

LISTE PER L'AUTOVALUTAZIONE

Ciascuno dei requisiti e delle prescrizioni (nell'accezione chiarita con la nota agli allegati B e C al regolamento) approvate dal regolamento regionale di giunta 8 ottobre 2008, n. 52/R, è qui riformulato in termini di quesiti che consentono una risposta sì/no; i requisiti e prescrizioni complessi sono stati scomposti in più quesiti.

Le liste sono articolate, secondo gli stessi criteri adottati per la definizione dei requisiti, in due Sezioni, a loro volta divise in sottosezioni.

La **SEZIONE G** contiene le liste relative ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali, che tutti gli studi indistintamente devono possedere.

Fanno parte di tale Sezione:

- la **Lista G.1**, da utilizzare per l'autovalutazione dei requisiti organizzativi generali articolati per:
 - Politica, Obiettivi e Attività,
 - Struttura Organizzativa,
 - Gestione Risorse Umane,
 - Gestione Risorse Strutturali,
 - Gestione Risorse Tecnologiche,
 - Gestione, Valutazione e Miglioramento della Qualità, Linee Guida e Regolamenti,
 - Informazione all'Utenza,
- la **Lista G.2** da utilizzare per l'autovalutazione dei requisiti strutturali e tecnologici generali.

La **SEZIONE S** contiene le liste relative ai requisiti organizzativi, strutturali, impiantistici e tecnologici specifici richiesti per singole discipline o attività.

Fanno parte di tale sezione:

- la **Lista S.1**, da utilizzare per l'autovalutazione dei requisiti specifici richiesti per gli studi odontoiatrici;
- la **Lista S.2**, da utilizzare per l'autovalutazione dei requisiti richiesti per gli studi attrezzati per effettuare prestazioni di chirurgia ambulatoriale;
- la **Lista S.3**, da utilizzare per l'autovalutazione dei requisiti specifici richiesti per gli studi attrezzati per effettuare prestazioni di endoscopia.

1. Indicazioni per la selezione delle liste di autovalutazione

Ciascun professionista deve dimostrare che il suo studio medico o odontoiatrico possiede i requisiti organizzativi, strutturali, impiantistici e tecnologici generali, ed i requisiti specifici relativi alle prestazioni erogate e che nell'esercizio dell'attività osserva le relative prescrizioni.

Nel caso di richiesta di autorizzazione all'apertura e all'esercizio, ciascun professionista dovrà quindi allegare le liste G.1 e G.2, ed inoltre la/le liste S di interesse.

Nel caso di richiesta di autorizzazione per ampliamento, riduzione e trasformazione dell'attività, per ampliamento, riduzione o trasformazioni interne dei locali o per trasferimento in altra sede, devono

essere allegate alla domanda le liste di autovalutazione relative ai requisiti (strutturali, impiantistici, tecnologici, organizzativi) interessati dalle variazioni.

2. Istruzioni per la compilazione

Nelle liste di verifica, la prima colonna contiene un **codice**, che identifica il quesito. Il codice è costituito da tre parti: la prima corrisponde alla lista, la seconda identifica il capitolo all'interno della lista, la terza è un codice progressivo.

La seconda colonna contiene il **testo** del quesito.

Nella terza colonna deve essere indicata la **risposta** al quesito.

La quarta e la quinta colonna sono riservate, per alcuni quesiti, al riferimento alla **documentazione comprovante il possesso del requisito**.

L'ultima colonna consente di segnalare il rinvio a **note**, in cui il compilatore potrà riportare osservazioni relative al possesso di singoli requisiti.

2.1. Risposta

E' prevista esclusivamente una risposta sì/no.

Non tutti i requisiti previsti o le prescrizioni, però, sono applicabili e pertinenti per ogni studio professionale. Alcuni requisiti tecnologici o impiantistici, ad esempio, presuppongono la presenza di determinate apparecchiature o impianti che possono non essere presenti o non necessari in relazione all'attività descritta nella relazione allegata alla domanda di autorizzazione. In questi casi dovrà essere riportata la dicitura n.p. (non pertinente).

2.3. Documentazione comprovante il possesso del requisito

Alcuni requisiti/prescrizioni richiedono esplicitamente che siano documentati atti o comportamenti.

In questi casi, la documentazione comprovante il requisito o la prescrizione dovrà essere predisposta e resa disponibile al momento della visita di verifica.

Alle liste dovrà essere allegato un elenco della documentazione, formulato secondo uno schema tipo, di cui al punto successivo, in cui il titolare dello studio è tenuto a indicare, per ciascun documento, un codice identificativo, la denominazione, la data di emissione, la data dell'ultima revisione, il luogo di archiviazione, il livello di diffusione (soggetti interni ed esterni allo studio che ne vengono portati a conoscenza).

I codici identificativi devono essere utilizzati nella compilazione delle liste, ogni volta che ciò sia richiesto.

Nelle liste, per i quesiti che lo prevedono dovrà essere riportata nella cella della colonna COD la codifica del documento adottato; nella cella della colonna PAG sarà indicata la prima pagina in cui è rintracciabile l'informazione richiesta.

2.3.1. Documenti indicati nelle liste

| Identificazione documento | | Data Emissione | Data ultima Revisione | Luogo Archiviazione | Livello Diffusione |
|---------------------------|---------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------------|
| Codice | Denominazione | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2.4. Note

Eventuali elementi ulteriori, osservazioni o precisazioni potranno essere riportate nella pagina “note” che accompagna ciascuna lista di verifica. Nella colonna “**note**” della lista, il compilatore apporrà un “sì” nella riga corrispondente allo specifico quesito; nella pagina “note” sarà riportato il codice del quesito a cui la nota è riferita.

3. Indicatori

Alcune domande presenti nelle liste fanno riferimento a una valutazione di adeguatezza.

La valutazione, sia essa positiva o negativa, deve essere supportata dalla dimostrazione dell’utilizzo di specifici indicatori, quali strumenti di misura adottati ed utilizzati dal titolare dello studio.

Per ogni indicatore dovrà essere fornita: l’esatta descrizione, il relativo numeratore e denominatore se l’indicatore è espresso in forma di rapporto numerico, la fonte dei dati e lo standard di riferimento, quale valore atteso adottato come riferimento dal titolare dello studio.

Alla fine di ciascuna lista interessata è riportato uno schema in cui indicare gli elementi richiesti.

4. Glossario

Accessibilità

Possibilità del singolo utente di usufruire del servizio di cui ha bisogno nel tempo e nel luogo più opportuno, in quantità adeguata.

Adeguatezza

Rapporto fra servizi disponibili e bisogni della popolazione, strettamente correlata all’accessibilità.

Apparecchiatura biomedica

Qualsiasi dispositivo corredato di accessori, come definito dal D.Lgs n. 46 del 27/02/97 art. 1 commi a), b), c), d), e), classificato secondo il codice CIVAB (Centro di Informazione e Valutazione Apparecchiature Biomediche).

Autorizzazione

Procedura, che si conclude con un atto amministrativo, con la quale viene verificato il possesso, da parte di chi lo richiede, di requisiti previsti da norme e regolamenti, e che è richiesta per l’inizio di un’attività o, periodicamente, per il suo proseguimento.

Cliente/utente

Destinatario di un prodotto e/o di un servizio.

Disinfezione

Processo che permette l’eliminazione di tutti i microrganismi patogeni ma non delle spore. Questa si articola in 3 livelli:

Alta Disinfezione: quella che distrugge tutti i batteri, i funghi ed i virus ad esclusione di gran parte dei batteri sporigeni;

Media Disinfezione: quella che distrugge tutti i batteri (compreso il *Micobacterium tuberculosis* varietà bovis - microrganismo altamente resistente, utilizzato come test di riferimento) e funghi, della maggior parte de virus, con esclusione degli sporigeni;

Bassa Disinfezione: quella che distrugge tutti i batteri (con esclusione del *Micobacterium tuberculosis* varietà bovis), la maggior parte dei funghi ed alcuni virus.

Documento

L'atto scritto, adottato e fatto proprio dal titolare dello studio.

Indicatori

Variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto appunto "indicativo" di un fattore di qualità (DPCM 19 maggio 1995)

Linee guida

Insieme di indicazioni procedurali suggerite, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze. (D.P.R. 14/01/1997)

Linee guida cliniche

Insieme di indicazioni procedurali suggerite, prodotte attraverso un processo sistematico, finalizzate ad assistere gli operatori a decidere quali siano le modalità assistenziali più adeguate in specifiche circostanze cliniche.

Miglioramento della qualità

Le azioni intraprese nell'ambito di un'organizzazione per accrescere l'efficienza e l'efficacia delle attività e dei processi a vantaggio sia dell'organizzazione, sia dei suoi clienti.

Procedure

Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo (D.P.R. 14.01.97)

Procedure invasive

Introduzione di strumenti o attrezzature attraverso orifizi naturali o superfici corporee. Per maggior chiarezza: si escludono la puntura venosa, l'introduzione di tamponi negli orifizi naturali per prelievo di secrezioni e le situazioni a queste assimilate.

Qualità

L'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite.

Regolamenti

Definiscono le modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa che devono essere sistematicamente ottemperate (D.P.R. 14.01.97).

Sala

Locale per l'esecuzione di prestazioni.

Sterilizzazione

Processo che permette, mediante l'utilizzo di procedure fisiche o chimiche, la distruzione completa di tutti i microrganismi, comprese le spore.

Valutazione e miglioramento della qualità

Tali attività hanno lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni od i servizi ricevuti siano di buona qualità. Per iniziative di valutazione e di miglioramento della qualità si intendono progetti che prevedono:

- 1) l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento);
- 2) la determinazione delle cause possibili;

- 3) la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità;
- 4) la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza;
- 5) la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo;
- 6) la valutazione di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
- 7) la diffusione dei risultati a tutti gli interessati.

Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzativi, amministrative, ecc.) (D.P.R. 14.01.97).

REGIONE TOSCANA

**Giunta Regionale
Direzione Generale del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà
Settore Assicurazione Qualità**

Liste di autovalutazione

Studi professionali medici e odontoiatrici soggetti ad autorizzazione

Sezione G

Requisiti organizzativi, strutturali, impiantistici, tecnologici generali

LISTA G.1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Cap. 1: POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITA'

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta sì/no | Documento cod. pag. | Note |
|--------|--------|----------------|--|-------------------|------------------------|------|
| G.1 1. | 01. | . . . | Il titolare dello studio ha adottato un documento in cui sono individuate: | | | |
| G.1 1. | 01.01. | . . | le prestazioni e le attività erogate | | | |
| G.1 1. | 01.02. | . . | le modalità di erogazione | | | |

LISTA G.1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Cap. 2: STRUTTURA ORGANIZZATIVA

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | Documento | | Note |
|---------------|------------|--------------|---|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| G.1 2. | 01. | . . . | La denominazione dello studio e delle attività svolte è identificata chiaramente; in particolare sono specificate: | | | | |
| G.1 2. | 01.01. | . . | la natura di studio professionale | | | | |
| G.1 2. | 01.02. | . . | la professionalità esercitata | | | | |
| G.1 2. | 01.03. | . . | la tipologia sanitaria delle attività effettuate | | | | |
| G.1 2. | 02. | . . . | Sono definite le procedure relative alla: | | | | |
| G.1 2. | 02.01. | . . | prenotazione | | | | |
| G.1 2. | 02.02. | . . | modalità di pagamento | | | | |
| G.1 2. | 02.03. | . . | accesso alle prestazioni | | | | |
| G.1 2. | 02.04. | . . | acquisizione del consenso informato | | | | |
| G.1 2. | 02.05. | . . | consegna e invio del referto/risultato | | | | |
| G.1 2. | 02.06. | . . | modalità per la tutela rispetto al trattamento dei dati personali | | | | |
| G.1 2. | 02.07. | . . | modalità di conservazione ed archiviazione dei dati | | | | |
| G.1 2. | 02.08. | . . | modalità di conservazione ed archiviazione della documentazione clinica | | | | |
| G.1 2. | 03. | . . . | Le prestazioni effettuate: | | | | |
| G.1 2. | 03.01. | . . | sono registrate con completezza ed accuratezza | | | | |
| G.1 2. | 03.02. | . . | sono corredate dalle generalità riferite all'utente | | | | |
| G.1 2. | 04. | . . . | Sono definite, in relazione al tipo di attività, adeguate modalità di: | | | | |

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | Documento | | Note |
|---------------|------------|-------------|--|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| G.1 2. | 04.01. | . | approvvigionamento | | | | |
| G.1 2. | 04.02. | . | disinfezione e/o sterilizzazione di materiali e strumenti impiegati per interventi invasivi per vie naturali | | | | |
| G.1 2. | 04.03. | . | solo sterilizzazione di materiali e strumenti impiegati per interventi invasivi per vie neo formate | | | | |
| G.1 2. | 05. | . . | Tutti i materiali, farmaci e confezioni soggetti a scadenza: | | | | |
| G.1 2. | 05.01. | . | portano in evidenza la data della scadenza stessa | | | | |
| G.1 2. | 05.02. | . | sono conservati con modalità adeguate | | | | |

LISTA G.1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Cap. 3: GESTIONE RISORSE UMANE

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | Documento | | Note |
|---------------|------------|--------------|--|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| G.1 3. | 01. | . . . | Il professionista titolare dello studio è | | | | |
| G.1 3. | 01.01. | . . | in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente | | | | |
| G.1 3. | 01.02. | . . | adeguatamente aggiornato | | | | |
| G.1 3. | 02. | . . . | Il titolare dello studio si avvale di collaboratori | | | | |
| | | | Se sì: | | | | |
| G.1 3. | 02.01. | . . | i collaboratori sono in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente | | | | |
| G.1 3. | 02.02. | . . | i collaboratori sono adeguatamente aggiornati | | | | |
| G.1 3. | 03. | . . . | Lo studio è uno studio medico | | | | |
| G.1 3. | 04. | . . . | Lo studio è uno studio odontoiatrico | | | | |
| G.1 3. | 04.01. | . . | Se sì, il titolare è legittimato all'esercizio dell'odontoiatria ai sensi della normativa vigente | | | | |
| G.1 3. | 05. | . . . | In relazione alla tipologia delle prestazioni erogate o alle necessità del paziente è garantita, ove necessaria, la presenza di personale sanitario | | | | |
| G.1 3. | 06. | . . . | Le prestazioni sanitarie sono erogate nel rispetto delle competenze riconosciute dalla normativa vigente | | | | |

LISTA G.1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Cap. 4: GESTIONE RISORSE STRUTTURALI

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | Documento | | Note |
|--------|--------|-------------|---|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| G.1 4. | 01. | . . . | Il titolare dello studio garantisce che siano eseguiti gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti | | | | |
| G.1 4. | 02. | . . . | Tali interventi: | | | | |
| G.1 4. | 02.02. | . . | assicurano la funzionalità dello studio | | | | |
| G.1 4. | 02.03. | . . | rispettano i requisiti previsti in tema di sicurezza | | | | |

LISTA G.1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Cap. 5: GESTIONE RISORSE TECNOLOGICHE

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | Documento | | Note |
|--------|------|-------------|---|----------|-----------|------|------|
| | | | | sì/no | cod. | pag. | |
| G.1 5. | 01. | . . . | E' redatto un inventario delle apparecchiature utilizzate | | | | |
| G.1 5. | 02. | . . . | Tale inventario è aggiornato | | | | |
| G.1 5. | 03. | . . . | Il titolare dello studio garantisce che siano eseguiti gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche | | | | |
| G.1 5. | 04. | . . . | Il titolare dello studio garantisce che i dispositivi medici siano conformi a tutte le normative del settore, comprese quelle comunitarie e le conseguenti normative interne di recepimento | | | | |
| G.1 5. | 05. | . . . | Sono presenti apparecchiature che in caso di guasto o rottura improvvisa durante l'esecuzione delle prestazioni causano un rischio per gli operatori e per gli utenti | | | | |
| G.1 5. | 06. | . . . | Se sì, è presente un documento che prevede i processi da attivare in tali casi | | | | |

LISTA G.1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Cap. 6: GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA', LINEE GUIDA E REGOLAMENTI

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | Documento | | Note |
|---------------|------------|--------------|--|----------|-----------|------|------|
| | | | | sì/no | cod. | pag. | |
| G.1 6. | 01. | . . . | Sono utilizzate linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nella specifica disciplina o attività | | | | |
| G.1 6. | 02.01. | . . | come strumento di efficacia della qualità dell'assistenza | | | | |
| G.1 6. | 02.02. | . . | per gestire le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità | | | | |
| G.1 6. | 02. | . . . | Sono documentate le modalità di svolgimento delle principali attività, in particolare: | | | | |
| G.1 6. | 02.01. | . . | criteri e modalità di accesso dell'utente | | | | |
| G.1 6. | 02.02. | . . | modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamenti | | | | |
| G.1 6. | 02.03. | . . | modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori | | | | |
| G.1 6. | 02.04. | . . | solo sterilizzazione per interventi invasivi per vie neoformate | | | | |
| G.1 6. | 02.05. | . . | pulizia e sanificazione degli ambienti | | | | |
| G.1 6. | 02.06. | . . | modalità di compilazione, conservazione e archiviazione dei documenti | | | | |

LISTA G.1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Cap. 7: INFORMAZIONE ALL'UTENZA

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | Documento | | Note |
|--------|--------|-------------|--|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| G.1 7. | 01. | . . . | Lo studio è dotato di idonee indicazioni tali da favorire l'accessibilità all'utenza | | | | |
| G.1 7. | 02. | . . . | Il titolare dello studio garantisce ai propri utenti la disponibilità delle informazioni circa: | | | | |
| G.1 7. | 02.01. | . . | la tipologia di prestazioni erogate | | | | |
| G.1 7. | 02.02. | . . | le procedure relative all'accesso ed agli orari | | | | |
| G.1 7. | 02.03. | . . | i prezzi e/o tariffe delle prestazioni | | | | |
| G.1 7. | 03. | . . . | Il titolare dello studio garantisce la tutela della privacy dell'utente durante l'intero processo di erogazione delle prestazioni | | | | |
| G.1 7. | 04. | . . . | Il titolare dello studio si avvale di collaboratori | | | | |
| | | | Se sì: | | | | |
| G.1 7. | 04.01. | . . | ogni operatore è munito di un apposito tesserino di riconoscimento | | | | |
| G.1 7. | 04.02. | . . | tale tesserino consente l'identificazione del collaboratore da parte dell'utente | | | | |

| Sez | Cap. | Codice aut. | Descrizione Indicatore | Fonte dati | Standard di riferimento |
|-----|------|-------------|------------------------|------------|-------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Sez | Cap. | Codice aut. | Note |
|-----|------|-------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

LISTA G.2 - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta si/no | documento cod. | pag. | Note |
|--|------|-------------|---|----------------|----------------|------|------|
| REQUISITI STRUTTURALI E IMPIANTISTICI | | | | | | | |
| G2. | S. | 01. . . | Lo studio è ubicato in territorio classificato sismico | | | | |
| G2. | S. | 01.01. . | Se Sì, è in possesso dei requisiti di protezione antisismica | | | | |
| G2. | S. | 02. . . | Lo studio è in possesso dei requisiti di protezione antincendio | | | | |
| G2. | S. | 03. . . | È in possesso dei requisiti di protezione acustica ambientale | | | | |
| G2. | S. | 04. . . | È in possesso dei requisiti di sicurezza elettrica | | | | |
| G2. | S. | 05. . . | È in possesso dei requisiti di continuità elettrica | | | | |
| G2. | S. | 06. . . | È in possesso dei requisiti di sicurezza anti-infortunistica | | | | |
| G2. | S. | 07. . . | È in possesso dei requisiti di igiene dei luoghi di lavoro | | | | |
| G2. | S. | 08. . . | Sono impiegate sorgenti di radiazioni ionizzanti | | | | |
| G2. | S. | 08.01. . | Se Sì, è in possesso dei requisiti di protezione dai rischi da radiazioni ionizzanti | | | | |
| G2. | S. | 9. . . | È in possesso dei requisiti in materia di superamento delle barriere architettoniche | | | | |
| G2. | S. | 10. . . | Esiste un protocollo di sicurezza e di salute di smaltimento dei rifiuti sanitari | | | | |
| G2. | S. | 11. . . | Esiste un sistema di verifica periodica del corretto smaltimento dei rifiuti sanitari | | | | |

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta sì/no | documento cod. | pag. | Note |
|-----|------|-------------|---|----------------|----------------|------|------|
| G2. | S. | 12. . . | È in possesso dei requisiti microclimatici tali da garantire sicurezza e igiene degli ambienti | | | | |
| G2. | S. | 13. . . | Lo studio dispone di un accesso per l'utente diverso da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria | | | | |
| G.2 | S. | 14. . . | I locali dello studio: | | | | |
| G.2 | S. | 14.01. . | sono nettamente separati da quelli destinati ad altri usi | | | | |
| G.2 | S. | 14.02. . | sono chiaramente identificabili | | | | |
| | | | Dotazione minima di ambienti: | | | | |
| G.2 | S. | 15. . . | Il locale di attività: | | | | |
| G.2 | S. | 15.01. . | ha una superficie adeguata | | | | |
| G.2 | S. | 15.02. . | ha pareti e pavimenti lavabili e disinfettabili | | | | |
| G.2 | S. | 15.03. . | garantisce il rispetto della privacy dell'utente | | | | |
| G.2 | S. | 15.04. . | presenta un'apposita area separata per spogliarsi | | | | |
| G.2 | S. | 15.05. . | è corredato da un lavabo con comandi non manuali | | | | |
| G.2 | S. | 16. . . | Esiste un servizio igienico a disposizione degli utenti | | | | |
| G.2 | S. | 16.01. . | tale servizio è facilmente raggiungibile | | | | |
| | | | è dotato di: | | | | |
| G.2 | S. | 16.01.01. | lavello con comandi non manuali | | | | |
| G.2 | S. | 16.01.02. | dispenser per il sapone | | | | |
| G.2 | S. | 16.01.03. | asciugamani monouso | | | | |
| G.2 | S. | 16.02. . | esiste un unico servizio igienico | | | | |
| G.2 | S. | 16.02.01. | se sì, l'accesso è indipendente dalla sala per l'esecuzione delle prestazioni | | | | |
| G.2 | S. | 16.02.02. | il pavimento è lavabile e disinfettabile | | | | |
| G.2 | S. | 17. . . | Il locale o lo spazio di attesa è dotato di un adeguato numero di posti a sedere | | | | |

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta sì/no | documento | | Note |
|------------|-----------|----------------|--|----------------|-----------|------|------|
| | | | | | cod. | pag. | |
| | | | Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista, gli indicatori utilizzati per la valutazione dell'adeguatezza del numero dei posti | | | | |
| G.2 | S. | 18. . . | Sono inoltre presenti: | | | | |
| G.2 | S. | 18.01. . | uno spazio per la refertazione, ove necessario | | | | |
| G.2 | S. | 18.02. . | uno spazio per deposito per materiale pulito | | | | |
| G.2 | S. | 18.03. . | uno spazio per deposito materiale sporco | | | | |
| G.2 | S. | 18.04. . | uno o più armadi per il deposito del materiale d'uso, delle attrezzature e della strumentazione | | | | |
| G.2 | S. | 19. . . | Gli spazi per l'attesa, accettazione e attività amministrative ed i servizi igienici sono in comune fra più studi professionali o con strutture sanitarie | | | | |
| G.2 | S. | 19.01. . | Se sì, tali spazi sono opportunamente dimensionati | | | | |
| G.2 | S. | 20. . . | In tutti i locali è assicurata illuminazione e ventilazione adeguata | | | | |
| | | | Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista, gli indicatori utilizzati per la valutazione dell'adeguatezza | | | | |

LISTA G.2 - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta si/no | documento cod. | pag. | Note |
|------------------------------|------|-------------|---|----------------|----------------|------|------|
| REQUISITI TECNOLOGICI | | | | | | | |
| G.2 | T. | 01. . . | Lo studio dispone di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta | | | | |
| G.2 | T. | 02. . . | Nello studio sono presenti più risorse tecnologiche di diagnostica strumentale | | | | |
| G.2 | T. | 02.01. . | se sì, queste non sono usate in contemporanea su pazienti diversi | | | | |
| G.2 | T. | 03. . . | I requisiti specifici richiedono il carrello per la gestione delle emergenze | | | | |
| G.2 | T. | 03.01. . | Lo studio è contiguo ad altri studi in assenza di barriere architettoniche | | | | |
| G.2 | T. | 03.02. . | se sì ai punti G.2.T.03 e G.2.T.03.01, il carrello per la gestione delle emergenze previsto nei requisiti specifici è unico per tutti gli studi | | | | |
| G.2 | T. | 03.02.01. | se sì ai punti G.2.T.03, G.2.T.03.01 e G.2.T.03.02, il carrello è conforme a quanto richiesto nei requisiti specifici | | | | |
| G.2 | T. | 03.02.02. | se sì ai punti G.2.T.03, G.2.T.03.01 e G.2.T.03.02, è identificato un responsabile per la gestione di tale carrello | | | | |
| G.2 | T. | 03.02.03. | se sì ai punti G.2.T.03, G.2.T.03.01 e G.2.T.03.02, l'utilizzo di quanto contenuto nel carrello è compatibile con l'attività dei professionisti titolari degli studi contigui | | | | |

| Sez | Cap. | Codice aut. | Descrizione Indicatore | Fonte dati | Standard di riferimento |
|-----|------|-------------|------------------------|------------|-------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Sez | Cap. | Codice aut. | Note |
|-----|------|-------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

REGIONE TOSCANA

**Giunta Regionale
Direzione Generale del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà
Settore Assicurazione Qualità**

Liste di autovalutazione

Studi professionali medici e odontoiatrici soggetti ad autorizzazione

Sezione S

Requisiti organizzativi, strutturali, impiantistici, tecnologici generali

LISTA S.1 - STUDI ODONTOIATRICI

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | documento | | Note |
|--------------------------------|------|-------------|---|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| REQUISITI STRUTTURALI | | | | | | | |
| S.1 | S. | 01. | I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate | | | | |
| | | | Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista gli indicatori utilizzati per la valutazione | | | | |
| S.1 | S. | 02. | La detersione e sterilizzazione della ferristica e delle attrezzature sono effettuate nello studio. Sono presenti, in alternativa: | | | | |
| S.1 | S. | 02.01. | se sì, è presente uno spazio per la detersione e sterilizzazione della ferristica e delle attrezzature | | | | |
| S.1 | S. | 02.02. | se no, è adottata una procedura che regola l'affidamento all'esterno di tali attività | | | | |
| REQUISITI IMPIANTISTICI | | | | | | | |
| S.1 | I. | 01. | Nel locale di attività sono garantiti: | | | | |
| S.1 | I. | 01.01. | un adeguato ricambio di aria | | | | |
| S.1 | I. | 01.02. | un adeguato comfort microclimatico | | | | |
| | | | Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista gli indicatori utilizzati per la valutazione dell'adeguatezza | | | | |
| S.1 | I. | 02. | Nel locale di attività vengono impegnati gas per la sedazione cosciente | | | | |
| S.1 | I. | 02.01. | se sì, sono garantiti 15 ricambi di aria/ora | | | | |
| S.1 | I. | 03. | Il livello del locale di attività: | | | | |
| S.1 | I. | 03.01. | ha comandi non manuali | | | | |
| S.1 | I. | 03.02. | è fornito di dispenser per il sapone | | | | |
| S.1 | I. | 03.03. | è fornito di asciugamani monouso | | | | |
| S.1 | I. | 04. | Nello spazio riservato alla sterilizzazione sono presenti: | | | | |
| S.1 | I. | 04.01. | vasca per la disinfezione degli strumenti | | | | |

| Sez. | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | documento | | Note |
|------------------------------|-----------|----------------|--|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| S.1 | I. | 04.02. . | lavello fornito di acqua calda e fredda per la detersione degli strumenti | | | | |
| S.1 | I. | 05. . . | Lo studio è inoltre dotato di: | | | | |
| S.1 | I. | 05.01. . | mobile per la conservazione del materiale già sottoposto a sterilizzazione e mantenuto in adatte confezioni o cestelli metallici | | | | |
| S.1 | I. | 05.02. . | mobile per la rimessa del materiale d'uso non sterile | | | | |
| S.1 | I. | 05.03. . | mobile per la rimessa di farmaci e materiale sterile monouso in confezione industriale (materiale da sutura, strumenti chirurgici monouso, ecc...) | | | | |
| REQUISITI TECNOLOGICI | | | | | | | |
| S.1 | T. | 01. . . | Sono presenti i seguenti strumenti di diagnostica: | | | | |
| S.1 | T. | 01.01. . | apparecchio radiologico | | | | |
| S.1 | T. | 01.02. . | armadietti e server in numero adeguato per medicinali e strumenti | | | | |
| S.1 | T. | 01.03. . | materiale monouso (bicchieri, tovagliolini, cannule di aspirazione, guanti e mascherine per operatori ed assistenti) | | | | |
| | | | Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista gli indicatori utilizzati per la valutazione dell'adeguatezza | | | | |
| S.1 | T. | 02. . . | Sono presenti i seguenti strumenti di terapia: | | | | |
| S.1 | T. | 02.01. . | riunito provvisto di turbina, micromotore, siringa aria/acqua, aspiratore chirurgico, lampada alogena, poltrona | | | | |
| S.1 | T. | 02.02. . | manipoli per turbina e micromotore in numero adeguato | | | | |
| S.1 | T. | 02.03. . | frigorifero per conservazione medicinali | | | | |
| S.1 | T. | 02.04. . | contenitore per rifiuti speciali | | | | |
| S.1 | T. | 02.05. . | contenitore per strumenti taglienti da eliminare | | | | |
| S.1 | T. | 02.06. . | contenitore per rifiuti assimilabili agli urbani | | | | |
| S.1 | T. | 02.07. . | idonei dispositivi individuali di barriera | | | | |
| | | | Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista gli indicatori utilizzati per la valutazione dell'adeguatezza | | | | |
| S.1 | T. | 03. . . | E' presente il carrello per la gestione dell'emergenza | | | | |
| S.1 | T. | 04. . . | Tale carrello è dotato di: | | | | |

| Sez. | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | documento | | Note |
|--------------------------------|-----------|----------------|---|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| S.1 | T. | 04.01. . | pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee | | | | |
| S.1 | T. | 04.02. . | apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa e fonendoscopio | | | | |
| S.1 | T. | 04.03. . | laccio emostatico, siringhe e farmaci per il pronto soccorso | | | | |
| S.1 | T. | 04.04. . | materiale e farmaci per la medicazione | | | | |
| S.1 | T. | 04.05. . | bombola di ossigeno con erogatore e flussimetro | | | | |
| S.1 | T. | 05. . . | Sono presenti i seguenti strumenti per la sterilizzazione: | | | | |
| S.1 | T. | 05.01. . | autoclave a vapore per la sterilizzazione dello strumentario | | | | |
| S.1 | T. | 05.02. . | imbustatrice per strumenti | | | | |
| REQUISITI ORGANIZZATIVI | | | | | | | |
| S.1 | O. | 01. . . | Il titolare dello studio e gli eventuali collaboratori sono preparati alla gestione delle emergenze | | | | |
| S.1 | O. | 02. . . | Per ogni paziente, la cui patologia possa essere complessa, è approntata una scheda clinica, cartacea o su supporto magnetico. | | | | |
| | | | In tale scheda sono riportate | | | | |
| S.1 | O. | 02.01. . | le note anamnesiche | | | | |
| S.1 | O. | 02.02. . | la diagnosi | | | | |
| S.1 | O. | 02.03. . | gli eventuali esami | | | | |
| S.1 | O. | 02.04. . | le condizioni cliniche | | | | |
| S.1 | O. | 02.05. . | le prestazioni effettuate | | | | |
| S.1 | O. | 02.06. . | le prescrizioni terapeutiche | | | | |
| S.1 | O. | 03. . . | Ogni operatore dello studio odontoiatrico, nell'espletamento della propria attività, indossa: | | | | |
| S.1 | O. | 03.01. . | indumenti ad uso esclusivamente professionale | | | | |
| S.1 | O. | 03.02. . | idonei dispositivi di protezione individuale per prevenire l'esposizione della cute e delle mucose | | | | |
| S.1 | O. | 04. . . | Il titolare dello studio garantisce : | | | | |

| Sez. | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | documento | | Note |
|------|------|-------------|--|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| S.1 | O. | 04.01. . | che la corretta esecuzione del procedimento di sterilizzazione sia periodicamente verificata | | | | |
| S.1 | O. | 04.02. . | che i risultati della verifica siano registrati | | | | |

| Sez | Cap. | Codice aut. | Descrizione Indicatore | Fonte dati | Standard di riferimento |
|-----|------|-------------|------------------------|------------|-------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Sez | Cap. | Codice aut. | Note |
|-----|------|-------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

LISTA S.2 - STUDI MEDICI CHE EROGANO PRESTAZIONI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | documento | | Note |
|------------------------------|------|-------------|---|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| REQUISITI STRUTTURALI | | | | | | | |
| S.2 | S. | 01. . . | I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate | | | | |
| | | | Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista gli indicatori utilizzati per la valutazione | | | | |
| S.2 | S. | 02. . . | E' individuata una zona per la preparazione del personale addetto | | | | |
| | | | Tale zona è costituita da: | | | | |
| S.2 | S. | 02.01. . | uno spazio da adibire a spogliatoio per il personale sanitario separato dal locale chirurgico | | | | |
| S.2 | S. | 02.02. . | uno spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico (anche all'interno del locale chirurgico) | | | | |
| S.2 | S. | 03. . . | E' individuata una zona per la preparazione del paziente separata dal locale chirurgico | | | | |
| S.2 | S. | 03.1. . | Tale zona è costituita da uno spazio - spogliatoio per l'utente che debba subire un atto chirurgico | | | | |
| S.2 | S. | 04. . . | Esiste un locale chirurgico | | | | |
| S.2 | S. | 05. . . | E' individuata una zona di sosta, opportunamente situata, per i pazienti che hanno subito l'intervento | | | | |
| S.2 | S. | 06. . . | Esiste il deposito materiali sterili e strumentario chirurgico | | | | |
| | | | Tale deposito: | | | | |
| S.2 | S. | 06.01. . | è situato all'interno dello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione del personale | | | | |
| | | | è costituito da: | | | | |
| S.2 | S. | 06.02.01. | un armadio lavabile per la rimessa dei ferri chirurgici e per la conservazione del materiale sterilizzato, mantenuto in adatte confezioni o cesti metallici | | | | |
| S.2 | S. | 06.02.02. | un armadio lavabile per la rimessa dei farmaci e dei materiali monouso | | | | |
| S.2 | S. | 07. . . | Esiste un locale visita costituito da un locale, anche non attiguo, adibito a studio medico per visita o medicazione | | | | |
| S.2 | S. | 08. . . | La sterilizzazione è effettuata nello studio: | | | | |

| Sez. | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | documento | | Note |
|--------------------------------|-----------|----------------|--|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| S.2 | S. | 08.01. . | se si, è individuato uno spazio all'interno del locale chirurgico, in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico | | | | |
| S.2 | S. | 08.02. . | se no, è affidata all'esterno con una procedura che regola le modalità | | | | |
| S.2 | S. | 09. . . | Le superfici sono: | | | | |
| S.2 | S. | 09.01. . | ignifughe | | | | |
| S.2 | S. | 09.02. . | resistenti al lavaggio e alla disinfezione | | | | |
| S.2 | S. | 09.03. . | lisce e non scanalate | | | | |
| S.2 | S. | 09.04. . | con raccordo arrotondato al pavimento | | | | |
| S.2 | S. | 10. . . | Il pavimento è: | | | | |
| S.2 | S. | 10.01. . | resistente agli agenti chimici e fisici | | | | |
| S.2 | S. | 10.02. . | levigato | | | | |
| S.2 | S. | 10.03. . | antisdrucchiolo | | | | |
| REQUISITI IMPIANTISTICI | | | | | | | |
| S.2 | I. | 01. . . | Nel locale chirurgico sono garantiti: | | | | |
| S.2 | I. | 01.01. . | un adeguato ricambio di aria | | | | |
| S.2 | I. | 01.02. . | un adeguato comfort microclimatico | | | | |
| | | | Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista gli indicatori utilizzati per la valutazione dell'adeguatezza | | | | |
| S.2 | I. | 02. . . | Nello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione sono presenti: | | | | |
| S.2 | I. | 02.01. . | un lavello in materiale resistente agli acidi e alcali fornito di acqua calda e fredda, per la pulizia degli strumenti chirurgici | | | | |
| S.2 | I. | 02.02. . | un lavello per il lavaggio dei sanitari con rubinetteria non manuale | | | | |
| REQUISITI TECNOLOGICI | | | | | | | |
| S.2 | T. | 01. . . | Tutto lo strumentario è | | | | |

| Sez. | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | documento | | Note |
|------------|-----------|----------------|--|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| S.2 | T. | 01.01. . | monouso | | | | |
| S.2 | T. | 01.02. . | in acciaio inossidabile | | | | |
| S.2 | T. | 01.03. . | in leghe o metalli non ossidabili | | | | |
| S.2 | T. | 02. . . | Tutto lo strumentario è idoneo al tipo di chirurgia esercitata | | | | |
| S.2 | T. | 03. . . | Gli arredi utilizzati sono realizzati in acciaio inossidabile o in metalli non ossidabili | | | | |
| S.2 | T. | 04. . . | Ogni locale chirurgico è dotato di: | | | | |
| S.2 | T. | 04.01. . | lettino chirurgico | | | | |
| S.2 | T. | 04.02. . | elettrobisturi | | | | |
| S.2 | T. | 04.03. . | un aspiratore chirurgico con relativi sondini | | | | |
| S.2 | T. | 04.04. . | lampada scialitica | | | | |
| S.2 | T. | 04.05. . | un tavolino servitore | | | | |
| S.2 | T. | 04.06. . | un supporto per contenitore di rifiuti chirurgici | | | | |
| S.2 | T. | 04.07. . | un congruo numero di vasche per il lavaggio pre-sterilizzazione dei taglienti | | | | |
| S.2 | T. | 04.08. . | contenitori per rifiuti speciali taglienti (lame, aghi, ecc...) | | | | |
| S.2 | T. | 04.09. . | apparecchiature per il processo di sterilizzazione (ove non affidato a servizio esterno) | | | | |
| S.2 | T. | 05. . . | E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza | | | | |
| S.2 | T. | 06. . . | Tale carrello è dotato di: | | | | |
| S.2 | T. | 06.01. . | pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee | | | | |
| S.2 | T. | 06.02. . | apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa e fonendoscopio | | | | |
| S.2 | T. | 06.03. . | laccio emostatico, siringhe e farmaci | | | | |
| S.2 | T. | 06.04. . | materiale per la medicazione | | | | |
| S.2 | T. | 06.05. . | pulsiossimetro | | | | |
| S.2 | T. | 06.06. . | defibrillatore | | | | |

| Sez. | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | documento | | Note |
|--------------------------------|-----------|----------------|---|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| S.2 | T. | 06.07. . | aspiratore | | | | |
| S.2 | T. | 06.08. . | bombola di ossigeno con erogatore e flussiosimetro | | | | |
| REQUISITI ORGANIZZATIVI | | | | | | | |
| S.2 | O. | 01. . . | Il titolare dello studio e il personale infermieristico sono preparati alla gestione delle emergenze | | | | |
| S.2 | O. | 02. . . | Il titolare ed il personale partecipano ai corsi BLS | | | | |
| | | | La partecipazione è | | | | |
| S.2 | O. | 02.01. . | è documentata | | | | |
| S.2 | O. | 02.02. . | è verificabile | | | | |
| S.2 | O. | 02.03. . | avviene con cadenza non inferiore a due anni | | | | |
| S.2 | O. | 03. . . | E' garantita la reperibilità medica durante l'orario di chiusura dello studio | | | | |
| | | | Le modalità con cui è organizzata la reperibilità sono | | | | |
| S.2 | O. | 03.01. . | definite | | | | |
| S.2 | O. | 03.02. . | documentate | | | | |
| S.2 | O. | 04. . . | E' approntato un registro in cui sono riportati, per ciascun paziente: | | | | |
| S.2 | O. | 04.01. . | la diagnosi | | | | |
| S.2 | O. | 04.02. . | la descrizione dell'intervento eseguito | | | | |
| S.2 | O. | 04.03. . | le eventuali tecniche di anestesia e/o analgesia utilizzate | | | | |
| S.2 | O. | 04.04. . | l'ora di inizio e fine dell'intervento | | | | |
| S.2 | O. | 04.05. . | il decorso clinico | | | | |
| S.2 | O. | 04.06. . | il decorso intraoperatorio | | | | |
| S.2 | O. | 04.07. . | le eventuali complicanze | | | | |
| S.2 | O. | 05. . . | Per l'intero orario di effettuazione degli interventi è garantita la presenza di una unità infermieristica | | | | |

| Sez. | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | documento | | Note |
|------------|-----------|----------------|--|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| S.2 | O. | 06. . . | Ogni operatore, nell'espletamento della propria attività, indossa: | | | | |
| S.2 | O. | 06.01. . | indumenti ad uso esclusivamente professionale | | | | |
| S.2 | O. | 06.02. . | idonei dispositivi di protezione individuale per prevenire l'esposizione della cute e delle mucose | | | | |
| S.2 | O. | 07. . . | Il raggiungimento della sterilizzazione della strumentazione è periodicamente verificato | | | | |
| S.2 | O. | 07.01. . | i risultati della verifica sono registrati | | | | |

LISTA S.3 - STUDI MEDICI CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ENDOSCOPIA

| Sez | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | documento | | Note |
|--------------------------------|-----------|----------------|--|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| REQUISITI STRUTTURALI | | | | | | | |
| S.3 | S. | 01. . . | I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate | | | | |
| | | | Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista gli indicatori utilizzati per la valutazione | | | | |
| | | | La dotazione specifica di ambienti , in aggiunta ai requisiti generali, è la seguente | | | | |
| S.3 | S. | 02. . . | Esiste una sala per endoscopia | | | | |
| S.3 | S. | 03. . . | Tale sala è corredata da: | | | | |
| S.3 | S. | 03.01. . | spogliatoio | | | | |
| S.3 | S. | 03.02. . | servizio igienico dedicato | | | | |
| S.3 | S. | 04. . . | Esiste uno spazio o un locale dedicato all'osservazione | | | | |
| S.3 | S. | 05. . . | Esiste uno spazio o un locale per l'alta disinfezione degli endoscopi non sterilizzabili | | | | |
| S.3 | S. | 06. . . | La sterilizzazione degli endoscopi sterilizzabili e degli accessori non monouso è effettuata nello studio. | | | | |
| S.3 | S. | 06.01. . | se si, è presente uno spazio o un locale per la sterilizzazione degli endoscopi sterilizzabili e accessori non monouso | | | | |
| S.3 | S. | 06.02. . | se no, è definita una procedura che regolamenti l'affidamento all'esterno dell'attività | | | | |
| REQUISITI IMPIANTISTICI | | | | | | | |
| S.3 | I. | 01. . . | Sono rispettati i requisiti generali di sicurezza e protezione | | | | |
| S.3 | I. | 02. . . | Nella sala per endoscopia sono garantiti: | | | | |
| S.3 | I. | 02.01. . | un adeguato ricambio di aria | | | | |
| S.3 | I. | 02.02. . | un adeguato comfort microclimatico | | | | |
| | | | Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista gli indicatori utilizzati per la valutazione dell'adeguatezza | | | | |

| Sez. | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | documento | | Note |
|------------------------------|------|-------------|---|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| S.3 | I. | 03. . . | Il locale/spazio per lavaggio e alta disinfezione è dotato di lavello in acciaio inox fornito di acqua calda e fredda con rubinetteria non manuale | | | | |
| S.3 | I. | 04. . . | Lo studio dispone di un sistema di disinfezione a circuito chiuso | | | | |
| S.3 | I. | 04.01. . | se no, nell'ambiente di detersione-disinfezione è presente una cappa aspirante per la protezione da vapori | | | | |
| REQUISITI TECNOLOGICI | | | | | | | |
| S.3 | T. | 01. . . | La dotazione di strumenti ed accessori è correlata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate | | | | |
| | | | Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista gli indicatori utilizzati per la valutazione | | | | |
| | | | Sono comunque assicurate le seguenti dotazioni strumentali | | | | |
| S.3 | T. | 02. . . | Sono presenti, in numero tale da permettere il completamento delle indagini terapeutiche anche in caso di guasti e rotture improvvise: | | | | |
| S.3 | T. | 02.01. . | endoscopi | | | | |
| S.3 | T. | 02.02. . | fonti di luce | | | | |
| S.3 | T. | 02.03. . | accessori | | | | |
| S.3 | T. | 03. . . | E' presente un saturimetro digitale per la sala endoscopica | | | | |
| S.3 | T. | 04. . . | Sono presenti, in alternativa fra loro: | | | | |
| S.3 | T. | 04.01. . | un disinfetta endoscopi | | | | |
| S.3 | T. | 04.02. . | idonea attrezzatura per alta disinfezione | | | | |
| S.3 | T. | 05. . . | E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza | | | | |
| S.3 | T. | 06. . . | Tale carrello è dotato di: | | | | |
| S.3 | T. | 06.01. . | pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee | | | | |
| S.3 | T. | 06.02. . | apparecchio per la misurazione della pressione e fonendoscopio | | | | |
| S.3 | T. | 06.03. . | laccio emostatico, siringhe e farmaci | | | | |
| S.3 | T. | 06.04. . | materiale per la medicazione | | | | |

| Sez. | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | documento | | Note |
|--------------------------------|-----------|----------------|---|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| S.3 | T. | 06.05. . | pulsiossimetro | | | | |
| S.3 | T. | 06.06. . | defibrillatore | | | | |
| S.3 | T. | 06.07. . | aspiratore | | | | |
| S.3 | T. | 06.08. . | bombola di ossigeno con erogatore e flussiossimetro | | | | |
| REQUISITI ORGANIZZATIVI | | | | | | | |
| S.3 | O. | 01. . . | Il titolare dello studio e il personale infermieristico sono preparati alla gestione delle emergenze | | | | |
| S.3 | O. | 02. . . | Il titolare ed il personale partecipano ai corsi BLS | | | | |
| S.3 | O. | 02.01. . | è documentata | | | | |
| S.3 | O. | 02.02. . | è verificabile | | | | |
| S.3 | O. | 02.03. . | avviene con cadenza non inferiore a due anni | | | | |
| S.3 | O. | 03. . . | E' approntato un registro in cui sono riportati, per ciascun paziente: | | | | |
| S.3 | O. | 03.01. . | la diagnosi | | | | |
| S.3 | O. | 03.02. . | la descrizione dell'intervento eseguito | | | | |
| S.3 | O. | 03.03. . | l'eventuali tecniche di anestesia e/o analgesia utilizzate | | | | |
| S.3 | O. | 03.04. . | l'ora di inizio e fine dell'intervento | | | | |
| S.3 | O. | 03.05. . | il decorso clinico | | | | |
| S.3 | O. | 03.06. . | il decorso intraoperatorio | | | | |
| S.3 | O. | 03.07. . | le eventuali complicanze | | | | |
| S.3 | O. | 04. . . | Per l'intero orario di effettuazione degli interventi è garantita la presenza di una unità infermieristica | | | | |
| S.3 | O. | 05. . . | Ogni operatore, nell'espletamento della propria attività, indossa: | | | | |
| S.3 | O. | 05.01. . | indumenti ad uso esclusivamente professionale | | | | |
| S.3 | O. | 05.02. . | idonei dispositivi di protezione individuale per prevenire l'esposizione della cute e delle mucose | | | | |

| Sez. | Cap. | Codice aut. | Testo | Risposta | documento | | Note |
|------|-----------|-------------|---|----------|-----------|------|------|
| | | | | si/no | cod. | pag. | |
| S.3 | O. 06. | . . | Il raggiungimento dell'alta disinfezione e/o sterilizzazione degli endoscopi e degli accessori è periodicamente verificato | | | | |
| S.3 | O. 06.01. | . . | i risultati della verifica sono registrati | | | | |

| Sez | Cap. | Codice aut. | Descrizione Indicatore | Fonte dati | Standard di riferimento |
|-----|------|-------------|------------------------|------------|-------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

