

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> <b>EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	MODULO	Pagina 1 di 5
	LISTA DI CONTROLLO <b>STRUTTURE SANITARIE</b> <b>STUDI ODONTOIATRICI</b>	<b>MO13</b>
Commissione Dipartimentale ex LR 34/98 ora LR 4/08 Dipartimento Sanità Pubblica		Rev 1 del 17.06.16

DENOMINAZIONE STRUTTURA \_\_\_\_\_

Indirizzo: via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Titolare dello studio \_\_\_\_\_

Titolari se studio associato \_\_\_\_\_

Data del sopralluogo \_\_\_\_\_

Numero totale personale \_\_\_\_\_ Presenza saltuaria altri specialisti \_\_\_\_\_

REQUISITO	NOTE	OSSERVAZIONI-RILIEVI
<b>Adeguati i titoli abilitanti l'esercizio della professione</b>	SI NO	
<b>Possesso dell'Autorizzazione alla Pubblicità sanitaria</b>	SI NO	
<b>Vaccinazione contro l'epatite B</b>  N° totale: .....	SI NO	Operatori non coperti: _____ _____ _____
<b>Conformità dei locali alla planimetria</b>	SI NO	
<b>Locale operativo</b> , provvisto di riunito odontoiatrico, riservato esclusivamente all'espletamento di attività odontoiatrica, avente dimensione <b>non inferiore a 12 mq</b> e dotato di lavabo comunque, per gli esistenti non inferiore a <b>9 mq</b> .	SI NO	
Caratteristiche del <b>lavabo</b> : il rubinetto deve essere attivato a pedale, a fotocellula, a leva. Attrezzato con dispensatore di sapone e/o detergente antisettico e con salviette monouso	SI NO	

## REQUISITO

## NOTE

## OSSERVAZIONI - RILIEVI

<p><b>Spazio</b> separato di almeno 4 mq., aggiuntivo rispetto ai 12 mq., (9mq) o in alternativa locale di almeno 4 mq. da utilizzare per la <b>decontaminazione, pulizia, disinfezione, sterilizzazione dei dispositivi medici.</b></p> <p>N.B. Per spazio separato si intende un'area ,anche fisicamente non isolata, ricavata all'interno del locale operativo o in altro locale idoneo</p> <p><b>Per gli studi esistenti</b> la superficie di 4 mq può essere articolata anche in più spazi separati purchè all'interno di ciascun locale operativo sia possibile effettuare la decontaminazione preliminare o la messa in sicurezza degli strumenti contaminati</p>	SI NO	La sterilizzazione può essere data in gestione esterna purché siano soddisfatti i requisiti di legge
<p>Qualora l'attività venga espletata in <b>ulteriori locali</b>, questi ultimi, debbono avere una superficie non inferiore a <b>9 mq.</b> e possedere tutte le caratteristiche previste per il locale operativo</p>	SI NO	
<p>Le superfici dei locali sono in <b>materiale lavabile e disinfettabile</b> I locali devono essere dotati di <b>pavimenti lavabili</b>, pareti lavabili per un'altezza non inferiore a <b>2 mt.</b></p>	SI NO	
<p>Gli ambienti di soggiorno dei clienti e di lavoro degli operatori garantiscono un <b>adeguato confort (temperatura, illuminazione, ventilazione)</b></p>	SI NO	
<p><b>Locale/spazio per attività amministrative</b>, accettazione, archivio</p>	SI NO	
<p><b>Locale/spazio per attesa</b> adeguatamente arredato, con numero di posti a sedere commisurato ai volumi di attività</p>	SI NO	
<p><b>Servizio/i igienico/i per gli utenti</b></p>	SI NO	negli studi già in attività il servizio igienico può essere comune utenti/personale
<p><b>Servizio igienico per il personale</b></p>	SI NO	
<p><b>Spazio/locale</b> da adibire a <b>spogliatoio</b> del personale</p>	SI NO	
<p>Locale/spazio per <b>deposito materiale pulito</b> che può essere stoccato in un armadio, qualora non sia presente in elevate quantità</p>	SI NO	
<p>Locale/spazio per <b>deposito materiale sporco</b> e materiale di pulizia</p>	SI NO	
<p>Locale/spazio o armadio per <b>deposito materiale d'uso</b>, attrezzature, strumentazioni, a seconda della quantità</p>	SI NO	
<p><b>Arredi lavabili</b>, idonei all'attività svolta</p>	SI NO	

REQUISITO	NOTE	OSSERVAZIONI - RILIEVI
Planimetria relativa <b>agli impianti elettrici</b> o relazione tecnica con classificazione dei locali ai fini degli impianti elettrici, firmata dal Responsabile Sanitario : se l'impianto è stato realizzato prima del settembre/2001 con la CEI 64.4: <b>Ambulatorio medico di tipo A</b> *se l'impianto è stato realizzato dopo settembre/2001 con la CEI 64.8/7: <b>Ambulatorio GRUPPO 1</b>	SI NO	
Verifica periodica <b>biennale</b> dell'impianto elettrico di messa a terra ai sensi del DPR 462/01 effettuata dall'UOIA di Reggio Emilia o da un Organismo individuato da Ministero delle Attività Produttive (lettera di incarico a UOIA o Organismo Notificato)  <u>Per attività senza dipendenti o soci</u> Dichiarazione conformità impianto elettrico – DM 37/08 Progetto impianto elettrico – Legge DM 37/08 Verifiche iniziali e successive verifiche periodiche secondo le norme di buona tecnica (norme CEI)	SI NO	
Relativamente agli <b>altri impianti</b> (se lo studio non è molto vecchio)  Conformità degli impianti meccanici (riscaldamento, idrico, condizionamento – se presente)	SI NO	Se l'ambulatorio è molto vecchio non chiediamo niente o quasi (attenti al gas usato nel bunsen)
<b>Dichiarazione di presenza di</b> nodo equipotenziale + Idn 30 Ma	SI NO	
<b>denuncia impianto di messa a terra con affidamento verifiche periodiche</b>	SI NO	Mod. B Lettera di incarico a ASUL o Organismo Notificato
Verifica aspetti <b>prevenzione incendi</b> <b>1 Estintori</b> <b>2 .Luce di sicurezza</b> <b>3. Segnaletica</b>	SI NO	N°: N°:
Per le apparecchiature di <b>nuova acquisizione (acquisto dopo il 06.12.2004):</b> – Dichiarazione di conformità CE – Manuali d'uso – Collaudi di accettazione, certificati di installazione e collaudo (sicurezza elettrica)	SI NO SI NO SI NO	
Le <b>apparecchiature</b> sono corredate della <b>documentazione prevista</b> dalla legge (libretti autoclavi, manuali d'uso, etc.)	SI NO	<input type="checkbox"/> <b>Costruite prima 1997:</b> certificazione conformità del costruttore o tecnico abilitato  <input type="checkbox"/> <b>Acquisite dopo 1997:</b> presenza marcatura CE e manuale d'uso

REQUISITO	NOTE	OSSERVAZIONI - RILIEVI
Denuncia apparecchi radiologici ed affidamento incarico ad un Esperto Qualificato	SI NO	<input type="checkbox"/> Incarico E.Q. <input type="checkbox"/> Registro apparecchiature radiologiche <input type="checkbox"/> Manuale di qualità <input type="checkbox"/> Presenza esperto in Fisica sanitaria <input type="checkbox"/> Giudizio di idoneità all'uso clinico
Registrazione dati pazienti: Cartacea / Informatizzata	SI NO	
Vengono effettuate attività di <b>formazione</b> ai sensi della normativa vigente in materia di sicurezza e igiene del lavoro	SI NO	<input type="checkbox"/> Addetto emergenza <input type="checkbox"/> RSPP <input type="checkbox"/> RLS <input type="checkbox"/> Verbali riunioni periodiche <input type="checkbox"/> .....
<b>Procedure/istruzioni operative per assicurare la prevenzione e il controllo delle infezioni:</b>		
<b>lavaggio delle mani</b>	SI NO	
<b>pulizia, disinfezione,</b>	SI NO	
<b>sterilizzazione dei dispositivi medici</b>	SI NO	
<b>decontaminazione e pulizia degli ambienti</b>	SI NO	
<b>smaltimento dei rifiuti</b>	SI NO	
<b>precauzioni atte ad evitare la trasmissione di microrganismi per contatto, per via aerea;</b>	SI NO	
<b>dispositivi di protezione per il personale sanitario</b>	SI NO	
<b>gestione del rischio biologico occupazionale</b>	SI NO	
<b>gestione farmaci:</b> procedure di conservazione e controllo scadenze + emergenza	SI NO	<input type="checkbox"/> Frigorifero e termometro di Min-Max
<b>prelievo, conservazione, trasporto dei materiali biologici</b> da sottoporre ad accertamento + controllo stoccaggio rifiuti sanitari	SI NO	
<b>procedura</b> (comprensiva di strumenti, presidi, farmaci, ecc.) per assicurare, in funzione della tipologia della struttura, la <b>gestione dell'emergenza</b>	SI NO	<input type="checkbox"/> Presenza presidi/valigia emergenza
<b>procedura</b> che garantisca la <b>rintracciabilità dei materiali impiantabili</b>	SI NO	<input type="checkbox"/> Registro impiantabili
<b>Se Studio Associato:</b> è stato individuato il <b>professionista responsabile delle procedure di disinfezione e sterilizzazione?</b>	SI NO	Nominativo .....
E' stata posizionata idonea cartellonistica per il <b>DIVIETO DI FUMARE</b>	SI NO	

## ESITO DEL SOPRALLUOGO

FAVOREVOLE

FAVOREVOLE A CONDIZIONE CHE VENGA PRESENTATA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

NON RISULTANO ADEGUATI I SEGUENTI ASPETTI

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## NOTE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## IL NUCLEO ISPETTIVO

---

---

---