

**ASL VCO
COMMISSIONE DI VIGILANZA
SULLE STRUTTURE SANITARIE****ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N. 141 DEL****VERBALE ISPETTIVO N. 7 /2016****14 APRILE 2016**L'anno duemilasedici il giorno 29 del mese di marzo dalle ore 15,30 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 S.O.C. 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 BALDO Manuele** 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:

Titolare	Sig. AGOSTA MATTEO, Sig BALDO (padre)
-----------------	--

GENERALITA' DEL PRESIDIO

Denominazione:	Studio professionale di fisioterapia
-----------------------	---

Via:	c.so Cobianchi	n.	62
-------------	-----------------------	-----------	-----------

Comune di:	VERBANIA	Prov.:	
-------------------	-----------------	---------------	--



Telefono:	349/ 1014787
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 aeroumbilicante/superficie pavimento del locale.

☒ agli atti ☐ richiesto ☐ altro

Osservazioni:

02 - Certificato di agibilità

> Copia del certificato di agibilità rilasciato dal Comune.

☒ agli atti ☐ richiesto ☐ altro

Osservazioni:

03 - Impianti Elettrici

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

☒ agli atti ☐ richiesto ☐ 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.

☐ agli atti ☐ richiesto ☐ altro

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

10/01/2010
10/01/2010

**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:**



10 - Spazio per funzioni sanitarie

Studio fisioterapico (non inferiore a 10 m ²)	<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 da atto che in corso di sopralluogo sono state esaminate dieci cartelle a campione; nulla da rilevare.
~~il Fisioterapista riferisce che vengono accettate anche prescrizioni del medico curante.~~

Il sopralluogo termina alle ore 15,15 16,15



REGIONE PIEMONTE ASI VCO
S.C. MEDICINA LEGALE
IL DIRETTORE
(Dott.ssa Elena BARBERO)

L.C.S.

Dott.ssa Elena BARBERO

Dott. Ssa Silvia CASELLI

Dott. Pasquale TOSCANO

Dott. Giovanni POZZUOLI

Per. Ind. Maurizio PAGLIARI