

**Allegato A) alla Deliberazione N. 739 del 20 LUGLIO 2018  
composto da n. 8 pagine****COMMISSIONE DI VIGILANZA  
SULLE STRUTTURE SANITARIE ASL VCO****VERBALE SOPRALLUOGO n. 13 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 e integrata 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
Dott.ssa Stefania Voza	X		Direttore SOC NPI
Dott. Giovanni Pozzuoli	X		Dirigente Medico SOC RRF
Sig. Gianfranco Mora	X		P.I. SOS Servizio Prevenzione e Protezione

in data 5 giugno 2018 dalle ore 14.30 si è riunita presso **Associazione Centri VCO (ex AIAS) di Gravellona Toce**, Corso Roma n. 75 per la verifica periodica dei requisiti organizzativi e strutturali previsti dalle vigenti normative.

Per la struttura erano presenti:

**Direttore Sanitario:** Dr Giorgio Vanni;

**Coordinatrice FKT:** Luisa Bolelli

**Consulente Medico:** Dr Renzo Sandrini



**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

**Denominazione: ASSOCIAZIONE CENTRI del VCO O.N.L.U.S. – Centri di Riabilitazione Neuropsicomotoria e di Neuropsichiatria Infantile.**

**Indirizzo:** Corso Roma n. 75, Gravellona Toce, VB

**Telefono:** 0323/848551 - **fax:** 0323/864234

**Email:** l.delsignore@acvco.com

**Natura giuridica:** ONLUS

**Data ultimo sopralluogo:-** 10 maggio 2016

## REQUISITI STRUTTURALI e TECNOLOGICI

### 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.

☒ agli atti

☐ richiesto

☐ altro

**Osservazioni:**

### Certificato di agibilità

➤ Copia del certificato di agibilità rilasciato dal Comune.

☒ agli atti

☐ richiesto

☐ altro

**Osservazioni:**

Attestazione di Agibilità rilasciata da Professionista incaricato, in.  
Gabriele Priotto, in data 02.08.2016

➤ Certificazione di installazione di vetri antisfondamento.

☒ agli atti

☐ richiesto

☐ altro

**Osservazioni:**

### Impianti elettrici



*[Handwritten signatures and initials]*



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

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

**Osservazioni:**

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

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

**Osservazioni:**

presa visione in corso di sopralluogo. Nessun impianto nuovo è stato realizzato

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

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

**Osservazioni:**

presa visione in corso di sopralluogo

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

<input checked="" type="checkbox"/> verifiche impianto di terra	Ultima verifica effettuata in data: 05.09.2017 (durata biennale)
-----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

**Osservazioni:****Sicurezza antinfortunistica**

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

- alla redazione del documento di valutazione dei rischi ai sensi del 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 checked="" type="checkbox"/> altro
------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------------

**Osservazioni:**

presa visione del DVR in corso di sopralluogo, redatto in data 07.04.2016;  
presa visione del Piano di autocontrollo per la "legionella", come da contratto annuale del 01.03.2018 con la Ditta Fratelli Pazzini S.n.C. - revisione n. 4 del 15.03.2018  
presa visione dei risultati dei campionamenti effettuati il 24.01.2018 che hanno dato esito negativo



	presa visione dell'aggiornamento del documento stress lavoro correlato
--	------------------------------------------------------------------------

**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:****Smaltimento rifiuti**

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

☐ agli atti☐ richiesto☐ altro**Osservazioni:** Nella struttura non vi è produzione di rifiuti speciali**Manutenzione degli impianti/apparecchiature****Apparecchiature elettromedicali**

➤ Presa visione dell'elenco delle apparecchiature in dotazione con le relative certificazioni di rispondenza alle norme CEI specifiche.

☒ verificato**Osservazioni:** ultime verifiche effettuate in data 31.05.2017

➤ Presa visione del contratto di manutenzione periodica.

☒ verificato**Osservazioni:** la manutenzione viene effettuata dalla ditta ALPHAMED**Impianti elevatori**

➤ Certificato di omologazione.

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

➤ Presa visione dei verbali di verifica periodica.

☒ verificato**Osservazioni:** ultima verifica effettuata 02.02.2018



**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

➤ Presa visione del contratto di manutenzione periodica.

<input checked="" type="checkbox"/> verificato	<b>Osservazioni:</b>
------------------------------------------------	----------------------

**Luci di emergenza**

➤ Verifica del corretto funzionamento delle lampade di emergenza.

<input checked="" type="checkbox"/> verificato	<b>Osservazioni:</b> sono state effettuate le prove, funzionamento regolare
------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

**Verifica estintori**

<b>Osservazioni:</b>	Accertata, durante il sopralluogo, la verifica di legge, effettuata dalla ditta manutentrice nel mese di marzo 2018
----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Carrello emergenza**

<b>Osservazioni:</b>	E' presente check list correttamente compilata, il defibrillatore è regolarmente in carica, i farmaci in dotazione rispettano le scadenze
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

**ORGANIGRAMMA**

Viene visionato l'organigramma dei Centri del VCO aggiornato al 5 giugno 2018, comprensivo degli operatori di Gravellona Toce e di Domodossola, suddivisi per mansione, tipologia di contratto e con l'indicazione dell'impegno orario settimanale.

**CARTELLE PAZIENTI**

Nel corso del sopralluogo vengono esaminate **n 9 cartelle** inerenti altrettanti pazienti.

In relazione alle cartelle di competenza Neuropsichiatrica si è rilevato quanto segue:

**CARTELLA R.A. anni 11**

Scheda anagrafica presente. Relazione richiesta autorizzazione piano trattamento ed autorizzazione NPI presente. Diario clinico aggiornato (2018). Consenso informato firmato da entrambi i genitori, copia del documento di identità di entrambi allegato. Rivalutazione psicodiagnostica aggiornata al 2017.





CARTELLA S.T. Anni 11

Scheda anagrafica presente. Relazione richiesta autorizzazione piano trattamentale ed autorizzazione NPI presente. Diario clinico aggiornato al 2017. Consenso informato firmato da entrambi i genitori, copia del documento di identità di entrambi allegato. Aggiornamento psicodiagnostico recente.

CARTELLA L.F. Anni 5

Scheda anagrafica presente. Relazione richiesta di autorizzazione piano trattamentale ed autorizzazione NPI presente. Diario clinico aggiornato (2018). Consenso informato firmato da entrambi i genitori, copia del documento di identità di entrambi allegato. Situazione clinica aggiornata al 2018.

CARTELLA F.C. Anni 8

Scheda anagrafica presente. Relazione richiesta di autorizzazione piano trattamentale ed autorizzazione NPI presente. Diario clinico aggiornato ( 2018). Consenso informato firmato da entrambi i genitori, copia del documento di identità di entrambi allegato. Valutazione psicodiagnostica aggiornata al 2017/18.

CARTELLA M.S. Anni 17

Scheda anagrafica presente. Relazione richiesta di autorizzazione piano trattamentale ed autorizzazione NPI presente. Diario clinico aggiornato (2018). Consenso informato firmato da entrambi i genitori, copia del documento di identità di entrambi allegato. Valutazione psicodiagnostica aggiornata al 2017/18.

CARTELLA L.R. Anni 9

Scheda anagrafica presente. Relazione richiesta di autorizzazione piano trattamentale ed autorizzazione NPI presente. Diario clinico aggiornato (2018). Consenso informato firmato da entrambi i genitori, copia del documento di identità di entrambi allegato. Valutazione psicodiagnostica aggiornata al 2017.

In relazione alle cartelle di competenza Fisiatrica, inerenti a pazienti adulti in trattamento c/o Centri VCO, si è rilevato quanto segue:

ciascuna risultava composta da 3 parti:

- 1) scheda anagrafica, autorizzazioni ASL, Progetto e moduli di consenso
- 2) diario fisioterapico
- 3) documentazione clinica anamnestica

CARTELLA M.I. (06.04.1972) - cartella clinica n. 33/2015: ben evidenziati i dati anagrafici nel frontespizio, il nome del referente del caso, il consenso informato risultava firmato sia dal paziente che dall'operatore che lo ha somministrato, erano presenti la fotocopia della



carta di identità; la documentazione autorizzativa dell'ASL ed il progetto riabilitativo individuale. Il diario dell'attività svolta non risultava in ordine (pagine non rilegate, scrittura non sempre leggibile e chiara, non evidenziati elementi utili per consentire una corretta ricostruzione cronologica degli eventi).

CARTELLA L.M. (22.05.1932) – cartella clinica n. 46/2017: ben evidenziati i dati anagrafici nel frontespizio, il nome del referente del caso, il consenso informato era regolarmente firmato ed era presente la fotocopia del documento del paziente. In cartella erano presenti la documentazione autorizzativa dell'ASL e il progetto riabilitativo individuale. Il diario fisioterapico non risultava in ordine.

CARTELLA M.O (04.10.1950) – cartella clinica n. 94/2013: ben evidenziati i dati anagrafici nel frontespizio, il nome del referente del caso, il consenso informato era regolarmente firmato ed era presente la fotocopia del documento del paziente. Era presente la documentazione autorizzativa. I fogli del diario clinico non risultavano rilegati, la scrittura risultava poco chiara, erano scarsi i contenuti sostanziali per una ricostruzione degli eventi e dei trattamenti effettuati.

### **PRESCRIZIONI AL 10 maggio 2016**

Le prescrizioni impartite il 10 maggio 2016 sono state tutte ottemperate.

Precisamente era stato richiesto di acquisire le firme di entrambi i genitori per i consensi informati e le copie dei documenti di identità di chi firma il consenso.

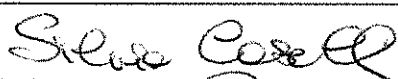
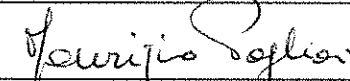
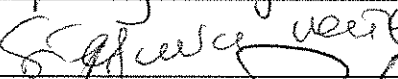


Inoltre si era chiesto di provvedere alla pulizia delle ventole di aspirazione forzata ove presenti.

### **PRESCRIZIONI al 5 giugno 2018**

Si ritiene necessario raccomandare di tenere il diario clinico dei pazienti in trattamento più ordinato, con fogli rilegati e numerati, annotando progressivamente in una apposita colonna le date di stesura ed aggiornamento del documento e di sostanziale descrizione dei singoli eventi che hanno caratterizzato il programma di cura. Particolare attenzione deve essere prestata nell'evidenziare eventuali periodi di interruzione dei trattamenti (es. ricoveri programmati, conclusione del ciclo autorizzato, altre situazioni personali o familiari contingenti); deve esserci la firma leggibile e il timbro dello specialista quando la consulenza viene scritta nel diario.



I componenti:

NOMINATIVI	
Dott.ssa Silvia Caselli	
Sig. Maurizio Pagliari	
Dott.ssa Stefania Vozza	
Dott. Giovanni Pozzuoli	
Sig. Gianfranco Mora	

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.

IL Presidente Commissione di Vigilanza Sanitaria  
Dott. Pasquale TOSCANO

