



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

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

Allegato A) alla Deliberazione N. 729 del 16 LUGLIO 2018
Composto da n. 9 pagine

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

Struttura sottoposta a vigilanza: **Ambulatorio di Medicina dello SPORT del dott. Antonino LANIA presso FISIODELTA s.r.l.**

VERBALE SOPRALLUOGO n. 10 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:

NOMINATIVI	PR	AS	QUALIFICA
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 16.00 alle ore 16.30 si è riunita presso l'**Ambulatorio di Medicina dello SPORT** del dott. Antonino LANIA (presso **FISIODELTA s.r.l.**) di Domodossola, Regione Nosere n. 31, allo scopo di procedere agli accertamenti periodici, così come previsto dalla vigente normativa regionale.

Per la struttura erano presenti i signori:

Legali Rappresentanti Struttura: Dott. Damiano DELBARBA
Signor Severino BERNARDINI

Titolare ambulatorio: Dott. Antonino LANIA, Medico dello Sport (assente)

Data ultimo sopralluogo 22 ottobre 2015





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

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

GENERALITA' DEL PRESIDIO

Denominazione: Ambulatorio di Recupero e Riabilitazione Funzionale di I° Livello

Indirizzo: Regione Nosere n. 31, 28845 Domodossola, VB

Telefono: 0324/46073 - **fax:** 0324/46073

Email: info@fisiodelta.it

PEC: fisiodelta@legalmail.it

C.F. e P.IVA: 01951330032

Natura giuridica:	Società Fisiodelta s.r.l.
Proprietario struttura:	Dott. Damiano Delbarba / Sig. Severino Bernardini
Tipologia della struttura	Ambulatorio di Medicina dello Sport

REQUISITI STRUTTURALI e TECNOLOGICI

01 – Planimetrie

Planimetrie quotate, in scala non inferiore a 1:200, con sezioni orizzontali e verticali, 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.

☒ agli atti

☐ richiesto

☒ altro

Osservazioni:

02 - Certificato di abitabilità

Copia del certificato di agibilità/abitabilità rilasciato dal Comune.

☒ agli atti

☐ richiesto

☐ altro

Osservazioni:





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

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.asivco.it - www.asivco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Certificazione di installazione di vetri antisfondamento.

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

Osservazioni:	
----------------------	--

03 - Protezione antisismica

Dichiarazione del progettista, attestante la conformità del progetto ai sensi della normativa specifica vigente, con acclusi la classificazione delle zone a rischio sismico, relativa all'insediamento in esame e gli eventuali progetti di adeguamento alla recente normativa.

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

Osservazioni:	agli atti dichiarazione datata luglio 2008 di tutta la struttura
----------------------	--

04 - Sicurezza antincendio

Copia del C. P. I. (Certificato di Prevenzione Incendi).

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

Osservazioni:	Struttura non soggetta al controllo dei VVF. La struttura osserva i criteri generali di sicurezza antincendio di cui al DM 10/03/1998, come descritto dal "Piano di emergenza" che si acquisisce agli atti.
----------------------	--

Registro del controllo semestrale degli ausili antincendio (estintori, luci di emergenza ecc.).

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

Osservazioni:	Preso visione durante il sopralluogo. Tutto regolare
----------------------	--

> Estintori

<input checked="" type="checkbox"/> verificato	Osservazioni: ultima verifica effettuata nel mese di maggio 2018
--	---

> Luci di emergenza

<input checked="" type="checkbox"/> verificato	Osservazioni: Ultima verifica effettuata nel mese di maggio 2018, funzionamento regolare.
--	--

05 - Impianti elettrici

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
---	------------------------------------	--------------------------------



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

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

Osservazioni:

06 - DPR 462/01, protezione contro le scariche atmosferiche e dispositivi di messa a terra degli impianti elettrici

Copia della denuncia di installazione di impianto di protezione dalle scariche atmosferiche o relazione di tecnico abilitato che attesti l'auto protezione della struttura dalle scariche atmosferiche ai sensi del DPR 462/01)

☒ agli atti

☐ richiesto

☐ altro

Osservazioni:

Copia della denuncia dei dispositivi di messa a terra degli impianti, ai sensi del DPR 462/01.

☐ agli atti

☐ richiesto

☒ altro

Osservazioni:

Preso visione della trasmissione a ISPESL e ARPA della
Dichiarazione di Conformità.
Ultima verifica effettuata il 12 agosto 2017 (durata biennale)

07 - Illuminazione artificiale

Relazione, a firma del tecnico abilitato, che attesti la conformità alle norme vigenti dell'intensità luminosa dei vari ambienti.

☒ agli atti

☐ richiesto

☐ altro

Osservazioni:

Agli atti copia del documento, datata luglio 2008.

08 - Documento di valutazione dei rischi (D.Lgs. 81/08)

☐ agli atti

☐ richiesto

☒ altro

Osservazioni:

Preso visione del DVR dell'intera struttura, revisionato in data
15/10/2015 (Rev. 01).

 **REGIONE
PIEMONTE**

**09 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:****10 - Smaltimento rifiuti**

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

☒ agli atti☐ richiesto☐ altro**Osservazioni:**

Sono stati visionati i registri di carico e scarico e risultano compilati correttamente.

11 - Apparecchiature elettromedicali

Elenco delle apparecchiature in dotazione, con le relative certificazioni di rispondenza alle norme CEI specifiche e del registro di manutenzione.

☐ agli atti☐ richiesto☒ altro**Osservazioni:**

E' stato visionato l'elenco aggiornato delle apparecchiature e il registro delle manutenzioni.

12 - Impianti elevatori

Certificato di omologazione.

☒ agli atti☐ richiesto☐ altro**Osservazioni:**

L'impianto è di recente realizzazione. Nel precedente sopralluogo era stato visionato il certificato di messa in esercizio (n° di matricola 237/103028) rilasciato dal Comune di Domodossola e il certificato di collaudo finale dell'impianto, datato 29/09/2015.

Verifica periodica biennale.

Osservazioni:

Ultima verifica effettuata in data 27/07/2017.



Contratto di manutenzione periodica.

Osservazioni: Nel precedente sopralluogo era stato visionato il contratto stipulato con la ditta ITALCERT in data 30/08/2015, rinnovato**13 - Controllo delle infezioni ospedaliere**

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

☒ agli atti☐ richiesto☐ altro**Osservazioni:**

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

☒ agli atti☐ richiesto☐ altro**Osservazioni:** -**14 - 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:**15 - Spazio per funzioni sanitarie**

➤ Numero locali

Studio medico

05

Studio medico dedicato alla medicina sportiva

01

Osservazioni:

Lo spazio è adeguato per lo svolgimento delle funzioni sanitarie e contiene tutte le strumentazioni e apparecchiature previste.

16 - Servizi igienici

➤ Numero locali

**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

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

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
----------------------	--

17 – 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:	
----------------------	--

18 – 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 consenta 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

Osservazioni:	
----------------------	--

REQUISITI AMMINISTRATIVI – PERSONALE

**01 - Organigramma**

➤ Elenco del personale medico e infermieristico.

☐ agli atti☐ richiesto☒ altro**Osservazioni:** Non sono presenti altre figure oltre al medico.**02 – Titoli di studio**

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

☒ agli atti☐ richiesto☐ altro**Osservazioni:****03 – Modello operativo**

➤ Copia degli orari di apertura della struttura.

☒ agli atti☐ richiesto☐ altro**Osservazioni:** Le visite sono effettuate su appuntamento

➤ Copia dell'autorizzazione al funzionamento rilasciata dal Comune.

☒ agli atti☐ richiesto☐ altro**Osservazioni:**

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

☒ agli atti☐ richiesto☐ altro**Osservazioni:** Presa visione. Nel corso del sopralluogo sono state esaminate 5 cartelle riguardanti attività sportive rientranti nella tabella B1: nulla da segnalare



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

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

RILIEVI e PRESCRIZIONI al 22 ottobre 2015

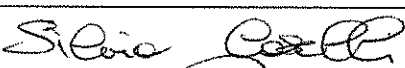
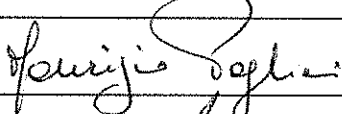
Nessuno.

PRESCRIZIONI AL 1 giugno 2018

Nessuno

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:

NOMINATIVI	
Dott.ssa Silvia Caselli	
Sig. Maurizio Pagliari	

IL Presidente Commissione di Vigilanza Sanitaria
Dott. Pasquale TOSCANO

