

**Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE**

AMBULATORIO/STUDIO ODONTOIATRICO					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**1** AMBULATORIO/STUDIO ODONTOIATRICO - REQUISITI STRUTTURALI

AMBOD01.AU.1.1	Negli ambulatori odontoiatrici, oltre ai requisiti minimi generali /specifici per gli ambulatori specialistici, deve essere presente: spazio/locale per sterilizzazione degli strumenti ed attrezzature (quando praticate in loco)				
AMBOD01.AU.1.1.1	- spazio/locale per la detersione e la sterilizzazione degli strumenti ed attrezzature (quando praticate in loco)  Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBOD01.AU.1.1.2	- spazio riservato all'esecuzione delle prestazioni di dimensioni non inferiori a 9 mq per riunito che garantisca il rispetto della privacy dell'utente; sono concesse deroghe a 7 mq per spazi operativi dedicati all'igiene e alla terapia ortodontica.  Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBOD01.AU.1.1.3	- locale/spazio per deposito rifiuti e per la raccolta e stoccaggio dell'amalgama separato dal locale in cui si effettua la prestazione.  Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**2** AMBULATORIO/STUDIO ODONTOIATRICO - REQUISITI TECNOLOGICI - IMPIANTISTICI

AMBOD01.AU.2.1	Apparecchio radiologico per le esecuzioni degli RX endorali in regola con la normativa vigente in materia di radioprotezione.  Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
----------------	--	--	--	--	--

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

**Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE**

AMBULATORIO/STUDIO ODONTOIATRICO					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**2** AMBULATORIO/STUDIO ODONTOIATRICO - REQUISITI TECNOLOGICI - IMPIANTISTICI

AMBOD01.AU.2.2	Strumenti per le visite in quantità adeguata ai carichi di lavoro giornalieri (specchietti, spatoline, sonde parodontali, specilli, pinzette) sterilizzati		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBOD01.AU.2.3	Materiale generico monouso (bicchieri, tovaglioli, cannule, guanti e mascherine, telini e fogli di polietilene per rivestimento superfici)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBOD01.AU.2.4	Poltrona-riunito provvisto di turbina, micromotore, siringa aria-acqua, cannule di aspirazione chirurgica, lampada alogena		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBOD01.AU.2.5	Manipoli per turbina e micromotore in quantità adeguata ai carichi di lavoro giornaliero		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBOD01.AU.2.6	Strumentario chirurgico adeguato (porta aghi, forbici, pinze emostatiche, divaricatori, scollatori, e ogni altra attrezzatura essenziale)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBOD01.AU.2.7	Materiali chirurgici monouso (scelta di fili di sutura, riassorbibili o meno, con ago montato, fili metallici)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

**Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE**

AMBULATORIO/STUDIO ODONTOIATRICO					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**2** AMBULATORIO/STUDIO ODONTOIATRICO - REQUISITI TECNOLOGICI - IMPIANTISTICI

AMBOD01.AU.2.8	Contenitore per rifiuti speciali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBOD01.AU.2.9	Contenitore per strumenti taglienti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBOD01.AU.2.10	Contenitore per rifiuti biologici		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBOD01.AU.2.11	Vasche per la conservazione in bagno dei taglienti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBOD01.AU.2.12	Protezioni di barriera (guanti chirurgici monouso sterili, visiera per la protezione degli occhi, naso e bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina, diga di gomma)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBOD01.AU.2.13	Attrezzature per la rianimazione cardiopolmonare di base (ossigeno, cannula Mayo o Guedel, pocket mask o ventilatore manuale tipo pallone autogonfiabile).		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

**I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni**

**Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE**

AMBULATORIO/STUDIO ODONTOIATRICO					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note

**2** AMBULATORIO/STUDIO ODONTOIATRICO - REQUISITI TECNOLOGICI - IMPIANTISTICI

AMBOD01.AU.2.14	Attrezzature per la sterilizzazione e disinfezione (se praticate in loco)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

**3** AMBULATORIO/STUDIO ODONTOIATRICO - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBOD01.XX.3.1	<b>Sono rintracciabili informazioni di tipo operatorio riguardanti:</b>				
----------------	---	--	--	--	--

AMBOD01.AU.3.1.1	- fondamentali elementi identificativi del paziente,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

AMBOD01.AU.3.1.2	- nominativo del o degli operatori,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

**\* Dichiarazione**

AMBOD01.AU.3.1.3	- procedure eseguite,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

**Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE**

AMBULATORIO/STUDIO ODONTOIATRICO					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**3** AMBULATORIO/STUDIO ODONTOIATRICO - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBOD01.AU.3.1.4	- tipo di anestesia utilizzata ;		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBOD01.AU.3.2	Un Odontoiatra è individuato come responsabile sanitario dell'ambulatorio		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBOD01.AU.3.3	Durante lo svolgimento dell'attività odontoiatrica è presente almeno un odontoiatra o un medico autorizzato all'esercizio della professione odontoiatrica.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

*I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni*