



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

1

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

VERBALE ISPETTIVO N. 23/2015 .

A VEGATO A) DELIBERA N. 407 DEL 29 OTTOBRE 2015

L'anno **duemilaquindici** il giorno **22** del mese di **ottobre**, dalle ore 10,30 i sottoscritti:

| NOMINATIVI | AS | PR | QUALIFICA |
|-----------------------------|-----------|-----------|---|
| Dott.ssa Elena BARBERO | X | | Presidente Commissione, Direttore S.O.C. Medicina Legale |
| Dott. Pasquale TOSCANO | X | | Dirigente SOC Direzione Sanitaria |
| Dott.ssa Silvia CASELLI | X | | Dirigente S.O.C. I.S.P. |
| Dott. Pietro PITRONE | X | | Dirigente Distretto Domodossola |
| Per. Ind. Gianfranco MORA | X | | Funzionario S.O.C. Prevenzione e Protezione |
| Per. Ind. Maurizio PAGLIARI | X | | Funzionario della S.O.C. G.I.T.B. |

componenti la Commissione di Vigilanza sulle Strutture Sanitarie della ASL VCO, istituita con atti del Direttore Generale dell'ASL VCO, Delibera n° 76 del 6 marzo 2014 e Delibera n° 4809 del 28 novembre 2013, hanno effettuato apposito sopralluogo biennale presso **l'Ambulatorio di Medicina dello SPORT** del Dottor Lania Antonino presso "Fisiodelta" in Domodossola allo scopo di procedere agli accertamenti richiesti dalla Regione Piemonte

Per la struttura sono presenti i signori:

| | |
|------------------------|--------------------------------|
| Dott. Damiano DELBARBA | Rappresentante della struttura |
| Dott. Antonino LANIA | Medico dello Sport |

Data dell'ultimo sopralluogo

27 giugno 2013

**REGIONE
PIEMONTE**

www.regione.piemonte.it/sanita



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

2

GENERALITA' DEL PRESIDIO

| | | |
|----------------|--|--|
| Denominazione: | Centro Medico Riabilitativo " FISIODELTA srl" | |
|----------------|--|--|

| | | |
|------|--------------------|-------|
| Via: | fraz Nosere | n. 31 |
|------|--------------------|-------|

| | | |
|------------|--------------------|-----------|
| Comune di: | DOMODOSSOLA | Prov.: VB |
|------------|--------------------|-----------|

| | |
|-----------|---------------------------|
| Telefono: | 0324/ 46073 |
| Fax: | 0324/ 46073 |
| E-mail: | info@fisiodelta.it |

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Natura giuridica: | Studio privato |
| Proprietario struttura: | fam Zaretti |

| | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| Tipologia della struttura | Ambulatorio di medicina dello sport |
|----------------------------------|-------------------------------------|

REQUISITI STRUTTURALI e TECNOLOGICI

| |
|-------------------------|
| 01 - Planimetrie |
|-------------------------|

Planimetrie quotate scala non inferiore a 1:200, datate e firmate da un professionista e dal legale rappresentante con indicato, per ciascun locale: superficie, destinazione d'uso e rapporto aeroilluminante/superficie pavimento del locale.

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

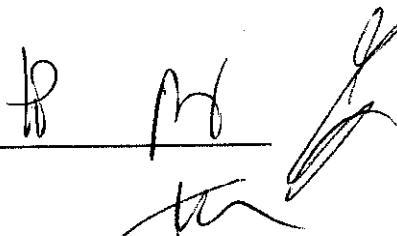
| |
|----------------------|
| Osservazioni: |
|----------------------|

| |
|--------------------------------------|
| 02 - Certificato di agibilità |
|--------------------------------------|

➤ Copia del certificato di agibilità rilasciato dal Comune.

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

 **REGIONE
PIEMONTE**



Osservazioni:**03 - Impianti elettrici**

- Copia del progetto, redatto ai sensi della norma CEI 64/8 sez. 710

 agli atti richiesto

altro

Osservazioni:

- Copia della dichiarazione di conformità degli impianti ai sensi del DM n. 37/08 o, dichiarazione di rispondenza rilasciata da tecnico abilitato (in assenza di progetto).

 agli atti richiesto altro**Osservazioni:**

- Copia della denuncia dei dispositivi di messa a terra degli impianti ai sensi del DPR 462/01 (in presenza di lavoratori dipendenti o equiparati).

 agli atti richiesto altro**Osservazioni:**

prossima verifica ottobre 2017

- Presa visione dei registri delle verifiche periodiche dell'impianto di terra e degli impianti elettrici.

 verifiche impianto di terra

Impianto di nuova realizzazione a seguito ristrutturazione ambienti

 verifiche impianti elettrici**Osservazioni:****04 - Sicurezza antinfortunistica** (in presenza di dipendenti o soci) agli atti richiesto altro**Osservazioni:**

preso visione del DVR redatto in data 05/10/2015 (revisione 01)

05 - Eliminazione delle barriere architettoniche

Dichiarazione, a firma di tecnico abilitato, che attesti la conformità delle strutture alle normative vigenti in materia di accessibilità e superamento delle barriere architettoniche.

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

Osservazioni:**06 - Smaltimento rifiuti**

- Copia del contratto smaltimento rifiuti sanitari pericolosi e non con ditta autorizzata.

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input checked="" type="checkbox"/> altro |
|------------------------------------|------------------------------------|---|

Osservazioni: preso visione

- Presa visione dei registri di carico e scarico.

| | |
|--|----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> verificato | Osservazioni: |
|--|----------------------|

07 - Manutenzione degli impianti/apparecchiature**Apparecchiature elettromedicali**

- Presa visione dell'elenco delle apparecchiature in dotazione con le relative certificazioni di rispondenza alle norme CEI specifiche.

| | |
|--|----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> verificato | Osservazioni: |
|--|----------------------|

- Presa visione del contratto di manutenzione periodica.

| | |
|--|----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> verificato | Osservazioni: |
|--|----------------------|

Luci di emergenza

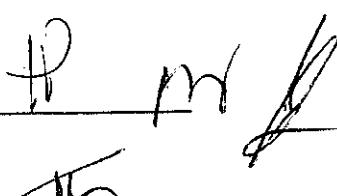
- Verifica del corretto funzionamento delle lampade di emergenza.

| | |
|--|----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> verificato | Osservazioni: |
|--|----------------------|

Impianto di rilevazione incendi

- Presa visione del contratto di manutenzione periodica.

| | |
|--|----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> verificato | Osservazioni: |
|--|----------------------|



**A.S.L. VCO.**Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio OssolaSede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

5

- Presa visione del registro sul quale sono annotati i controlli, le verifiche e gli interventi di manutenzione (DPR n. 151 del 01/08/2011).

 verificato**Osservazioni:****Verifica estintori**

| | |
|----------------------|--|
| Osservazioni: | Accertata, durante il sopralluogo, la verifica di legge, effettuata dalla ditta manutentrice nel mese di: ottobre 2015 |
|----------------------|--|

08 - Controllo delle infezioni ospedaliere

- Protocollo o procedura per la pulizia e sanificazione degli ambienti.

 agli atti richiesto altro

| | |
|----------------------|---|
| Osservazioni: | Preso visione delle schede di conformità dei prodotti utilizzati. |
|----------------------|---|

- Protocollo o procedura per la protezione del contagio professionale da agenti infettivi, con particolare riferimento all'HIV.

 agli atti richiesto altro

| | |
|----------------------|---|
| Osservazioni: | - |
|----------------------|---|

09 – Spazio per funzioni amministrative

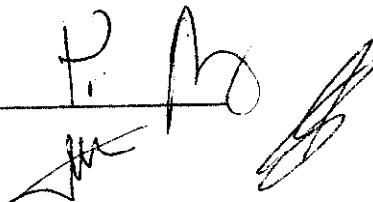
- Numero locali

| | |
|--------------|--|
| Attesa | 01 - |
| Accettazione | 01 - |
| Segreteria | 01- in comune con l'accettazione |
| archivio | 01- La documentazione è conservata in armadi chiusi. |

| | |
|----------------------|--|
| Osservazioni: | |
|----------------------|--|

10 – Spazio per funzioni sanitarie

- Numero locali


**REGIONE
PIEMONTE**


**A.S.L. VCO.**Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio OssolaSede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB) 6
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

| | |
|---|----|
| Studio medico | 05 |
| Studio medico dedicato alla medicina sportiva | 01 |

Osservazioni:**11 – Servizi igienici**

➤ Numero locali

| | |
|------------------------------------|----|
| Antibagno | 02 |
| Servizio per normodotati | 01 |
| Servizio per portatori di handicap | 01 |

Osservazioni: il rappresentante della struttura dichiara che non vengono effettuate visite per portatori di handicap in quanto non sono presenti idonee strumentazioni**12 – Organizzazione**

| | |
|---|--|
| Struttura dedicata esclusivamente ad ambulatorio per la medicina sportiva | <input type="checkbox"/> Sì |
| Ambulatorio inserito in una struttura polispecialistica | <input checked="" type="checkbox"/> Sì |

Osservazioni:**13 – Dotazione strumentale**

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| Bilancia pesa persona | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Altimetro | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Defibrillatore | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Attrezzatura minima per rianimazione | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Elettrocardiografo idoneo per valutare le prove da sforzo | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Sgabelli (gradini) per IRI – altezza variabile cm 50, 40, 30 | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Cicloergometro | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Metrometro | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

**A.S.L. V.C.O.**Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio OssolaSede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

7

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| Spirometro che consente la determinazione di CBF, VEMS, indice di TIFFENAU, MVV. | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Attrezature per esame delle urine | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Ottotipo luminoso | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Tavole per l'esame del senso cromatico | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Strumentario per l'esame ORL | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

Osservazioni:**REQUISITI AMMINISTRATIVI – PERSONALE****14 - Organigramma**

- Elenco del personale medico e infermieristico.

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

Osservazioni:**15 – Titoli di studio**

- Copia del titolo di studio e della specifica specialità di ogni operatore.

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

Osservazioni:**16 – Modello operativo**

- Copia degli orari di apertura della struttura.

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

Osservazioni: presa visione in corso di sopralluogo + acquisita copia

- Copia dell'autorizzazione al funzionamento rilasciata dal Comune.

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB) 8
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Osservazioni:

- Dichiarazione del Direttore tecnico della struttura sulla capacità produttiva massima giornaliera e sulla capacità produttiva totale annua (calcolata su 200 giorni lavorativi).

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> agli atti | <input type="checkbox"/> richiesto | <input type="checkbox"/> altro |
|---|------------------------------------|--------------------------------|

Osservazioni:

sono state visionate a campione n° 5 cartelle riguardanti attività sportive inserite nella tabella B1: nulla da segnalare

RILIEVI e PRESCRIZIONI

Nessun rilievo o prescrizione

Il sopralluogo termina alle ore 12,00

L.C.S.

Dott.ssa Elena BARBERO


Elena Barbero

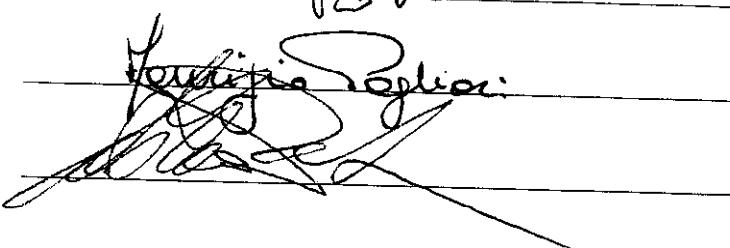
Per. Ind. Gianfranco MORA


Gianfranco Mora

Per. Ind. Maurizio PAGLIARI


Maurizio Pagliari

Dott. Pasquale TOSCANO


Pasquale Toscano