioni periodiche dell'impianto (- piano o disciplinare tecnico delle manutenzioni effettuate sulle centrali e sugli impianti di distribuzione gas medicinali; - registri di manutenzione programmata degli impianti di distribuzione gas medicinali e delle centrali; - Contratto stipulato con ditta/e incaricata/e delle manutenzioni e delle verifiche regolarmente abilitata)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 9.0	<b>IMPIANTI DI SOLLEVAMENTO</b>		

RSA.RSS 9.1	Contratto stipulato con ditta/e incaricata/e delle manutenzioni e delle verifiche regolarmente abilitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 9.2	Verifiche periodiche attestate da idonea documentazione (verifica semestrale manutenzione ascensori) (verifica biennale ascensori ai sensi del DPR 162/99 e ss.mm.ii ed eventuali verifiche straordinarie)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 10.0	<b>ADEMPIMENTI DI IGIENE E SICUREZZA DEL LAVORO (ex D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.)</b>		
RSA.RSS 10.1	Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) aggiornato Indicare data di elaborazione _____ e ultima revisione _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 10.2	Nomina Responsabile Servizio Prevenzione e protezione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 10.3	Nomina Medico Competente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 10.4	E' presente il piano d'emergenza ed evacuazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 10.5	Documentazione attestante l'esecuzione di prove di evacuazione annuali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	

RSA.RSS 10.6	Organigramma della sicurezza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 11.0	<b>MODIFICHE INERENTI L'AUTORIZZAZIONE SANITARIA PER PREPARAZIONE/SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI O NOTIFICA (ex art. 6 Reg. CE n. 852/2004)</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 11.1	<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 (SCIA) prot. _____ in data _____ per l'affidamento al Sig./Società _____ della gestione del servizio di somministrazione di alimenti e bevande <i>oppure</i> <b>SE CI SI AVVALE DI UN SERVIZIO CATERING (se modificato):</b> <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 SCIA)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 11.2	E' affisso il menù tipo (settimanale/giornaliero) e corrisponde a quanto servito (anche in relazione a diete speciali)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 12.0	<b>ARREDI</b>		
RSA.RSS 12.1	Razionalità	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buona	
RSA.RSS 12.2	Comodità d'uso	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buona	

RSA.RSS 12.3	Manutenzione	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buona	
RSA.RSS 13.0	<b>PLANIMETRIE E SEZIONI QUOTATE, CALCOLO DEI RAPPORTI AERO-ILLUMINANTI CON DESTINAZIONE D'USO DEI LOCALI E N. POSTI PREVISTI (SCALA 1:100) A FIRMA DI TECNICO ABILITATO (se sono intervenute modifiche dall'ultimo sopralluogo)</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita	
RSA.RSS 14.0	<b>TABELLA DI VERIFICA DEGLI STANDARD STRUTTURALI (se sono intervenute modifiche dall'ultimo sopralluogo)</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 15.0	<b>REQUISITI STRUTTURALI</b>		
RSA.RSS 15.1	N. POSTI LETTO TOTALI _____ N. POSTI LETTO ACCREDITATI _____ N. OSPITI IN CONVENZIONE _____ N. OSPITI PRIVATI _____		
RSA.RSS 15.2	<b>TIPOLOGIA</b>		
RSA.RSS 15.2.1	<input type="checkbox"/> <b>n. totale pl. RSA</b> _____ (min 20 max 120, 200 per strutture site nel Comune di Torino fino al 28.03.2019)	n. totale nuclei _____  n. ___nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____	

RSA.RSS 15.2.2	<input type="checkbox"/> <b>n. p.l. NDCT</b> _____ (max n. 2 nuclei da 10 o da 20 pl per RSA)	n. totale nuclei _____  n. ___nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____	
RSA.RSS 15.2.3	<input type="checkbox"/> <b>n. p.l. NDC</b> _____ (obbligatorio in caso sia presente un nucleo di NDCT)	n. totale nuclei _____  n. ___nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____	
RSA.RSS 15.2.4	<input type="checkbox"/> <b>n. p.l. CAVS</b> _____	n. totale nuclei _____  n. ___nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____  n. ___nuclei con p. l. ___ + n. p.l. di P.A. _____	
RSA.RSS 15.2.5	<input type="checkbox"/> <b>n. p.l. RA</b> _____	n. totale nuclei _____  n. ___nuclei con p. l. ___  n. ___nuclei con p. l. ___  n. ___nuclei con p. l. ___	

RSA.RSS 15.2.6	<input type="checkbox"/> n. p.l. RAA _____		
RSA.RSS 15.2.6.1	le camere RAA sono localizzate nell'eventuale nucleo RSA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.2.6.2	è previsto un locale soggiorno ad uso esclusivo dei posti RAA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.2.7	<input type="checkbox"/> n. utenti C.D.I. _____ (min 5 max 20 utenti)		
RSA.RSS 15.2.8	<input type="checkbox"/> n. utenti C.D.D.C.I. _____ (min 5 max 20 utenti)		
RSA.RSS 15.2.9	<input type="checkbox"/> n. utenti C.D. _____ (min 5 max 20 utenti)		
RSA.RSS 15.2.10	<input type="checkbox"/> ALTRO _____		
RSA.RSS 15.3	<b>VERDE ATTREZZATO - TERRAZZI E BALCONI</b>		
RSA.RSS 15.4	<b>PORTE</b>		
RSA.RSS 15.5	<b>PERCORSI ORIZZONTALI E VERTICALI</b>		
RSA.RSS 15.6	<b>AREA RESIDENZIALE (NUCLEO)</b>		
RSA.RSS 15.6.1	Presenza di sistemi di controllo degli accessi al nucleo (obbligatorio per NDCT/NDC)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.2	<b>Camere da letto</b>		
RSA.RSS 15.6.2.1	visione diretta (unità dell'ospite, tavolini, effetti lettereschi, servizi igienici, acqua calda...)	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	
RSA.RSS 15.6.2.2	visione diretta (pavimenti, tavoli, divani..)	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	
RSA.RSS 15.6.2.3	visione diretta: <input type="checkbox"/> l'ambiente è pulito e in ordine <input type="checkbox"/> non vi sono odori sgradevoli <input type="checkbox"/> la temperatura dell'ambiente è idonea <input type="checkbox"/> gli spazi e la collocazione degli arredi consentono la mobilità, la manovra e la rotazione di carrozzine e altri ausili <input type="checkbox"/> gli arredi sono idonei		
RSA.RSS 15.6.2.4	documentazione attestante periodicità delle pulizie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	

RSA.RSS 15.6.2.5	prova funzionalità dei campanelli	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	intervento dopo ... minuti
RSA.RSS 15.6.2.6	prova funzionalità letto articolato	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	
RSA.RSS 15.6.3	<b>Servizi igienici</b>		
RSA.RSS 15.6.3.1	i servizi igienici sono rivestiti con materiale lavabile e impermeabile e dotati di sistemi di aspirazione forzata, qualora privo di ventilazione naturale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.4	<b>Servizi di nucleo</b>		
RSA.RSS 15.6.4.1	Soggiorno di nucleo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.4.2	Sala da pranzo di nucleo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.4.3	Tisaneria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.4.4	<u>Bagno assistito</u> (è rivestito con materiale lavabile e impermeabile e dotato di sistemi di aspirazione forzata, qualora privo di ventilazione naturale)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.4.5	<u>Vuotatoio e lavapadelle</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.4.6	<u>Locale del personale</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.4.7	<u>Infermeria</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.4.7.1	visione e valutazione diretta degli spazi	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	
RSA.RSS 15.6.4.7.2	condizioni igieniche e funzionali carrello/distribuzione farmaci. Visione e valutazione diretta	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	
RSA.RSS 15.6.4.7.3	condizioni igieniche e funzionali carrello/medicazioni. Visione e valutazione diretta	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	
RSA.RSS 15.6.4.7.4	è dotata di armadio per i farmaci: <input type="checkbox"/> chiuso a chiave <input type="checkbox"/> lontano da fonti di calore <input type="checkbox"/> lontano da luce diretta del sole	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.4.7.5	i farmaci appartenenti alle categorie degli stupefacenti o sostanze psicotrope sono conservati separatamente e sottochiave	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.4.7.6	è dotata di frigorifero per i farmaci: <input type="checkbox"/> con presenza di termometro interno <input type="checkbox"/> con presenza di registratore esterno della temperatura <input type="checkbox"/> utilizzato contemporaneamente per conservazione di altri materiali (es alimenti, liquidi biologici)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RSS 15.6.4.8	<u>Deposito Biancheria pulita/armadio</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.4.8.1	il locale: <input type="checkbox"/> è ben areato e privo di riscaldamento <input type="checkbox"/> è attrezzato con idonei scaffali metallici (opportunamente ancorati al muro) <input type="checkbox"/> ha una superficie che consente la corretta movimentazione di carichi e attrezzature		
RSA.RSS 15.6.4.8.2	nel caso di utilizzo di soli armadi: <input type="checkbox"/> è previsto un locale per il ricovero dei carrelli <input type="checkbox"/> gli armadi sono collocati in luoghi idonei		
RSA.RSS 15.6.4.9	<u>Deposito Biancheria sporca</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.4.9.1	il locale: <input type="checkbox"/> è ben ventilato e non riscaldato <input type="checkbox"/> ha una superficie che consente la corretta movimentazione di carichi e attrezzature		
RSA.RSS 15.6.4.9.2	presenza percorsi sporco/pulito separazione percorsi sporco pulito secondo riferimento normativo	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	
RSA.RSS 15.6.4.10	<u>Deposito carrozzine ed attrezzature</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.6.4.11	<u>Aree per wandering</u> per nuclei NDC/NDCT e più in generale che ospitano persone affette da demenze percorsi sicuri che consentano all'ospite di deambulare in modo protetto (percorso continuo e circolare preferibilmente attorno a un arredo adeguatamente attrezzato)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.7	<b>AREE DESTINATE ALLA VALUTAZIONE E TERAPIE</b>		
RSA.RSS 15.7.1	<u>Locale per prestazioni ambulatoriali</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.7.2	<u>Servizio di fisiochinesiterapia - servizio di podologia</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.7.3	<u>Palestra</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.7.3.1	<input type="checkbox"/> è utilizzata anche da utenza esterna <input type="checkbox"/> in quali orari _____ <input type="checkbox"/> è dotata di spogliatoi e servizi igienici dedicati suddivisi in due sezioni per sesso		
RSA.RSS 15.7.4	<b>Per i CDI e i CDDCI:</b> <input type="checkbox"/> è presente il bagno assistito con le caratteristiche sopra definite (obbligatorio da 11 utenti in su) <input type="checkbox"/> il bagno assistito non è previsto perché è presente un bagno assistito della struttura dislocato in prossimità delle aree dedicate al centro diurno (solo per cd fino a 10 utenti)		
RSA.RSS 15.8	<b>AREE DI SOCIALIZZAZIONE</b>		

RSA.RSS 15.8.1	<u>Soggiorni comuni e sale polivalenti - angolo bar</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.8.2	<u>Locale per il culto</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.8.3	<u>Parrucchiere - barbiere, pedicure</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.8.4	<u>Servizi igienici collettivi</u> (per ogni livello della struttura)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.8.5	<u>Spazi per soft corner</u> (per nuclei NDC/NDCT e più in generale che ospitano persone affette da demenze)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.8.6	Per i CDI e i CDDCI: <u>sala riposo/lettura</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.9	<b>AREE GENERALI DI SUPPORTO</b>		
RSA.RSS 15.9.1	<u>Ingresso con servizio di portineria</u> Per i CDI e i CDDCI: deve essere idoneamente dimensionato per svolgere un'azione di accoglienza degli utenti e consentire di collocare gli armadietti per il deposito del vestiario.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.9.2	<u>Uffici</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.9.3	<u>Locale per esposizione salme</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.9.3.1	il locale: <input type="checkbox"/> è localizzato all'interno della struttura (in luogo defilato/schermato) <input type="checkbox"/> è localizzato all'esterno <input type="checkbox"/> è facilmente accessibile anche ai mezzi di trasporto <input type="checkbox"/> prevede un idoneo spazio per la sosta dei famigliari del defunto <input type="checkbox"/> prevede anche la presenza di celle frigorifere <input type="checkbox"/> è ad uso esclusivo del presidio		
RSA.RSS 15.9.3.2	<input type="checkbox"/> è areato e mantiene idonee temperature anche in estate <input type="checkbox"/> le pareti sono rivestite con materiale lavabile per un'altezza di almeno 2 m <input type="checkbox"/> il pavimento è in materiale liscio, impermeabile, lavabile e provvisto di piletta e pendenze di scolo <input type="checkbox"/> è dotato di mezzi idonei per avvertire eventuali manifestazioni di vita <input type="checkbox"/> è opportunamente arredato <input type="checkbox"/> risponde ai requisiti igienico strutturali minimi previsti dal D.P.R. n. 285 del 10.09.90 per le camere mortuarie		
RSA.RSS 15.9.4	<u>Cucina e dispensa</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RSS 15.9.4.1	<input type="checkbox"/> il servizio è appaltato all'esterno <input type="checkbox"/> è previsto un locale per il ricevimento e lo sporzionamento dei pasti <input type="checkbox"/> il locale per il ricevimento e lo sporzionamento dei pasti risponde alla normativa vigente in materia di sicurezza alimentare <input type="checkbox"/> sono presenti spogliatoi e servizi igienici dedicati per il personale della cucina		
RSA.RSS 15.9.5	Per i CDI e i CDDCI: <u>locale tisaneria,</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.9.6	<u>Lavanderia/stireria</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.9.7	<u>Spogliatoi del personale</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.9.7.1	<input type="checkbox"/> rispettano i requisiti previsti dal D.Lgs 81/08 e s.m.i. <input type="checkbox"/> sono suddivisi per sesso <input type="checkbox"/> prevedono docce e servizi igienici collegati		
RSA.RSS 15.9.7.2	sono dotati di idonei sistemi di aspirazione forzata, qualora privi di ventilazione naturale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.9.8	<u>Magazzini e deposito</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.9.9	<u>Deposito generale sporco/pulito</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 15.9.9.1	<input type="checkbox"/> i percorsi sporco/pulito sono separati <input type="checkbox"/> è identificata un'apposita procedura gestionale e organizzativa per evitare la commistione tra sporco e pulito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 16.0	<b>SEGNALETICA</b>		
RSA.RSS 16.1	E' presente una segnaletica ben visibile e di facile comprensione per l'accesso alla struttura e alle sue divisioni interne	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 16.2	Nella struttura è esposto in modo centrale e ben visibile all'ingresso/nucleo: <input type="checkbox"/> l'orario di visita <input type="checkbox"/> l'orario settimanale di effettiva presenza medica (ove previsto) <input type="checkbox"/> uno schema di presenza di ogni professionalità impegnata nei vari turni giornalieri		
RSA.RSS 17.0	<b>REQUISITI IGIENICO SANITARI</b>		
RSA.RSS 17.1	<b>Pulizia ambienti, ausili, presidi e strumentario</b>		
RSA.RSS 17.1.1	Pulizia ambienti	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buona	

RSA.RSS 17.1.2	E' adottato un protocollo per le modalità di pulizia e sanificazione degli ambienti. Se SI indicare data, n. di elaborazione/revisione e ultimo aggiornamento _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 17.1.3	Vi è evidenza che il protocollo sia conosciuto ed applicato dagli operatori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 17.1.4	L'organizzazione monitora e verifica l'applicazione del protocollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 17.1.5	E' adottato un protocollo per la pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli ausili, presidi e strumentario medico. Se SI indicare data, n. di elaborazione/revisione e ultimo aggiornamento _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 17.1.6	Vi è evidenza che il protocollo sia conosciuto ed applicato dagli operatori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 17.1.7	L'organizzazione monitora e verifica l'applicazione del protocollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 17.2	<b>Biancheria</b>		
RSA.RSS 17.2.1	Cambio biancheria	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buona	
RSA.RSS 17.2.2	E' adottato un protocollo per una corretta gestione della biancheria sporca e pulita e modalità di lavaggio. Se SI indicare data, n. di elaborazione/revisione e ultimo aggiornamento _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 17.2.3	Vi è evidenza che il protocollo sia conosciuto ed applicato dagli operatori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RSS 17.2.4	L'organizzazione monitora e verifica l'applicazione del protocollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 17.3	<b>Igiene di locali, alimenti e personale</b>		
RSA.RSS 17.3.1	Igiene locali personale	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buona	
RSA.RSS 17.3.2	Igiene locali collettivi	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buona	
RSA.RSS 17.3.3	Igiene dispense e cucina	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buona	
RSA.RSS 17.3.4	Igiene servizi igienici	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buona	
RSA.RSS 17.3.5	Igiene alimenti	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buona	
RSA.RSS 17.3.6	Igiene del personale	VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> Insufficiente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buona	
RSA.RSS 17.4	<b>SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI</b>		
RSA.RSS 17.4.1	Contratto smaltimento rifiuti sanitari pericolosi e non con Ditta autorizzata (iiscritta all'Albo nazionale gestori ambientali) se modificato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	

RSA.RSS 17.4.2	E' adottato un protocollo per lo smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti nella struttura. Se SI indicare data, n. di elaborazione/revisione e ultimo aggiornamento _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 17.4.3	Vi è evidenza che il protocollo sia conosciuto ed applicato dagli operatori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 17.4.4	L'organizzazione monitora e verifica l'applicazione del protocollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 17.5	<b>LEGIONELLOSI</b>		
RSA.RSS 17.5.1	Valutazione del rischio legionellosi, regolarmente revisionata ogni anno o a seguito di eventi modificativi della situazione, con indicazioni delle azioni correttive eventualmente da applicare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RSS 17.5.2	Presenza della procedura di autocontrollo (che includa gli impianti di produzione di acqua calda/condizionamento con UTA/climatizzazione a split e similari)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RSS 17.5.3	Presenza di un registro, per ogni impianto, con interventi eseguiti e periodicità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

<b>ALLEGATO D</b>			
<b>CODICE</b>	<b>RSA - CHECK LIST REQUISITI GESTIONALI/ACCREDITAMENTO (per sopralluogo strutture già attive)</b>	<b>RISULTANZE</b>	<b>NOTE</b>
RSA.RGS 1.0	<b>REGOLAMENTO INTERNO DI FUNZIONAMENTO DELLA STRUTTURA</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RGS 1.1	Vi è evidenza che quanto previsto nel documento sia applicato all'interno dell'organizzazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 1.2	è presente una procedura per l'accoglienza (visita struttura, visita domiciliare, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 1.3	le modalità di accoglienza dell'ospite al momento dell'inserimento sono adeguate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 1.4	<input type="checkbox"/> le visite dei parenti sono regolamentate <input type="checkbox"/> è necessario prendere un appuntamento <input type="checkbox"/> i giorni di visita sono fissi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 1.5	Sono previste uscite degli ospiti al di fuori della RSA? Se sì, come sono organizzate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 1.6	La famiglia su richiesta può essere presente in struttura nei vari momenti della giornata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 1.7	Eventuali restrizioni in corso alle visite al momento del sopralluogo (se sì verificare che sia stata mandata la comunicazione al Dipartimento di Prevenzione)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 1.8	Segnalazioni in merito a eccessiva rigidità o necessità di modifica modalità di gestione delle visite da parte dei parenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS 2.0	<b>CARTA DEI SERVIZI</b>		

RSA.RGAS 2.1	La carta dei servizi è: <input type="checkbox"/> datata e aggiornata <input type="checkbox"/> rispondente ai requisiti ex D.G.R. n. 25-12129/2009 <input type="checkbox"/> corrispondente a quanto riscontrato in sopralluogo		
RSA.RGAS 2.2	il regolamento e la carta dei servizi vengono consegnati ai parenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS 3.0	<b>PROGETTO GESTIONALE DEL SERVIZIO</b>		
RSA.RGAS 3.1	Viene redatto e depositato con cadenza triennale un "Progetto di Gestione del Servizio"	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RGAS 3.2	I contenuti di tale progetto sono conformi a quanto disposto dall'all. C della D.G.R. n. 25-12129/2009	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.0	<b>VERIFICA REQUISITI GESTIONALI (TITOLI, MONTE ORE )</b>		
RSA.RGS 4.1	Elenco degli operatori ai fini della verifica del possesso del titolo di studio e dell'iscrizione al relativo Albo/Ordine (se prevista), aggiornato alla data del sopralluogo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RGS 4.2	Elenco degli ospiti, relativa tipologia e livello assistenziale aggiornato alla data del sopralluogo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RGS 4.3	Per le strutture ancora in regime transitorio (punto 23 C) della DGR 25-12129/2009 e s.m.i.: <input type="checkbox"/> sospensione dell'accreditamento relativo ai suddetti posti letto  Per le strutture ancora in registrazione/mantenimento (punto 23 B) della DGR 25-12129/2009 e s.m.i.: <input type="checkbox"/> sospensione di nuovi inserimenti relativamente ai posti letto suddetti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RGS 4.4	<b>DOTAZIONE ORGANICA DEL PERSONALE RIFERITA AGLI OSPITI ATTUALMENTE PRESENTI</b>		
RSA.RGS 4.4.1	<b>RESPONSABILE DI STRUTTURA (SE MODIFICATO)</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.4.2	<b>Nome e Cognome:</b> _____		
RSA.RGS 4.4.3	<input type="checkbox"/> Possesso dei titoli richiesti ex D.G.R. n. 8-8872 del 06.05.2019 ovvero titolo di Direttore di Comunità socio-sanitaria ai sensi della DGR 35-9199/08, conseguito in esito al superamento del relativo corso entro il 2018, oppure dei seguenti requisiti che debbono sussistere cumulativamente: · diploma di laurea; · esperienza almeno triennale presso strutture sanitarie/socio-sanitarie e/o organizzazioni nell'ambito delle attività socio-sanitarie-assistenziali con compiti di responsabilità nel coordinamento organizzativo e/o gestionale. Per esperienza si intende l'aver svolto un incarico, espressamente previsto dalle norme di riferimento per la relativa tipologia di struttura, che abbia comportato la responsabilità organizzativa complessiva della stessa; l'esperienza deve essere stata acquisita presso strutture sanitarie/socio-sanitarie ovvero tutti quei presidi che le norme regionali e statali di riferimento inseriscono nell'area sanitaria e socio-sanitaria (es. RSA, Casa di Cura, RAF per disabili, ecc), con esclusione quindi delle strutture socio-assistenziali e socio-educative (per es. Comunità educativa per minori, asilo nido, ecc.); per organizzazioni si intendono enti/amministrazioni diversi dalle strutture come sopra definite che si occupano di attività socio-sanitarie-assistenziali (es. Enti gestori dei Servizi Socio-Assistenziali, ASL, ecc.); nel "diploma di laurea" sono ricomprese tutte le lauree incluse quelle triennali		
RSA.RGS 4.4.4	<input type="checkbox"/> <b>Tipologia di contratto</b> <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____  <input type="checkbox"/> <b>Ore contrattualizzate</b> (indicare n.) _____ ai sensi della DGR 45/12 e s.m.i. per strutture pari o maggiori di 120 pl con contratto di lavoro di tipo subordinato per un monteore settimanale pari al 100% del monteore assegnato a full time; con contratto di collaborazione libero professionale per un monteore settimanale pari ad almeno 38 ore. Per un numero di pl (N) inferiore a 120 il monteore è in proporzione (rispettivamente N/1,20% e N/120x38).		

RSA.RGS 4.4.5	<input type="checkbox"/> Svolge l'incarico anche in altri presidi (max 3 strutture per un totale di max 150 pl) (indicare n.) _____ il monteore dovrà essere pari alla somma di $N/120 \times 38$ per ciascuna struttura (dichiarazione che il Responsabile deve rilasciare al gestore del presidio e aggiornare a ogni cambiamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.4.6	Le modalità di sostituzione del responsabile di struttura sono documentabili	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.4.2	<b>DIRETTORE SANITARIO (SE MODIFICATO)</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.4.2.1	<b>Nome e Cognome</b> _____		
RSA.RGS 4.4.2.2	<input type="checkbox"/> <b>Possesso dei titoli richiesti ex D.G.R. n. 45-4248 del 30.07.2012</b>  <input type="checkbox"/> <b>Tipologia di contratto</b> <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____  <input type="checkbox"/> <b>Ore contrattualizzate</b> (indicare n.) _____  ai sensi della DGR 45/12 e s.m.i. per strutture con numero utenti assegnati alle fasce d'intensità assistenziale medio-alta, alta, alta livello incrementato, NDCT, NDC pari o maggiori di 120 pl con contratto di lavoro di tipo subordinato per un monteore settimanale pari al 100% del monteore assegnato al full time; con contratto di collaborazione libero professionale per un monteore settimanale pari ad almeno 38 ore. Per un numero di pl (N) da 10 a 119 il monteore è in proporzione (rispettivamente $N/1,20\%$ e $N/120 \times 38$ ).  <input type="checkbox"/> <b>Svolge l'incarico anche in altri presidi</b> (max 3 strutture per un totale di max 150 pl) (indicare n. ) _____ il monteore dovrà essere pari alla somma di $N/120 \times 38$ per ciascuna struttura  <input type="checkbox"/> <b>Non previsto</b> In assenza di ospiti nelle suddette faasce assistenziali o fino a 10 ospiti nelle suddette fasce assistenziali il direttore sanitario non è previsto.		
RSA.RGS 4.4.3	<b>MEDICO RESPONSABILE N.D.C.T.</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RGS 4.4.3.1	<input type="checkbox"/> <b>Possesso dei titoli richiesti ex D.G.R. n. 45-4248 del 30.07.2012 ALL. 3</b> (Geriatra o medico con esperienza almeno quinquennale nelle patologie neurodegenerative e/o geriatriche)  <input type="checkbox"/> <b>Altri titoli</b> (indicare quali) _____  <input type="checkbox"/> <b>Tipologia di contratto</b> <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____  <input type="checkbox"/> <b>Ore contrattualizzate</b> (indicare n.) _____  ai sensi della DGR n. 10-4727 del 4.3.22 e s.m.i. 14 ore settimanali con garanzia di continuità assistenziale estesa anche a festivi e prefestivi; devono essere previste 14 h per il nucleo da 20 pl e 7 per il nucleo da 10 pl a prescindere dal numero di ospiti presenti.		
RSA.RGS 4.5	<b>Eventuali servizi aggiuntivi di cui all'art. 7 Allegato 1 DGR 45/12 e s.m.i.</b>  <input type="checkbox"/> attività medico specialistica interna  <input type="checkbox"/> per quanti ospiti _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.6	<b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b> Viene garantita per i tempi giornalieri medi previsti per ciascuna fascia di complessità assistenziale di cui alla tabella 1 della DGR 45/12 in relazione agli ospiti RSA presenti e alle relative necessità assistenziali definite nel PAI, nonché in relazione a eventuali ospiti presenti in altre tipologie (RA, CAVS, ecc.). In strutture con utenti assegnati alla fasce di intensità assistenziale medio-alta, alta, alta livello incrementato, NDTC, NDC pari o maggiori di 80 l'assistenza infermieristica deve essere articolata su 24 ore al giorno per ciascun giorno dell'anno e garantita con la presenza in struttura di personale infermieristico in orario diurno (6-22) e in orario notturno (22-6); in tutte le altre strutture deve essere articolata su 24 ore al giorno per ciascun giorno dell'anno e garantita con la presenza in struttura di personale infermieristico in orario diurno (6-22) e con la pronta reperibilità in orario notturno (22-6).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.6.1	<b>INFERMIERI</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RGS 4.6.1.1	<input type="checkbox"/> Numero Operatori Totali _____ <input type="checkbox"/> Numero Operatori in possesso del titolo di studio conseguito all'estero _____ <input type="checkbox"/> Possesso del titolo di studio ai sensi di legge <input type="checkbox"/> iscrizione nell'elenco regionale per gli operatori in possesso del titolo di studio conseguito all'estero <input type="checkbox"/> Iscrizione all'Albo		
RSA.RGS 4.6.1.2	<input type="checkbox"/> Tipologia di contratto e ore contrattualizzate: <input type="checkbox"/> Dipendente n. operatori F.T. _____ n. ore _____ n. operatori P.T. _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> in appalto esterno n. operatori F.T. _____ n. ore _____ n. operatori P.T. _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> Libero professionista n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____		
RSA.RGS 4.6.1.3	<input type="checkbox"/> Montepore totale erogato/mensile (prospetto turni) (indicare n.) _____	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RGS 4.6.1.4	ASSISTENZA INFERMIERISTICA H 24	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.6.1.5	L'assistenza sanitaria notturna è garantita attraverso: <input type="checkbox"/> Presenza effettiva del medico di struttura <input type="checkbox"/> Presenza effettiva dell'infermiere <input type="checkbox"/> Presenza dell'OSS con reperibilità del <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere		

RSA.RGS 4.6.1.6	<p>Eventuali servizi aggiuntivi di cui all'art. 7 Allegato 1 DGR 45/12 e s.m.i.</p> <p><input type="checkbox"/> erogazione di maggiore minutaggio di assistenza infermieristica rispetto a quanto previsto dalle norme</p> <p><input type="checkbox"/> per quanti ospiti _____</p> <p><input type="checkbox"/> numero ore aggiuntive a settimana _____</p> <p><input type="checkbox"/> presenza dell'IP nelle ore notturne laddove non previsto come requisito necessario dalle norme</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.7	<p><b>ASSISTENZA TUTELARE ALLA PERSONA</b></p> <p>Viene garantita per i tempi giornalieri medi previsti per ciascuna fascia di complessità assistenziale di cui alla tabella 1 della DGR 45/12 in relazione agli ospiti RSA presenti; deve essere articolata, senza soluzione di continuità, su 24h al giorno per ciascun giorno dell'anno e garantita con la presenza in struttura di personale, in possesso della qualifica di OSS e eventualmente in possesso dei requisiti previsti dalle DDGR n. 4-1141 del 20.03.20, n. 20-4955 del 29.04.22 e n. 28-7934 del 18.12.23 (esclusivamente in affiancamento ad un OSS), in orario diurno (6-22) e in orario notturno (22-6).</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.7.1	<p><b>O.S.S.</b></p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.7.1.1	<p><input type="checkbox"/> Numero Operatori totali</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> possesso della qualifica OSS ai sensi di legge</p>		
RSA.RGS 4.7.1.2	<p><input type="checkbox"/> Tipologia di contratto e ore contrattualizzate:</p> <p><input type="checkbox"/> Dipendente n. operatori _____ n. ore _____</p> <p><input type="checkbox"/> in appalto esterno n. operatori _____ n. ore _____</p> <p><input type="checkbox"/> Libero professionista n. operatori _____ n. ore _____</p> <p><input type="checkbox"/> altro (specificare)</p> <p>_____</p>		

RSA.RGS 4.7.1.3	<p><b>Eventuali servizi aggiuntivi di cui all'art. 7 Allegato 1 DGR 45/12 e s.m.i.</b></p> <p><input type="checkbox"/> erogazione di maggiore minutaggio di OSS rispetto a quanto previsto dalle norme</p> <p><input type="checkbox"/> per quanti ospiti _____</p> <p><input type="checkbox"/> numero ore aggiuntive a settimana _____</p>		
RSA.RGS 4.7.1.4	<b>OPERATORI AI SENSI DELLA DGR n. 4-1141 del 20.03.20 e della DGR n. 20-4955 del 29.04.22</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.7.1.5	<p><input type="checkbox"/> Numero Operatori totali _____</p> <p><input type="checkbox"/> assunti entro il 31.12.2022</p> <p><input type="checkbox"/> Numero operatori iscritti al corso per l'ottenimento qualifica OSS _____</p> <p><input type="checkbox"/> Numero operatori con attestato di qualifica professionale di assistente familiare _____</p> <p><input type="checkbox"/> Numero operatori che hanno svolto, con regolare contratto di lavoro, per almeno 6 mesi anche non consecutivi, mansioni di assistenza al domicilio di anziani non autosufficienti o disabili _____</p> <p><input type="checkbox"/> Numero operatori con diploma di Tecnico dei Servizi Socio-Sanitari _____</p> <p><input type="checkbox"/> Numero operatori in possesso del titolo di infermiera volontaria _____</p>		
RSA.RGS 4.7.1.6	<p><input type="checkbox"/> Tipologia di contratto e ore contrattualizzate:</p> <p><input type="checkbox"/> Dipendente n. operatori _____ n. ore _____</p> <p><input type="checkbox"/> in appalto esterno n. operatori _____ n. ore _____</p> <p><input type="checkbox"/> Libero professionista n. operatori _____ n. ore _____</p> <p><input type="checkbox"/> altro (specificare) _____</p>		
RSA.RGS 4.7.1.7	<b>OPERATORI AI SENSI DELLA DGR n. 28-7934 del 18.12.23</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RGS 4.7.1.8	<input type="checkbox"/> Numero Operatori totali _____ <input type="checkbox"/> assunti dal 18.12.23 al 31.12.2024 <input type="checkbox"/> in possesso del diploma di scuola secondaria di primo grado <input type="checkbox"/> Numero operatori iscritti al corso per l'ottenimento qualifica OSS _____ <input type="checkbox"/> Numero operatori con attestato di qualifica professionale di assistente familiare _____ <input type="checkbox"/> Numero operatori che hanno svolto, con regolare contratto di lavoro, per almeno 6 mesi anche non consecutivi, mansioni di assistenza al domicilio di anziani non autosufficienti o disabili _____ <input type="checkbox"/> Numero operatori con diploma di Tecnico dei Servizi Socio-Sanitari _____ <input type="checkbox"/> Numero operatori in possesso del titolo di infermiera volontaria _____		
RSA.RGS 4.7.1.9	<input type="checkbox"/> Tipologia di contratto e ore contrattualizzate: <input type="checkbox"/> Dipendente n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> in appalto esterno n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> Libero professionista n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____		
RSA.RGS 4.7.1.10	<input type="checkbox"/> Montepore totale assistenza tutelare/mensile (prospetto turni) (indicare n.) _____	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RGS 4.7.1.11	Verifica presenza di OSS per affiancamento operatori non ancora qualificati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.8	<b>ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE, MANTENIMENTO PSICO-FISICO E SOSTEGNO PSICOLOGICO</b> Viene garantita attraverso le figure professionali dell'area delle professioni sanitarie e gli psicologi per i tempi giornalieri medi previsti per ciascuna fascia di complessità assistenziale di cui alla tabella 1 della DGR 45/12 in relazione agli ospiti presenti e alle relative necessità assistenziali definite nel PAI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.8.1	<b>FISIOTERAPISTA</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RGS 4.8.1.1	<input type="checkbox"/> Numero Operatori <hr/> <input type="checkbox"/> Possesso del titolo di studio ai sensi di legge		
RSA.RGS 4.8.1.2	<input type="checkbox"/> Tipologia di contratto e ore contrattualizzate: <input type="checkbox"/> Dipendente n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> in appalto esterno n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> Libero professionista n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> altro (specificare) <hr/>		
RSA.RGS 4.8.1.3	<b>Eventuali servizi aggiuntivi di cui all'art. 7 Allegato 1 DGR 45/12 e s.m.i.</b> <input type="checkbox"/> erogazione di maggiore minutaggio di attività riabilitativa rispetto a quanto previsto dalle norme <input type="checkbox"/> per quanti ospiti _____ <input type="checkbox"/> numero ore aggiuntive a settimana _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.8.1.4	<input type="checkbox"/> Monteprese totale/mensile (indicare n.) <hr/>		
RSA.RGAS 4.9	<b>PIANO RELATIVO AL SUPPORTO PSICOLOGICO DELL'ANNO IN CORSO</b>		
RSA.RGAS 4.9.1	E' adottato un piano delle attività di supporto psicologico per il personale e gli utenti da attivare con minutaggio ulteriore rispetto all'attività di riabilitazione psicofisica ex D.G.R. n. 45-15226/2012 (punto 8/A - a della DGR 25/2009)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS 4.9.2	<b>PSICOLOGO</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS 4.9.2.1	<input type="checkbox"/> Numero Operatori <hr/> <input type="checkbox"/> Possesso del titolo di studio ai sensi di legge		

RSA.RGAS 4.9.2.2	<input type="checkbox"/> Tipologia di contratto e ore contrattualizzate: <input type="checkbox"/> Dipendente n. operatori _____ n. ore _____  <input type="checkbox"/> in appalto esterno n. operatori _____ n. ore _____  <input type="checkbox"/> Libero professionista n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____		
RSA.RGAS 4.9.2.3	<input type="checkbox"/> Montepore totale/mensile (indicare n.) _____		
RSA.RGS 4.10	<b>ATTIVITA' DI ANIMAZIONE</b> Viene garantita attraverso le figure professionali dell'animatore professionale, del terapeuta occupazionale, dell'educatore professionale, dell'area della riabilitazione e gli psicologi. Deve essere previsto un monteore medio settimanale pari a ore 18/72 per numero utenti (15 minuti a settimana per utente)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.10.1	E' previsto uno spazio esterno dove gli ospiti possono pranzare o cenare durante la bella stagione, con adeguata protezione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.10.2	Piano di animazione dell'anno in corso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RGS 4.10.3	<b>ANIMATORE</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.10.3.1	<input type="checkbox"/> Numero Operatori _____  <input type="checkbox"/> Possesso del titolo di studio ai sensi di legge		
RSA.RGS 4.10.3.2	<input type="checkbox"/> Tipologia di contratto e ore contrattualizzate: <input type="checkbox"/> Dipendente n. operatori _____ n. ore _____  <input type="checkbox"/> in appalto esterno n. operatori _____ n. ore _____  <input type="checkbox"/> Libero professionista n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____		

RSA.RGS 4.10.3.3	<input type="checkbox"/> Montepore totale/mensile (indicare n.) _____		
RSA.RGS 4.11	<b>EDUCATORI</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.11.1	<input type="checkbox"/> Educatore professionale socio-sanitario Numero operatori _____ <input type="checkbox"/> Possesso del titolo di studio ai sensi di legge <input type="checkbox"/> Possesso di eventuali corsi di aggiornamento specifici sulla tematica oggetto del lavoro in rsa		
RSA.RGS 4.11.2	<input type="checkbox"/> Tipologia di contratto e ore contrattualizzate: <input type="checkbox"/> Dipendente n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> in appalto esterno n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> Libero professionista n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____		
RSA.RGS 4.11.3	<input type="checkbox"/> Montepore totale/mensile (indicare n.) _____		
RSA.RGS 4.11.4	<input type="checkbox"/> Educatore professionale socio-pedagogico Numero operatori _____ <input type="checkbox"/> Possesso del titolo di studio ai sensi di legge		
RSA.RGS 4.11.5	<input type="checkbox"/> Tipologia di contratto e ore contrattualizzate: <input type="checkbox"/> Dipendente n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> in appalto esterno n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> Libero professionista n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____		
RSA.RGS 4.11.6	<input type="checkbox"/> Montepore totale/mensile (indicare n.) _____		
RSA.RGS 4.12	<b>ALTRO</b> (specificare) _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RGS 4.12.1	<input type="checkbox"/> Tipologia di contratto e ore contrattualizzate: <input type="checkbox"/> Dipendente n. operatori _____ n. ore _____  <input type="checkbox"/> in appalto esterno n. operatori _____ n. ore _____  <input type="checkbox"/> Libero professionista n. operatori _____ n. ore _____ <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____		
RSA.RGS 4.12.2	<input type="checkbox"/> Monteprese totale/mensile (indicare n.) _____		
RSA.RGS 4.12.3	<b>Eventuali servizi aggiuntivi di cui all'art. 7 Allegato 1 DGR 45/12 e s.m.i. :</b>  <input type="checkbox"/> attività di animazione, innovative e aggiuntive rispetto a quelle previste nei requisiti di autorizzazione, che comportano costi per le strutture che le attuano (indicare quali attività) _____ _____ _____ _____  <input type="checkbox"/> per quanti ospiti _____  <input type="checkbox"/> eventuale minutaggio aggiuntivo a settimana _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.13	PERSONALE AMMINISTRATIVO/PORTINERIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.14	MANUTENTORE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.15	ADDETTI ALLE PULIZIE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.16	PARRUCCHIERE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.17	CUOCO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.18	ALTRO _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.19	<b>ASSISTENZA MEDICA DI BASE</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RGS 4.19.1	MMG in ADR n. _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 4.19.2	Elenco del n. di Medici di Medicina Generale operanti con indicazione dei giorni e degli orari di presenza, aggiornato alla data del sopralluogo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RGS 4.19.3	Registro presenze MMG in ADR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RGS 4.19.4	L'orario di effettiva presenza del medico all'interno della struttura è adeguatamente pubblicizzato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS 5.0	<b>RILEVAZIONE PRESENZE E PROSPETTO TURNI DEL PERSONALE</b>		
RSA.RGAS 5.1	E' adottato un sistema di rilevazione delle presenze degli Operatori (se presenti più tipologie per ciascuna di esse). Se SI indicare la modalità (es. registro presenze, timbratura con badge, ecc.)  _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata altro	
RSA.RGAS 5.2	Verifica del monte ore mensile erogato dagli operatori in relazione agli ospiti presenti e alle relative intensità assistenziali (acquisizione turni di servizio del personale addetto)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	

RSA.RGAS 5.3	Elenco degli ospiti, relativa tipologia e livello assistenziale del mese precedente al sopralluogo (o altro mese) e relativo conteggio ore di assistenza tutelare e infermieristica erogate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RGAS 5.4	Turni di servizio del personale addetto del mese precedente al sopralluogo (o altro mese) riportante nome, cognome e titolo degli operatori e il totale delle ore giornaliere e mensili	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RGAS 5.5	Verifica del monte ore erogato dagli operatori in relazione agli ospiti presenti e alle relative intensità assistenziali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata	
RSA.RGAS 5.6	Il 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, è esposto in modo ben visibile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS 5.7	Corrispondenza tra Operatori presenti in servizio e turnistica programmata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 6.0	<b>PASSAGGIO DI CONSEGNE E INSERIMENTO DI PERSONALE DI NUOVA ACQUISIZIONE</b>		

RSA.RGS 6.1	E' adottata un'adeguata modalit� (es. registro) per il passaggio di consegne tra operatori (specificare) _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RGS 6.2	il registro/quaderno delle consegne: <input type="checkbox"/> � previsto per ogni profilo professionale <input type="checkbox"/> � previsto per ogni nucleo		
RSA.RGS 6.3	E' adottata una procedura operativa per l'inserimento di personale di nuova acquisizione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RGS 6.4	Nei criteri di selezione del personale � posta attenzione anche alla conoscenza della lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS 7.0	<b>PRESENZA DEL VOLONTARIATO</b>		
RSA.RGAS 7.1	<input type="checkbox"/> Le modalit� di presenza del volontariato sono definite nell'ambito di convenzioni tra i soggetti gestori ed i rappresentanti delle organizzazioni e/o associazioni  Dettagliare le attivit�, comprese gite esterne alla struttura  <input type="checkbox"/> Sono previste visite da parte di associazioni di giovani	DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RGAS 7.2	E' disponibile l'orario di presenza dei volontari e l'indicazione delle attivit� svolte, fermo restando che il loro coinvolgimento deve configurarsi come complementare e non sostitutivo delle attivit� assistenziali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	

RSA.RGAS 7.3	L'inserimento dei volontari nelle attività avviene anche mediante adeguati interventi di tutoraggio e formazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 8.0	<b>RETTE</b>		
RSA.RGS 8.1	Importo retta/e per utenti in convenzione conforme al modello tariffario vigente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 8.2	<b>Integrazioni richieste per servizi aggiuntivi di cui all'art. 7 Allegato 1 DGR 45/12 e s.m.i.</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 8.2.1	sono state comunicate all'ASL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 8.2.2	sono conformi alle norme e verificate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 8.2.3	l'utente è dettagliatamente informato all'atto dell'inserimento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 8.2.4	sono applicate a tutti gli ospiti (con esclusione di quelli con integrazione da parte dell'Ente gestore dei Servizi socio-assistenziali)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 8.2.5	ammontano a: <input type="checkbox"/> erogazione di maggiore minutaggio di assistenza infermieristica rispetto a quanto previsto dalle norme € _____ <input type="checkbox"/> erogazione di maggiore minutaggio di OSS rispetto a quanto previsto dalle norme € _____ <input type="checkbox"/> erogazione di maggiore minutaggio di attività riabilitativa rispetto a quanto previsto dalle norme € _____ <input type="checkbox"/> attività di animazione, innovative e aggiuntive rispetto a quelle previste nei requisiti di autorizzazione, che comportano costi per le strutture che le attuano € _____ <input type="checkbox"/> attività medico specialistica interna € _____ <input type="checkbox"/> presenza dell'IP nelle ore notturne laddove non previsto come requisito necessario dalle norme € _____		
RSA.RGS 8.3	<b>Supplementi a richiesta dell'ospite</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 8.3.1	sono prestazioni non comprese, in base alle norme, nella tariffa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS 8.3.2	l'utente è dettagliatamente informato all'atto dell'inserimento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RGS 8.3.3	<p>le prestazioni:</p> <input type="checkbox"/> sono esplicitate e quantificate all'ospite nel loro importo giornaliero <input type="checkbox"/> sono concordate e sottoscritte da entrambe le parti nel contratto di accoglienza <input type="checkbox"/> sono rendicontate mensilmente con precisazione del servizio/prestazione e del relativo importo		
RSA.RGAS.9.0	<b>Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.)</b>		
RSA.RGAS.9.1	I P.A.I. sono definiti e documentati ex D.G.R. n. 42-8390/2008	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RGAS.9.2	Indicare il tipo di supporto (cartaceo/informatizzato) su cui è redatto il P.A.I.	<input type="checkbox"/> Cartaceo <input type="checkbox"/> Informatizzato	
RSA.RGAS.9.3	La predisposizione, la verifica e l'aggiornamento del P.A.I. sono effettuate nell'ambito di un'equipe multiprofessionale al cui interno è individuato un referente del caso (case manager)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS.9.4	Indicare a chi è affidata la responsabilità operativa dell'esecuzione del P.A.I. (Direttore Sanitario, Coordinatore delle attività infermieristiche, Coordinatore delle attività di assistenza tutelare)		
RSA.RGAS.9.5	La valutazione e identificazione dei bisogni assistenziali viene preceduta da un periodo di osservazione della persona e raccolta di dati (stato generale di salute, specifiche patologie, autonomie residue, abitudini, vissuto, interessi, aspettative, ecc.) su apposite schede.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS.9.6	E' previsto il coinvolgimento della persona assistita (in base alle sue condizioni psico-fisiche) e/o di un familiare (e/o caregiver). Indicare se tali persone hanno sottoscritto o meno il P.A.I.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS.9.7	La valutazione multidimensionale dei bisogni viene effettuata anche con utilizzo di scale e test scientificamente validati scelti in base alle caratteristiche clinico-assistenziali della persona	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS.9.8	Gli obiettivi sono definiti in modo chiaro con previsione di priorità, indicatori e scadenze per le necessarie successive verifiche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS.9.9	La rivalutazione dei bisogni e degli obiettivi viene effettuata secondo tempistiche definite (almeno una volta ogni 6 mesi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RGAS.9.10	Viene eseguita la rivalutazione dei bisogni e degli obiettivi in presenza di un cambiamento della situazione o delle condizioni della persona assistita	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS.9.11	Nella pianificazione dell'assistenza sono adeguatamente documentati gli interventi, gli operatori interessati, gli indicatori di risultato e i tempi di verifica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS.9.12	Viene fornita evidenza dell'eventuale sospensione o interruzione degli interventi e delle relative motivazioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS.9.13	Per garantire la necessaria integrazione degli operatori e delle prestazioni sono previste adeguate modalità comunicative (es. riunioni periodiche di èquipe, briefing, consegne, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS.9.14	Indicare il numero di P.A.I. esaminati in modo random _____		
RSA.RGAS.9.15	Indicare ospiti e valutazione dei P.A.I. esaminati		
RSA.RGAS.10.0	<b>COORDINAMENTO CON SERVIZI SANITARI E SOCIALI DEL TERRITORIO</b>		
RSA.RGAS.10.1	E' presente un progetto quadro condiviso e sottoscritto con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio (ex all. B della D.G.R. n. 25-12129/2009)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RGS.11.0	<b>CARTELLE SANITARIE</b>		
RSA.RGS.11.1	La Cartella è integrata?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS.11.2	La Cartella è informatizzata? E' certificata come dispositivo medico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS.11.3	Cartella infermieristica: indicare n. esaminato, ospiti e valutazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS.11.4	Ogni annotazione è corredata di data, ora e firma (o sigla) dell'esecutore e nella struttura è presente un registro contenente il deposito delle firme e sigle del personale titolato alla compilazione delle cartelle	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGS.11.5	è presente un fascicolo personale per ciascun ospite (che raccoglie tutta la documentazione)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS.12.0	<b>SISTEMA DI QUALIFICAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>		

RSA.RGAS.12.1	Viene adottato, entro il 31 gennaio di ogni anno, un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RGAS.12.2	La pianificazione del piano è basata sui bisogni formativi di tutte le figure professionali in funzione degli obiettivi del servizio e risponde a quanto indicato nell'all. B della D.G.R. n. 25-12129/2009	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS.12.3	L'organizzazione verifica e monitora la formazione (progettazione, erogazione, risultati)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RGAS.12.4	verifica della formazione generale (4 ore) e specifica dei lavoratori e relativo aggiornamento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**ALLEGATO E**

CODICE	RSA - CHECK LIST REQUISITI DI ACCREDITAMENTO E QUALITA'	RISULTANZE	NOTE
	<b>SCHEDA PER LA VERIFICA DOCUMENTALE DI PROTOCOLLI E PROCEDURE</b>		
	<b>CHIAREZZA</b> (il documento deve essere comprensibile a tutti gli operatori)		
	<b>APPLICABILITA'</b> (il documento <b>non</b> deve proporre indicazioni non attuabili, prevedere l'utilizzazione di materiali o presidi indisponibili, ecc)		
	<b>CONTESTUALIZZAZIONE</b> (il documento deve essere specifico per la struttura e tenere conto della sua organizzazione)		
	<b>QUALITA' DEI CONTENUTI:</b> il documento deve basarsi su evidenze scientifiche e/o su documenti prodotti da fonti accreditate e infine essere in linea con le vigenti normative.		
	<b>Ove applicabile occorre che nei documenti sia prevista la valutazione iniziale e la rivalutazione, quali siano gli interventi da mettere in atto e attraverso l'azione di quale figura professionale in caso di situazioni alterate, nonchè la valutazione finale</b>		
RSA.RA.1.0	<b>STRUMENTI E PROCEDURE DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ</b>		
RSA.RA.1.1	E' stato identificata una struttura e/o un responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità. Se SI indicare _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.1.2	E' adottata una procedura per l'identificazione, segnalazione e gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	

RSA.RA.1.3	Sono stati definiti strumenti e procedure di rilevamento della qualità percepita Indicare la cadenza di somministrazione _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.1.4	E' stato attivato un sistema per la gestione dei reclami	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.1.5	Viene redatto un report annuale di valutazione dei risultati raggiunti nei confronti di ogni ospite, della famiglia (laddove possibile) e dei committenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.2.0	<b>GESTIONE DEI FARMACI</b>		
RSA.RA.2.1	E' adottato un protocollo per una corretta gestione dei farmaci che identifica con chiarezza ruoli e responsabilità dei vari attori coinvolti (es. medico, infermiere, OSS, ecc.). Se sì indicare data, n. di elaborazione/revisione e ultimo aggiornamento_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.2.2	Il protocollo è articolato in modo da considerare le diverse fasi del processo di gestione del farmaco cioè approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio dell'assistito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.2.3	Il protocollo definisce modalità di prevenzione e gestione del rischio di eventi avversi legati ad errori in terapia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.2.4	Nel protocollo è previsto che, al momento dell'ingresso della persona in struttura e in occasione di ogni transizione di cura (es. ricovero ospedaliero con successivo rientro in struttura), la prescrizione della terapia sia preceduta dall'attività (documentata) di ricognizione e riconciliazione farmacologica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RA.2.5	La prescrizione della terapia viene effettuata sulla Scheda Unica di Terapia (SUT) per garantire la tracciatura puntuale dei principali attori del processo. Se sì indicare il tipo di supporto (cartaceo/informatizzato) utilizzato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> Cartaceo <input type="checkbox"/> Informatizzato	
RSA.RA.2.6	La conservazione dei farmaci è adeguata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.2.7	Sono presenti farmaci scaduti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.2.8	Nel protocollo sono previste indicazioni di comportamento per situazioni particolari (es. prescrizione verbale/telefonica per assenza del medico in struttura, prescrizione condizionata c.d. "al bisogno", ecc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.2.9	Nel protocollo sono previste indicazioni per la gestione dei farmaci FALA (Farmaci ad Alto Livello di Attenzione) e LASA (Look Alike - Sound Alike)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.2.10	Nel protocollo sono previste indicazioni per la gestione delle forme farmaceutiche orali nei casi in cui sia necessario procedere a divisione, triturazione di compresse, somministrazione "camuffata" con cibi o bevande	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.2.11	Vi è evidenza dall'analisi dei documenti che il protocollo sia conosciuto ed applicato dagli operatori della struttura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.2.12	Risulta applicato al momento del sopralluogo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.2.13	L'organizzazione monitora e verifica l'applicazione del protocollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.2.14	E' attuata ed è documentabile una formazione (di base e continua) del personale per migliorare il livello di competenza in tema di gestione dei farmaci, prevenzione degli errori in terapia e sicurezza della cure	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.3.0	<b>CONTENZIONE</b>		

RSA.RA.3.1	E' adottato un protocollo per prevenire il ricorso all'uso di mezzi di contenzione con adozione di misure alternative (es. con riguardo alla sicurezza e al comfort ambientale, all'assistenza, al supporto psico-sociale, alle attività individuali e di gruppo, ecc.). Se si indicare data, n. di elaborazione/revisione e ultimo aggiornamento_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.3.2	E' presente un sistema di valutazione dell'efficacia delle misure preventive adottate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.3.3	E' adottato un protocollo per la gestione della contenzione nel rispetto delle disposizioni vigenti (DD n. 2139 del 15.11.2022). Se si indicare data, n. di elaborazione/revisione e ultimo aggiornamento _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.3.4	Vi è evidenza dall'analisi dei documenti che il protocollo sia conosciuto ed applicato dagli operatori della struttura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.3.5	Risulta applicato al momento del sopralluogo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.3.6	L'organizzazione monitora e verifica l'applicazione dei protocolli	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.3.7	Vi è evidenza di un'analisi (es. attraverso percorsi di audit clinico) dei fattori di rischio legati all'organizzazione della struttura (es. carenza di personale, prassi assistenziali, implicazioni legali, ecc.) per migliorare, attraverso specifici interventi, eventuali punti di debolezza nella pratica della contenzione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	

RSA.RA.3.8	E' attuata ed è documentabile una formazione (di base e continua) del personale in tema di contenzione per migliorare il livello di competenza, sviluppare la consapevolezza sui fattori di rischio, le strategie di prevenzione e l'adozione di misure alternative	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.4.0	<b>RISCHIO CADUTA</b>		
RSA.RA.4.1	E' adottato un protocollo per la prevenzione e gestione del rischio caduta in relazione alle caratteristiche degli assistiti e della struttura. Se sì indicare data, n. di elaborazione/revisione e ultimo aggiornamento_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.4.2	E' presente un sistema di valutazione dell'efficacia delle misure preventive adottate con l'uso di appositi indicatori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.4.3	La valutazione del rischio caduta viene effettuata al momento dell'ammissione della persona in struttura e periodicamente aggiornata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.4.4	E' prevista la rivalutazione del rischio caduta in casi particolari (es. a seguito di alterazioni significative dello stato di salute dell'ospite, a fronte di variazione della terapia con farmaci che possono esporre l'ospite a maggior rischio di caduta, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RA.4.5	E' adottato un protocollo per una tempestiva e corretta gestione della persona assistita dopo una caduta e un'adeguata valutazione delle cause (ad es. con l'uso di check list) al fine di predisporre interventi assistenziali personalizzati. Se sì indicare data, n. di elaborazione e revisione, estensori del protocollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.4.6	Vi è evidenza dall'analisi dei documenti che il protocollo sia conosciuto ed applicato dagli operatori della struttura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.4.7	Risulta applicato al momento del sopralluogo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.4.8	L'organizzazione monitora e verifica l'applicazione dei protocolli	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.4.9	E' attuata ed è documentabile una formazione (di base e continua) del personale per sviluppare la consapevolezza rispetto ai fattori di rischio e alle strategie di prevenzione, limitare l'uso della contenzione e migliorare il livello di competenza nella gestione delle cadute	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.5.0	<b>RISCHIO LESIONI DA PRESSIONE</b>		
RSA.RA.5.1	E' adottato un protocollo per la prevenzione, la gestione del rischio ed il trattamento delle lesioni da pressione. Se sì indicare data, n. di elaborazione/revisione ed estensori del protocollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.5.2	Vi è evidenza dall'analisi dei documenti che il protocollo sia conosciuto ed applicato dagli operatori della struttura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.5.3	Risulta applicato al momento del sopralluogo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RA.5.4	L'organizzazione monitora e verifica l'applicazione del protocollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.5.5	Viene garantita la disponibilità di ausili e prodotti idonei per la prevenzione e la cura delle ulcere da pressione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.5.6	E' presente un sistema di valutazione dell'efficacia delle misure preventive adottate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.5.7	La valutazione del rischio di lesioni da pressione viene effettuata al momento dell'ammissione della persona in struttura e periodicamente aggiornata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.5.8	E' prevista la rivalutazione del rischio di lesioni da pressione in casi particolari (es. immobilità o ipomobilità con deficit di sensibilità, patologie acute e croniche che influenzano la perfusione tissutale, malnutrizione, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.5.9	In presenza di lesioni da pressione viene effettuato un regolare monitoraggio del dolore attraverso l'utilizzo di apposite scale di valutazione adeguate allo stato cognitivo della persona	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.5.10	E' previsto il coinvolgimento della persona assistita e/o di un familiare/caregiver nelle strategie e nelle opzioni concernenti la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RA.5.11	E' attuata ed è documentabile una formazione (di base e continua) del personale per migliorare il livello di competenza nella prevenzione, gestione e trattamento delle lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.6.0	<b>PREVENZIONE E CURA DELLA SCABBIA</b>		
RSA.RA.6.1	E' adottato un protocollo per la prevenzione e cura della scabbia. Se SI indicare data, n. di elaborazione/revisione e ultimo aggiornamento _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.6.2	Vi è evidenza dall'analisi dei documenti che il protocollo sia conosciuto ed applicato dagli operatori della struttura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.6.3	Risulta applicato al momento del sopralluogo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.6.4	L'organizzazione monitora e verifica l'applicazione del protocollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.7.0	<b>PREVENZIONE DELLE INFEZIONI E PARASSITOSI</b>		
RSA.RA.7.1	E' adottato un protocollo per la prevenzione delle infezioni e parassitosi. Se SI indicare data, n. di elaborazione/revisione e ultimo aggiornamento _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> agli atti <input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> acquisita <input type="checkbox"/> visionata <input type="checkbox"/> altro	
RSA.RA.7.2	Vi è evidenza dall'analisi dei documenti che il protocollo sia conosciuto ed applicato dagli operatori della struttura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.7.3	Risulta applicato al momento del sopralluogo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RSA.RA.7.4	L'organizzazione monitora e verifica l'applicazione del protocollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.8.0	<b>ULTERIORI PROTOCOLLI/PROCEDURE</b>		
RSA.RA.8.1	Procedura gestione dei pasti e delle diete	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.8.2	Procedura sterilizzazione\disinfezione presidi, ausili, strumentario	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.8.3	Protocollo per la valutazione nutrizionale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.8.4	Protocollo prevenzione del rischio suicidio (se presenti soggetti a rischio)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.8.5	Protocollo gestione catetere vescicale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.8.6	Protocollo gestione isolamento dei paziente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.8.7	Protocollo di mobilitazione passiva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.8.8	Verifica dei sistemi di movimentazione dei carichi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.9.0	<b>CURA DEGLI OSPITI</b>		
RSA.RA.9.1	Igiene dell'utente/ospite. Osservazione diretta	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	
RSA.RA.9.2	Stato cute (livello idratazione). Osservazione diretta	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	
RSA.RA.9.3	Gestione device. Presenza e stato di accessi vascolari, SNG, sonde nutrizione, microinfusori e ogni altro device in uso	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	
RSA.RA.9.4	Gestione catetere vescicale a permanenza (Osservazione diretta "a campione" di almeno 2 utenti).		
RSA.RA.9.4.1	<i>Controllo visivo del catetere e della sacca di raccolta</i>	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	
RSA.RA.9.4.2	<i>Presenza della prescrizione medica</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.9.4.3	<i>Presenza di registrazione del posizionamento e programmazione della sostituzione</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.9.4.4	<i>Conformità alle indicazioni del protocollo sulla gestione del cateterismo vescicale</i>	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	
RSA.RA.9.5	Gestione lesioni da pressione (numero e stadio) (Osservazione diretta "a campione" di almeno 2 utenti)		

RSA.RA.9.5.1	<i>Tracciabilità della valutazione integrità cutanea con eventuale descrizione della lesione (sede, estensione, grado)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.9.5.2	<i>Piano preventivo (mobilizzazione / presidi / idratazione / nutrizione etc)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.9.5.3	<i>Prescrizione della medicazione avanzata</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.9.5.4	<i>Tracciabilità delle medicazioni in conformità alle prescrizioni</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RSA.RA.9.6	Gestione del paziente in O2 terapia		
RSA.RA.9.6.1	<i>Controllo visivo dello stato di conservazione e funzionalità dei dispositivi in essere</i>	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente	
RSA.RA.9.6.2	<i>Conformità alla prescrizione (l/min e device)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

<b>VERBALE ISPETTIVO</b>	
<b>n.</b>	<b>data</b>

Il giorno ..... dalle ore .... alle ore ..... i sottoscritti:

	Presidente della Commissione
	Componente per gli aspetti gestionali/organizzativi
	Componente per gli aspetti strutturali/igienico-sanitari
	Componente per gli aspetti impiantistici/sicurezza e protezione
	Componente per gli aspetti clinico/assistenziali
	Segretario/a verbalizzante

componenti della Commissione di Vigilanza sulle Strutture socio assistenziali, socio educative e socio sanitarie, residenziali e semiresidenziali dell'ASL ... costituita ai sensi delle disposizioni regionali vigenti in materia con atto del DG n. del..., hanno effettuato apposito sopralluogo presso \_\_\_\_\_, nell'esercizio delle funzioni amministrative di vigilanza come regolate dalla D.G.R. n. 7-2645 del 22 dicembre 2020 e s.m.i..

#### **PREMESSA**

#### **Tipo di attività**

VERIFICA ISPETTIVA ORDINARIA

VERIFICA ISPETTIVA STRAORDINARIA

Motivazione del sopralluogo: \_\_\_\_\_

VERIFICA ISPETTIVA AUTORIZZATIVA

ALTRO \_\_\_\_\_

Data del precedente sopralluogo della Commissione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**OTTEMPERANZA PRESCRIZIONI PRECEDENTE SOPRALLUOGO**

<i>prescrizione</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>Altro</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osservazioni:			

Al sopralluogo sono presenti per la struttura:

<i>nome cognome</i>	<i>qualifica</i>

Si riassumono, di seguito, le risultanze del sopralluogo.

**GENERALITA' DEL PRESIDIO**

<b>Denominazione</b>			
<b>indirizzo</b>		<b>n.</b>	
<b>Comune</b>		<b>CAP</b>	
<b>Email/PEC</b>		<b>tel</b>	
<b>Proprietario della struttura</b>			

### AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO

provvedimento	tipologia	numero posti

Rilasciata a:

<b>Ente/Società</b>			
<b>Sede legale</b>			<b>n.</b>
<b>Comune</b>		<b>CAP</b>	
<b>Natura giuridica</b>			
<b>Legale Rappresentante</b>			
<b>Luogo e data di nascita</b>			

### ACCREDITAMENTO

provvedimento	tipologia	numero posti

### SITUAZIONE OSPITI

Numero totale ospiti presenti: ....

n. ospiti in convenzione col SSR	n. ospiti privati	Intensità assistenziali		
Osservazioni				

**DOCUMENTAZIONE TECNICA, REQUISITI STRUTTURALI E IGIENICO-SANITARI  
VALUTATI E EVENTUALI RILIEVI**

---

---

**REQUISITI GESTIONALI/ORGANIZZATIVI VALUTATI E EVENTUALI RILIEVI**

---

---

**REQUISITI CLINICO-ASSISTENZIALI VALUTATI E EVENTUALI RILIEVI**

---

---

**DOCUMENTAZIONE RICHIESTA**

---

---

La documentazione richiesta dovrà essere trasmessa alla Commissione di Vigilanza entro \_\_\_\_giorni dal ricevimento del presente verbale.

**ULTERIORI OSSERVAZIONI**

---

---

**DICHIARAZIONI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DEL SOGGETTO GESTORE O  
SUO INCARICATO**

---

---

**CONCLUSIONI**

**la Commissione, sulla base della documentazione esaminata e degli esiti del sopralluogo effettuato, formula le seguenti conclusioni:**

- ▶ Richiesta di ottemperanza immediata alle seguenti prescrizioni:
- 
-

- Richiesta di ottemperanza alle seguenti prescrizioni:
- 
- 

**Alle prescrizioni si dovrà ottemperare entro e non oltre \_ giorni dalla data di notifica del presente verbale.**

**L'avvenuta ottemperanza alle prescrizioni dovrà essere comprovata mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ex art 47 del d.p.r. 445/2000, da far pervenire a questa commissione nei 10 giorni successivi.**

**Decorso infruttuosamente il termine di cui sopra, questa commissione potrà avviare il procedimento di sanzione, sospensione, revoca dell'autorizzazione al funzionamento della struttura, nonché assumere tutti i necessari provvedimenti di competenza a tutela dell'igiene e sicurezza dell'attività e dei livelli assistenziali forniti agli ospiti.**

Il presente verbale viene chiuso alle ore ...

***Luogo e data***

***I COMPONENTI DELLA COMMISSIONE E IL LEGALE RAPPRESENTANTE DEL SOGGETTO GESTORE (o suo incaricato)<sup>1</sup>***

<i>Nome</i>	<i>Firma</i>

---

<sup>1</sup> Nel caso in cui il gestore non voglia sottoscrivere il verbale, annotare il relativo rifiuto in corrispondenza del nome.