



**Allegato A) alla Deliberazione N. 726/2018  
composto da n. 7 pagine**

726/2018

del

16 LUGLIO 2018

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

Struttura sottoposta a vigilanza: **Ambulatorio di Medicina dello SPORT del Dott. Leonello SCARFONE (presso Centro Medico BIOCHEMICAL SrL.)**

**VERBALE SOPRALLUOGO n. 07 del 1 giugno 2018**

La Commissione di Vigilanza sulle Strutture a Valenza Sanitaria, istituita con atto del Direttore Generale dell'ASL VCO, delibera n° 185 del 28 febbraio 2018, composta da:

<b>NOMINATIVI</b>	<b>PR</b>	<b>AS</b>	<b>QUALIFICA</b>
Dott. Pasquale Toscano	X		Presidente della Commissione, Direttore SOS Gestione Ospedale San Biagio
Dott.ssa Silvia Caselli	X		Dirigente Medico Servizio Igiene e Sanita' Pubblica
Sig. Maurizio Pagliari	X		Esperto in edilizia e/o impiantistica

in data 1 giugno 2018 dalle ore 11.30 alle ore 12.00 si è riunita presso l'**Ambulatorio di Medicina dello SPORT** del dottor Leonello SCARFONE (presso **Centro Medico BIOCHEMICAL SrL.** di Domodossola, Via Girola n. 2), allo scopo di procedere agli accertamenti periodici, così come previsto dalla vigente normativa regionale.

Per la struttura erano presenti i signori:

Legale Rappresentante Struttura: **Rag. Sandro Tacca**

Direttore Sanitario: **Dottor Carlo Perazzi**.

Titolare ambulatorio: **Dottor Leonello SCARFONE, Medico dello Sport (assente).**



<b>Data ultimo sopralluogo</b>	30 maggio 2015
--------------------------------	----------------

**Denominazione: Centro Medico "BIOCHEMICAL".**

**Indirizzo: Via Girola n° 2, 28845 Domodossola, VB**

**Telefono: 3389891281 - fax: 0323/505093**

**Email: leoscarfone@tiscali.it**

<b>Natura giuridica:</b>	Studio medico poliambulatoriale
<b>Proprietario struttura:</b>	BIOCHEMICAL srl

<b>Tipologia della struttura</b>	<b>Ambulatorio di Medicina dello Sport</b>
----------------------------------	--

### **REQUISITI STRUTTURALI e TECNOLOGICI**

#### **01 - Planimetrie**

Planimetrie quotate in 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
---	------------------------------------	--------------------------------

#### **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
---	------------------------------------	--------------------------------

**03 - Autorizzazione Regionale allo svolgimento di attività di medicina dello sport** agli atti richiesto altro**Osservazioni:** consegnata in data 25.10.2013 datata 28.02.2011**04 - Impianti elettrici**

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

 agli atti richiesto altro**Osservazioni:** presa visione in corso di sopralluogo

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

 agli atti richiesto altro**Osservazioni:** presa visione in corso di sopralluogo

- 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:**

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

<input checked="" type="checkbox"/> verifiche impianto di terra	Verifica effettuata in data: 17/08/2017 dalla ditta Q.S.M. S.r.L.
---	---

<input checked="" type="checkbox"/> verifiche impianti elettrici	Verifica effettuata in data: 17/08/2017 dalla ditta Q.S.M. S.r.L.
--	---

**Osservazioni:****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.

 agli atti richiesto altro

**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.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

<b>Osservazioni:</b>	Presa visione in corso di sopralluogo - la struttura è dotata di ascensore
----------------------	--

**06 - Prevenzione incendi****Luci di emergenza**

- Verifica del corretto funzionamento delle lampade di emergenza.

 verificato

Manutenzione affidata a Ditta Elettro System dal 01.06.2016.

**Verifica estintori** verificato**Osservazioni:** ultima verifica effettuata in data: maggio 2018.**07 - Smaltimento rifiuti**

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

 agli atti richiesto altro

<b>Osservazioni:</b>	Lo smaltimento avviene a cura della Ditta Ecoalp per Biochemical. Visionati registri di carico e scarico: nulla da rilevare
----------------------	---

**08 - 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
Spirometro che consente la determinazione di CBF, VEMS, indice di TIFFENAU, MVV.	<input checked="" type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No



Attrezzature per esame delle urine	<input checked="" type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ottotipo	<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

<b>Osservazioni:</b>	Viene garantita la dotazione minima richiesta di apparecchiature e strumentazioni
----------------------	---

- Presa visione delle schede di manutenzione periodica.

verificato

**Osservazioni:** Contratto di manutenzione con Ditte produttrici

## 09 - Controllo delle infezioni

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

richiesto

agli atti

altro

**Osservazioni:** Le pulizie vengono effettuate a cura di Biochemical.

## 10 - Spazi per funzioni amministrative

- Numero locali

Attesa	01:
Accettazione	Le visite sono effettuate su prenotazione
Segreteria	01:
Archivio	01
<b>Osservazioni:</b>	Gli spazi sono adeguati per lo svolgimento delle funzioni amministrative.

## 11 - Spazio per funzioni sanitarie

- Numero locali

Studio medico	01
Osservazioni:	Lo spazio è adeguato per lo svolgimento delle funzioni sanitarie e contiene tutte le strumentazioni e apparecchiature previste.



## 12 - Servizi igienici

➤ Numero locali

Antibagno	01:
Servizio igienico	01

## 13 - Organizzazione

L'ambulatorio non è organizzato autonomamente per l'attività di medicina sportiva, ma è inserito in una struttura polispecialistica, garantendo comunque la specificità della prestazione

## REQUISITI AMMINISTRATIVI – PERSONALE

### 01 - Organigramma

➤ Elenco del personale medico e infermieristico.

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

**Osservazioni:** Non sono presenti altre figure oltre al medico.

### 02 - Titoli di studio

➤ Copia del titolo di studio e della specifica specialità del medico che effettua l'atto medico sportivo

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

### 03 - Modello operativo

➤ Copia degli orari di apertura della struttura.

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

**Osservazioni:** Le visite sono effettuate su appuntamento.



- Copia dell'autorizzazione al funzionamento rilasciata dal Comune.

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

- 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:** Nel corso del sopralluogo sono state esaminate alcune cartelle: nulla da segnalare

### RILIEVI e PRESCRIZIONI al 30 aprile 2015

Nessuno.

### PRESCRIZIONI AL 1 giugno 2018 e RICHIESTA DOCUMENTAZIONE

Nulla da prescrivere o richiedere.

Il presente verbale, dopo l'analisi della documentazione acquisita dalla CVS in sede di sopralluogo avvenuto il giorno 1 giugno 2018, si chiude in data 25 giugno 2018.

I componenti:

<b>NOMINATIVI</b>	
Dott.ssa Silvia Caselli	
Sig. Maurizio Pagliari	

IL Presidente Commissione di Vigilanza Sanitaria  
Dott. Pasquale TOSCANO