



Allegato A) alla Deliberazione N. 731/2018 del 16 LUGLIO 2018
composto da n. 6 pagine

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

Struttura sottoposta a vigilanza: **Ambulatorio di Medicina dello SPORT del Dott. Leonello SCARFONE** (presso Istituto "Raffaele Garofalo" di Gravellona Toce)

VERBALE SOPRALLUOGO n. 12 del 5 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 5 giugno 2018 alle ore 11.30 si è riunita presso l'**Ambulatorio di Medicina dello SPORT** del **dottor Leonello SCARFONE** (presso Istituto "Raffaele Garofalo" di Gravellona Toce, Via Senatore F. Albertini n. 21), allo scopo di procedere agli accertamenti periodici, così come previsto dalla vigente normativa regionale.

Per la struttura era presente: **Direttore Sanitario:** dott. PAGANI Dario

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

Data ultimo sopralluogo	26 giugno 2015
--------------------------------	----------------



Denominazione: POLIAMBULATORIO dell'ISTITUTO "Raffaele Garofalo"
dipendente funzionalmente dalla Casa di Cura "L'Eremo di Mazzina"

Indirizzo: Via Senatore Francesco Albertini n. 21, Gravellona Toce (VB)
Telefono struttura: 0323/849901 - **fax:** 0323/849930

Tipologia della struttura: Ambulatorio di Medicina dello Sport

Titolare dell'Ambulatorio: Dottor Leonello SCARFONE

Telefono Dr Scarfone: 3389891291

Mail Dr Scarfone: leoscarfone@alice.it

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

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

Osservazioni:

04 - 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
---	------------------------------------	--------------------------------

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**Osservazioni:****06 - Sicurezza antincendio**

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

 agli atti richiesto altro**Osservazioni:**

SCIA Antincendio della struttura

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

 agli atti richiesto altro**Osservazioni:**

Presa visione durante il sopralluogo. Tutto regolare

➤ Estintori

 verificato**Osservazioni:** ultima verifica effettuata nel mese di marzo 2018

➤ Luci di emergenza

 verificato**Osservazioni:** effettuata verifica durante il sopralluogo: funzionamento regolare.**07 - Smaltimento rifiuti**

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

 agli atti richiesto altro**Osservazioni:**

I rifiuti sono smaltiti dalla struttura locataria. Sono stati visionati i Registri di carico e scarico e risultano compilati correttamente.

**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 consenta la determinazione di CBF, VEMS, indice di TIFFENAU, MVV.	<input checked="" type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Attrezature 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:	Viene garantita la dotazione minima richiesta di apparecchiature e strumentazioni	

- Presa visione delle schede di manutenzione periodica.

 verificato**Osservazioni:** Contratto di manutenzione con Ditta produttrici**09 - Spazi per funzioni amministrative**

- Numero locali

Attesa	01:
Accettazione Segreteria	L'attività è svolta direttamente dal medico, nello studio medico
Archivio	01
Osservazioni:	Gli spazi sono adeguati per lo svolgimento delle funzioni amministrative.

**10 - Spazio per funzioni sanitarie**

> Numero locali

Studio medico	01- Utilizzato in comune con altri professionisti in giorni ed orari diversificati
Osservazioni:	La struttura è Poliambulatoriale

11 - Servizi igienici

> Numero locali

Antibagno	01:
Servizio igienico	02 – distinti per sesso

12 - 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.



A.S.L. VCO

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

- Copia dell'autorizzazione al funzionamento rilasciata dal Comune.

agli atti richiesto altro

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

RILIEVI e PRESCRIZIONI al 26 giugno 2015

Nessuno.

PRESCRIZIONI al 5 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 5 giugno 2018, si chiude in data 28 giugno 2018.

I componenti:

NOMINATIVI	
Dott.ssa Silvia Caselli	
Sig. Maurizio Pagliari	

IL Presidente Commissione di Vigilanza Sanitaria
Dott. Pasquale TOSCANO

