



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

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

**ALLEGATO A) ALLA DELIBERA N. 137 DEL 13 APRILE 2016  
VERBALE ISPETTIVO N. 6 /2016**

L'anno duemilasedici il giorno 29 del mese di marzo dalle ore 15,00 i sottoscritti:

NOMINATIVI	PR	AS	QUALIFICA
Dott.ssa Elena BARBERO	X		Presidente Commissione, Direttore S.O.C. Medicina Legale
Dott. Silvia CASELLI	X		Dirigente S.O.C. I.S.P.
Dott. Pasquale TOSCANO	X		Dirigente S.O.C. D.S.O.
Dott. Giovanni POZZUOLI	X		Dirigente SOC RRF
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- rinnovata dal Direttore Generale della ASL VCO con deliberazione n. 76 del 06/03/2014 hanno effettuato apposito sopralluogo presso lo **Studio professionale di Fisioterapia di AGOSTA MATTEO** sito in Verbania, allo scopo di procedere all'attività di vigilanza prevista dalla Regione Piemonte con la DGR 06/04/2009, n. 9-11161.

Per la struttura sono presenti i signori:

<b>Titolare</b>	<b>Sig. AGOSTA MATTEO</b>
-----------------	---------------------------

**GENERALITA' DEL PRESIDIO**

Denominazione:	<b>Studio professionale di fisioterapia</b>		
Via:	<b>c.so Cobianchi</b>	n.	<b>62</b>
Comune di:	<b>VERBANIA</b>	Prov.:	
Telefono:	<b>349/ 1014787</b>		



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Fax:	
E-mail:	AGOMAT@TISCALI.IT

Natura giuridica:	Studio medico privato
Proprietario struttura:	Pascolo Luca
Tipologia della struttura	Studio fisioterapico

## REQUISITI STRUTTURALI e TECNOLOGICI

### 01 - Planimetrie

Planimetrie quotate, in scala non inferiore a 1:100, 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
---	------------------------------------	--------------------------------

**Osservazioni:**

### 03 - Impianti Elettrici

> Copia della dichiarazione di conformità degli impianti ai sensi del DM n. 37/08.

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

**Osservazioni:**

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

<input checked="" type="checkbox"/> verifiche impianto di terra	<input type="checkbox"/> richiesto
<input checked="" type="checkbox"/> verifiche impianti elettrici	<input type="checkbox"/> richiesto

### 04 - 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 type="checkbox"/> agli atti	<input type="checkbox"/> richiesto	<input type="checkbox"/> altro
------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

**Osservazioni:** non vi sono barriere architettoniche, vi è un ascensore



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

### 05 - Prevenzione incendi

#### Luci di emergenza

- Verifica del corretto funzionamento delle lampade di emergenza.

☒ verificato

#### Verifica estintori

☐ verificato

Non vi è estintore

### 06 - Smaltimento rifiuti

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

☐ agli atti

☐ richiesto

☐ altro

**Osservazioni:** non vi è smaltimento di rifiuti speciali

### 07 - Dotazione strumentale

- Elenco delle apparecchiature elettromedicali.

☐ agli atti

☐ richiesto

☐ altro

**Osservazioni:** vi sono un apparecchio per TECAR ed un lettino a sollevamento elettrico.

- Presa visione delle schede di manutenzione periodica o autodichiarazione che gli eventuali interventi sono eseguiti dalla ditta fornitrice l'apparecchio.

☒ verificato

Preso visione in corso di sopralluogo

- Apparecchiatura per la conservazione dei farmaci.

☐ verificato

Non vengono utilizzati farmaci

### 08 - Controllo delle infezioni

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

☐ agli atti

☐ richiesto

☐ altro

**Osservazioni:** non richiesto

### 09 - Spazio per funzioni amministrative

Sala d'attesa

☒

Spazio segreteria

☐

Spazio accettazione

☐

Spazio archivio

☒

**Osservazioni:**



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

### 10 - Spazio per funzioni sanitarie

Studio fisioterapico (non inferiore a 10 m <sup>2</sup> )	<input checked="" type="checkbox"/>
Locale deposito attrezzature	<input checked="" type="checkbox"/>

Osservazioni:

### 11 - Servizi igienici

Spazio spogliatoio	<input checked="" type="checkbox"/>
Servizio igienico pazienti	<input type="checkbox"/> vi è un unico bagno condiviso con i pazienti
Locale spogliatoio fisioterapista	<input checked="" type="checkbox"/> viene utilizzato il bagno dove vi è un apposito armadietto

Osservazioni:

### 12 - Organizzazione

Studio riservato esclusivamente ad ambulatorio fisioterapico.	<input checked="" type="checkbox"/>
Studio inserito in appartamento con locali specificatamente dedicati all'attività fisioterapica.	<input type="checkbox"/>

Osservazioni:

### 13 - Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

Dichiarazione nella quale il rappresentante legale della struttura sanitaria privata attesti di aver provveduto:

- Alla redazione del documento di valutazione dei rischi (ex art. 17 e 28 D.Lgs.81/08)
- Alla nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
- Alla nomina del medico competente
- Alla designazione del personale addetto al primo intervento pronto soccorso, evacuazione e lotta antincendio.

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

Osservazioni: non richiesto

## REQUISITI AMMINISTRATIVI - PERSONALE

### 13 - Titolo di studio abilitante alla professione

- Copia del titolo di studio.

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

Osservazioni:

## RILIEVI e PRESCRIZIONI

Si dà atto che in corso di sopralluogo sono state esaminate a campione dieci cartelle; nelle cartelle non è presente il consenso informato.

Al termine del sopralluogo la Commissione impartisce le seguenti prescrizioni, che dovranno essere ottemperate entro trenta giorni dal ricevimento del presente verbale:

- per ogni paziente deve essere presente il modulo del consenso informato.

Il sopralluogo termina alle ore 15,45 15,30

L.C.S.

Dott.ssa Elena BARBERO

Dott. Ssa Silvia CASELLI

Dott. Pasquale TOSCANO

Dott. Giovanni POZZUOLI

Per. Ind. Maurizio PAGLIARI

  
  
  
  
