

REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO  
OMEGNA

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N. 137 del 13 APRILE 2016

O G G E T T O	COMMISSIONE DI VIGILANZA SULLE STRUTTURE A VALENZA SANITARIA - RECEPIMENTO VERBALE DI ISPEZIONE N.6/2016 DEL <b>29/03/2016</b> RELATIVO ALLA VISITA ISPETTIVA DEL 29/03/2016 PRESSO LO <b>Studio Professionale di Fisioterapia di AGOSTA MATTEO sede di Verbania</b> IN APPLICAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO DELLA DGR 24- 6579 DEL 28-10-2013.
---------------------------------	--

L'anno duemilasedici il giorno TREDICI

del mese di APRILE in OMEGNA,

IL DIRETTORE GENERALE

- Dott. Giovanni Caruso

coadiuvato da:

- Dott. Antonino Trimarchi

DIRETTORE SANITARIO

- Dott. Antonio Jannelli

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Riservato alla S.O.C. Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per la registrazione della spesa

data \_\_\_\_\_

al N. \_\_\_\_\_ conto \_\_\_\_\_

al N. \_\_\_\_\_ conto \_\_\_\_\_

al N. \_\_\_\_\_ conto \_\_\_\_\_

al N. \_\_\_\_\_ conto \_\_\_\_\_

Si attesta la regolarità contabile e le imputazioni a

Bilancio derivanti dal provvedimento

Il Direttore F.F. SOC REF o suo delegato

(Dott.ssa .....)

Beneficiario \_\_\_\_\_ €. \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ €. \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ €. \_\_\_\_\_

Annotazioni eventuali :

**PROPOSTA DI ISTRUTTORIA**  
**IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE DI VIGILANZA SANITARIA**

**RICHIAMATA** la D.G.R. n. 24-6579 del 28/10/2013 che titola "Nuove linee di indirizzo alle ASL in ordine alle modalità organizzative e di funzionamento delle Commissioni di Vigilanza per le attività di verifica sulle strutture sanitarie private";

**PRESO ATTO** che la ASL scrivente ha disposto la composizione della nuova Commissione di Vigilanza Sanitaria (da ora in avanti denominata CVS) con Delibera n° 76 del 6/3/2014 recependo il disposto della D.G.R. n. 12-6458 del 7/10/2013;

**VISTO** che la D.G.R. n. 24-6579 del 28/10/2013 stabilisce che *"il verbale (della CVS) deve essere recepito con apposito provvedimento del Direttore Generale dell'ASL entro un congruo termine, di norma non superiore ai 30 giorni dall'avvenuta verifica e tempestivamente trasmesso agli Enti titolari della funzione autorizzativi e/o di accreditamento"*;

**RITENUTO** necessario adempiere a quanto disposto dalla D.G.R. sopracitata;

**VISTE** le disposizioni della Regione Piemonte previste dalla DGR 06/04/2009 n° 9-1161 con le quali si prescrive un controllo almeno biennale sugli studi di fisioterapia

**RILEVATO** che nell'ambito dell'attività istituzionale della Commissione di Vigilanza, si è proceduto in data **29/03/2016** ad effettuare apposita visita ispettiva presso lo **Studio Professionale di Fisioterapia di AGOSTA MATTEO**, sito in Verbania, le cui risultanze sono dettagliatamente descritte nel **verbale n. 6 del 29/03/2016 allegato lettera A)** che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

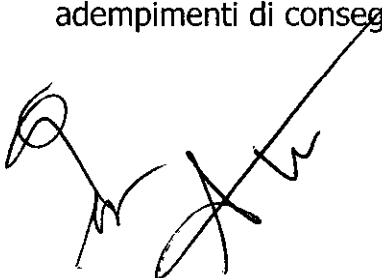
**CONVENUTO CHE:**

- 1) Il verbale firmato dai componenti della CVS viene inviato assieme alla presente delibera alla Direzione Generale, a cura del Presidente della CVS
- 2) Il Presidente della CVS provvederà all'invio formale della deliberazione e del verbale agli Enti interessati

**PROPONE**

1°) **DI RECEPIRE** per i motivi indicati in premessa del verbale redatto in occasione della visita ispettiva presso lo Studio Professionale di Fisioterapia di Agosta Matteo, sede di Verbania, le cui risultanze sono dettagliatamente descritte nel verbale n. 6 del 29/03/2016 allegato lettera A) che forma parte integrante e sostanziale di presente atto;

2°) **DI DARE ATTO** che, come precisato in premessa, la presente deliberazione verrà formalmente inviata alla Regione Piemonte ed agli altri soggetti interessati per gli adempimenti di conseguenza,



**Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento proposto**

Data 5/4/2016

Il Presidente della Commissione di Vigilanza Sanitaria  
Responsabile del Procedimento  
(dr.ssa Elena Barbero)

**IL DIRETTORE GENERALE**

**VISTA**

la sopraestesa proposta istruttoria;

**ACQUISITO**

il parere favorevole espresso, ai sensi dell'art. 3, comma 1-quinquies, del D.Lgs.vo 19/6/1999 n. 229, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

**DECIDE**

**di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.**

A handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to be a combination of letters and a flourish.

Letto, confermato e sottoscritto

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Giovanni Caruso)

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Antonino Trimarchi)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Antonio Jannelli)

### RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che copia del presente atto è stata posta in pubblicazione all'Albo Ufficiale dell' A.S.L. VCO il giorno 13 APR. 2016 per 15 giorni continuativi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

ESECUTIVITA' IN DATA \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Trasmissione a:

- Collegio Sindacale
- Conferenza dei Sindaci
- Giunta Regionale

Nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Copia per strutture:

<input type="checkbox"/>	DSO V
<input type="checkbox"/>	SERT
<input type="checkbox"/>	DIST. 0
<input type="checkbox"/>	DIST. V
<input type="checkbox"/>	DIST. D
<input type="checkbox"/>	ML
<input type="checkbox"/>	MED URG
<input type="checkbox"/>	SITRPO
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	DP
<input type="checkbox"/>	F
<input type="checkbox"/>	SD
<input type="checkbox"/>	LP
<input type="checkbox"/>	AG
<input type="checkbox"/>	BC
<input type="checkbox"/>	RU
<input type="checkbox"/>	PP
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	MED. COMP
<input type="checkbox"/>	FL
<input type="checkbox"/>	REF
<input type="checkbox"/>	ITB
<input type="checkbox"/>	ICT
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. CHIRUR.
<input type="checkbox"/>	DIP TECNICO AMMVO
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. ONCOL.
<input type="checkbox"/>	DIP. SERVIZI DIAGN.
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	DIP. EMERG. URG.
<input type="checkbox"/>	DIP. AREA CRITICA
<input type="checkbox"/>	DIP. DIPENDENZE
<input type="checkbox"/>	DIP. POST ACUZIE
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. CNV
<input type="checkbox"/>	DIP. FARMACO
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. MEDICHE
<input type="checkbox"/>	DIP. MAT. INF.
<input type="checkbox"/>	PSICOLOGIA
<input type="checkbox"/>	