



REGIONE MOLISE  
**DIREZIONE GENERALE V**  
**POLITICHE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E ASSISTENZA SOCIO-  
 SANITARIA**  
**GAR – Gruppo di Accreditamento Regionale**

Via Toscana, 9 - 86100 CAMPOBASSO  
**Tel.** 0874 - 4291  
**Fax.** 0874 - 424558

### VERBALE

**Oggetto:** Visita di verifica Struttura Residenziale ad alta attività terapeutico-socio-riabilitativa (CRP), in via XXIV Maggio n 4 a Gambatesa della Società Cooperativa Sociale G. Falcone effettuata in data 2 agosto 2010

**Composizione del team di verifica come da foglio presenze allegato al presente verbale, quale parte integrante e sostanziale:**

- Dr. Cosimo Dentizzi – geriatra -psicologo, Team Leader;
- Dr. Raffaele Mazzocco - fisiatra - esperto per l'Accreditamento;
- Dr. Sergio Rago – esperto per l'accREDITamento
- arch. Antonio Vetere, Regione Molise;
- Dr. Salvatore Panaro – Regione Molise
- Dr.ssa Maria Giannini – Regione Molise
- Dr.ssa Carla Severino – Regione Molise
- Signora Antonietta Stinziani – Regione Molise

Sono presenti per la Società Cooperativa Sociale G. Falcone:

- Domenico Mucci
- Vincenzina Tirro
- Antonietta Di Criscio

#### **Estensione della visita**

La verifica è stata effettuata sull'attività della struttura Società Cooperativa Sociale G. Falcone di Gambatesa, la quale eroga prestazioni ad alta attività terapeutica-socio-riabilitativa (CRP) in qualità di Presidio di Tutela della Salute Mentale in regime di ricovero residenziale e semi-residenziale con *focus* specifico sui requisiti generali e specifici inerenti la struttura e l'organizzazione e sui procedimenti per la valutazione ed il miglioramento della qualità.

#### **Obiettivo della visita**

La finalità della visita è stata quella di valutare il livello di conformità ai requisiti previsti dalla Regione Molise, giusta DGR n. 1135/08; la visita ha previsto l'utilizzo delle griglie dei requisiti generali e dei requisiti specifici contenuti nel "Manuale dei requisiti per l'autorizzazione ed accreditamento" (delibera G.R. n.738 /09).

A tale scopo sono state acquisite le evidenze della Struttura sulla conformità ai requisiti generali e specifici applicabili.

#### **Considerazioni generali.**

La visita si è svolta in un clima di collaborazione e disponibilità con la partecipazione attiva dei componenti coinvolti nel processo di verifica.

Con l'istanza di accreditamento la struttura aveva trasmesso già la documentazione prevista dal Manuale dei requisiti per l'autorizzazione e l'accREDITamento.

In sede di verifica la struttura ha messo a disposizione della Commissione la documentazione richiesta precedentemente dalla Commissione.

### **Requisiti organizzativi generali**

#### **Politiche, obiettivi e attività**

Le politiche della Direzione (missione, visione, obiettivi strategici) sono definite nella Carta dei Servizi.

La *mission* è definita dalla natura della Struttura.

Gli obiettivi risultano definiti dalla Struttura e sono resi noti agli utenti.

Tali obiettivi sono coerenti con quelli programmatori sovraordinati della Regione Molise.

**I requisiti per l'accreditamento istituzionale sono complessivamente soddisfatti e, pertanto, si conferma l'autovalutazione positiva.**

### **Diritti dei cittadini, informazione all'utente e Carta dei servizi pubblici sanitari**

La Carta dei servizi è stata elaborata. La Carta dei Servizi è a disposizione degli utenti.

Gli utenti possono presentare segnalazioni, suggerimenti e reclami che possono essere consegnati, mediante compilazione di apposita modulistica.

La raccolta delle schede di segnalazione e reclamo avviene nel rispetto dell'anonimato e della privacy.

Ad oggi non sono stati sollevati reclami né suggerimenti.

La struttura ha definito una procedura per la acquisizione del consenso informato, mediante apposita modulistica di cui si è richiesta evidenza.

I requisiti per l'accreditamento provvisorio ed istituzionale sono complessivamente soddisfatti, e pertanto si conferma l'autovalutazione positiva.

### **Struttura organizzativa**

L'organigramma funzionale è stato prodotto dalla Struttura.

I requisiti per l'accreditamento provvisorio ed istituzionale sono complessivamente soddisfatti, e pertanto si conferma l'autovalutazione positiva

### **Gestione delle risorse umane**

Non è redatto un piano formativo aziendale.

Non vi è evidenza di un budget dedicato alla formazione del personale, in ogni caso la formazione professionale degli operatori è facilitata dalla Struttura con il sostegno economico alla partecipazione di corsi di formazione e/o aggiornamento.

L'evidenza delle attività formative svolte è disponibile nei fascicoli individuali e mediante gli attestati di formazione del personale, prodotti in sede di verifica.

Esistono verbali da cui è possibile rilevare lo svolgimento di riunioni interne per la rilevazione del clima aziendale.

**I requisiti non risultano ancora pienamente posseduti o realizzati e, pertanto, è possibile il miglioramento.**

### **Gestione, Valutazione e miglioramento della qualità**

Esiste un piano per il miglioramento della qualità e sono stati attivati programmi di miglioramento e valutazione della qualità.

Tutto il personale partecipa ad iniziative di formazione. Vengono acquisiti gli attestati di formazione del personale.

E' stato prodotto un documento della Qualità.

I requisiti per l'accreditamento provvisorio ed istituzionale sono complessivamente soddisfatti, e pertanto si conferma l'autovalutazione positiva.

### **Sistema Informativo**

La struttura non ha un sistema informativo gestionale di raccolta dei dati ed archiviazione; esiste un archivio cartaceo; tuttavia parte dell'archiviazione viene gestita tramite l'utilizzo di un computer.

La comunicazione interna ed esterna è ben gestita dal punto di vista cartaceo garantendo la riservatezza delle informazioni anche ai fini della tutela della privacy .

Esiste un archivio cartaceo da cui è possibile rilevare il percorso terapeutico del paziente.

I requisiti per l'accreditamento provvisorio ed istituzionale sono ancora parzialmente soddisfatti, e pertanto ne è possibile il miglioramento.

### **Gestione, Valutazione e miglioramento della qualità**

Esiste evidenza di valutazione dell'attività svolta, mediante un piano della qualità a seguito del riesame della direzione che identifica specifiche azioni di miglioramento.

Vengono acquisiti gli attestati di formazione del personale.

E' stato prodotto un documento della Qualità.

I requisiti per l'accreditamento provvisorio ed istituzionale sono complessivamente soddisfatti, e pertanto si conferma l'autovalutazione positiva.

## **REQUISITI SPECIFICI PER UNA STRUTTURA RESIDENZIALE AL ALTA ATTIVITA' TERAPEUTICO-SOCIO-RIABILITATIVA**

### **Requisiti organizzativi**

Per ogni utente esiste la documentazione di un progetto terapeutico individualizzato con l'indicazione dell'operatore di riferimento nonché le modalità di rapporto con la famiglia.

L'assistenza specialistica è assicurata dal Dipartimento di Salute Mentale di Isernia.

L'approvvigionamento dei farmaci è effettuato o previa prescrizione del medico specialista del DSM o del medico di medicina generale.

Vi è uno psicologo convenzionato che opera all'interno della struttura.

Vi è un coordinatore di struttura ed il numero del personale (15 operatori) è adeguato alle esigenze della struttura.

Nonostante i numerosi corsi di formazione frequentati dal personale, gli operatori sono privi di una certificazione di un ente di formazione riconosciuto che attesti la qualifica di operatore psichiatrico e/o operatore socio sanitario.

I turni di servizio garantiscono la presenza del personale di assistenza nell'arco delle 24 ore.

La Struttura svolge attività finalizzata all'integrazione sociale ed al reinserimento nell'ambito delle relazioni sociali dei pazienti.

**I requisiti per l'accreditamento istituzionale non sono soddisfatti dato che non esiste un numero di operatori (13) con la qualifica di operatore psichiatrico e/o operatore socio-sanitario come previsto dalla normativa sull'accreditamento.**

### **Valutazione e miglioramento della qualità**

Oltre ai requisiti già descritti nella parte generale, la struttura ha documentato per ogni utente

- la definizione di un progetto personalizzato con l'utilizzazione di scale di valutazione multidimensionale,
- l'adozione di un sistema di valutazione dei risultati,
- il coinvolgimento dei familiari.

**I requisiti per l'accreditamento istituzionale sono complessivamente soddisfatti, e pertanto si conferma l'autovalutazione positiva.**

## REQUISITI STRUTTURALI

La costruzione sede della CRP, sita nelle immediate vicinanze del centro abitato, occupa dei locali già adibiti ad edificio scolastico. I locali, sono collocati al piano seminterrato, terra e primo dell'edificio e sono stati oggetto, recentemente, di una completa ristrutturazione. Il fabbricato, realizzato con struttura portante in muratura e presenta ottimi livelli di finitura. Risultano eseguiti interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria e gli arredi sono dignitosi.

La struttura, di proprietà comunale e ceduta in locazione alla cooperativa "G. Falcone", è un edificio a due piani. Al piano seminterrato sono ubicati i magazzini, al piano terra sono presenti sale di ricreazione, relax, riunioni ed attività collettive, al primo piano sono situate le camere dal letto, i servizi e l'area amministrativa.

*Piano seminterrato:* al piano seminterrato sono ubicati due magazzini rispettivamente di mq 32.54 e mq 50.74 oltre ad un locale per attività riabilitative di mq 41.06.

*Piano terra:* al piano terra è ubicato l'ingresso della struttura da cui parte una scala in c.a. che disimpegna tutti i piani della struttura; la presenza di un servoscala garantisce l'accessibilità dei diversamente abili a tutte le zone del Centro. Sono inoltre presenti a questo livello un locale per le attività psico-riabilitative di mq 33.72, una sala per attività collettive di mq 52,64, una sala colloqui di mq 16.42 e due spogliatoi rispettivamente di mq 10.93 e mq 11.85.

*Piano primo:* a questo livello sono situate cinque camere da letto, tre camere a due letti rispettivamente di mq 20.01, mq 20.02 e 20.57, e tre camere a tre letti di mq 22.05 e 27.69 e 29.47. Tutte le camere sono fornite di bagni per disabili. Sono inoltre presenti un locale pluriuso adibito a sala pranzo e soggiorno-TV della superficie di mq 42,34, un locale per attività di musica e lettura di mq 33.71, una lavanderia di mq 20.85, una cucina di mq 19.89 con annessa ub adispensa di mq 7.94, due ripostigli, due bagni per gli operatori, un archivio, un locale sdbito ad attività sanitaria di mq 22.37 ed un ufficio amministrativo di mq 17.27.

I servizi igienici sono soddisfacenti.

La struttura ha una superficie netta complessiva di circa mq 573,42 per cui lo standard di 30-35 mq per ciascun utente viene rispettato.

Durante la visita di verifica è stata acquisita la seguente documentazione:

- **Certificato di agibilità:** rilasciato dal comune di Gambatesa in data 11.05.2007.
- **Visura catastale:** rilasciata dall'Agenzia del Territorio in data 14.07.2007 dalla quale risulta che la struttura è riportata in catasto al foglio 28, particella 656, sub 3, 4 ed è classificata B01.
- **Impianto Elettrico:** Certificato di conformità rilasciato dalla ditta Bergantino Vincenzo in data 08.05.2007.
- **Impianto di messa a terra:** Certificato di conformità rilasciato dalla ditta Bergantino Vincenzo in data 08.05.2007; Denuncia ISPELS in data 11.05.2007. Verifica periodica eseguita dall'organismo certificatore "EL MAPO" in data 10.12.2009.
- **Impianto Idrico – Sanitario, termico e Gas:** certificato di conformità in data 20.08.2007 rilasciato dalla ditta Ruggiero Antonio; Contratto di manutenzione con la ditta Leonardi Vittorio in data 10.01.2008.
- **Impianto termico – libretto caldaia:** Certificati di conformità e libretti per 3 caldaie in data 20.11.2007, ultime verifiche effettuate in data 20.11.2009 e contratto di manutenzione in data 01.09.2007 stipulato con la ditta Ruggiero Antonio.
- **Impianto di condizionamento:** Certificato di conformità in data 30.08.2007 rilasciato dalla ditta Ruggiero Antonio e contratto di manutenzione in data 01.09.2007 stipulato con la stessa ditta.
- **Protezione Incendio:** Attestazione di non assoggettabilità a C.P.I. da parte dell'Arch. Cosmo Galasso in data 18.12.2010. Sono presenti 4 estintori in polvere da Kg 6 ed un

estintore in CO2. Il contratto di manutenzione è stato stipulato con la ditta Antincendio Molise in data 11.12.2006. ultimo controllo semestrale in data marzo 2010.

- **Corso Antincendio:** attestato comprovante la partecipazione al corso antincendio rilasciata dal Comando VV.FF. di Campobasso ai sigg: Di Criscio Antonietta, Panico Silvana, Ruggiero Angela, Tirro Conception e Tirro Vincenzina.
- **Documento di Valutazione dei Rischi:** Redatto ed aggiornato dalla ditta Quasar Consulting in data 14.05.2010; ultima riunione periodica maggio 2010. Il responsabile per la sicurezza è il sig. Domenico Mucci.
- **Corso Sicurezza D.lgs 81/2008:** attestato di partecipazione al corso rilasciato dalla CA.T.-P.M.I. al sig. Domenico Mucci in data novembre 2007.
- **Contratto di smaltimento rifiuti:** Stipulato con la ditta PANDA in data 07.12.2008.
- **Vie di fuga:** E' presente la segnaletica di base con l'indicazione delle uscite di sicurezza, sono presenti i maniglioni antipanico sui percorsi di fuga.
- **Apparecchiature:** è stata fornita la lista delle attrezzature e le certificazioni di conformità delle stesse.
- **Piano di Manutenzione struttura:** redatto dall'arch. Antonio Molinaro in data 19.01.2008; Contratto di manutenzione opere edili in data 25.01.2008 con la ditta Severino Luciano e con la ditta Ciccaglione Nicolino per la manutenzione degli infissi in data 26.01.2008;
- **Accessibilità disabili:** La struttura è accessibile . Dichiarazione del progettista in data 27.09.2007 circa l'eliminazione delle barriere architettoniche.
- **Servizi disabili:** i servizi sono conformi alla normativa vigente.
- **Apparecchiature:** sono state fornite le certificazioni di conformità delle apparecchiature.
- **HCCP:** redatto in data 25.08.2008 dalla TEMCO di Francesca Di Cesare;

Durante la visita di controllo è stata acquisita la planimetria dell'ambulatorio con la destinazione d'uso dei locali.

**I requisiti strutturali per l'accreditamento istituzionale sono soddisfatti.**

#### CONCLUSIONI

**Alla data della visita non sono soddisfatti i requisiti per l'accreditamento relativi ai requisiti organizzativi poiché non esiste un numero di operatori (13) con la qualifica di operatore psichiatrico e/o operatore socio-sanitario come previsto dalla normativa sull'accreditamento.**

IL TEAM LEADER

(*DOTT. COSIMO DENTIZZI*)



