

nigiana ha provveduto ad integrare la disponibilità finanziaria per le annualità 2007/2008 della misura 226 per un importo totale di Euro 599.144,28;

Considerato che con il citato decreto 3602/2008 si dichiara che le somme relative all'IVA non possono essere ammesse a contributo FEASR, così come riportato all'art. 71, comma 3, lett. a) del Regolamento (CE) n. 1698/2005 del Consiglio del 20 settembre 2005;

Vista la nota della Comunità Montana della Lunigiana prot. 7679/10.1.3 del 29/10/2008, agli atti del Settore Programmazione Forestale, inviata alla Regione Toscana ai sensi dei punti 13.5.4, 13.9.4. e 13.10.4 delle Direttive contenenti le disposizioni tecniche e procedurali relative all'attuazione della Misura 226 "Ricostituzione del potenziale produttivo forestale e interventi preventivi" - Progetti attuati dalle Province e dalle Comunità Montane", con la quale la Comunità Montana della Lunigiana chiede di approvare la modifica del proprio Programma degli interventi, con particolare riguardo all'elenco dei progetti ammissibili e finanziabili, con l'inserimento nello stesso dei progetti identici con i CUP 6006, 6008, 6009; per un importo ammissibile pari a complessivi Euro 385.732,01;

Ritenuto opportuno:

- approvare, secondo quanto previsto al punto 13.10.4 delle Direttive contenenti le disposizioni tecniche e procedurali relative all'attuazione della Misura 226 "Ricostituzione del potenziale produttivo forestale e interventi preventivi" - Progetti attuati dalle Province e dalle Comunità Montane", la modifica al Programma degli interventi proposta dalla Comunità Montana della Lunigiana;

- dichiarare ammissibili e finanziabili gli interventi della Comunità Montana della Lunigiana, identici con i CUP 6006, 6008, 6009, inseriti nell'elenco dei progetti ammissibili e non finanziabili dal decreto 3602/2008, per un importo pari a Euro 385.732,01;

Preso atto che gli interventi realizzati dagli Enti competenti nell'ambito della Misura 226 "Ricostituzione del potenziale produttivo forestale e interventi preventivi" sono riconducibili alle tipologie degli interventi pubblici forestali di cui all'art. 10 della L.R. 39/00;

#### DECRETA

1. di approvare, secondo quanto previsto al punto 13.10.4 delle Direttive contenenti le disposizioni tecniche e procedurali relative all'attuazione della Misura 226 "Ricostituzione del potenziale produttivo forestale e interventi preventivi" - Progetti attuati dalle Province e dalle Comunità Montane", la modifica al Programma degli interventi proposta dalla Comunità Montana della Lunigiana;

2. di dichiarare ammissibili e finanziabili gli interventi della Comunità Montana della Lunigiana, identici con i CUP 6006, 6008, 6009, inseriti nell'elenco dei progetti ammissibili e non finanziabili dal decreto 3602/2008, per un importo pari a Euro 385.732,01;

3. di stabilire il termine ultimo del 30 aprile 2009, entro il quale la Comunità Montana della Lunigiana può presentare le richieste di anticipo, nel limite degli importi e con le modalità previste dalle Direttive approvate con il decreto n. 1515/2008;

4. di stabilire il termine ultimo del 30 settembre 2009, entro il quale la Comunità Montana della Lunigiana deve presentare domanda di pagamento, con le modalità previste dalle Direttive approvate con il decreto n. 1515/2008;

5. che le modalità di pagamento ammesse sono quelle previste dalla Delibera G.R. 149/2008 "Reg. CE 1698/05 - Programma di Sviluppo Rurale - approvazione documento attuativo regionale del PSR 2007/2013" e riportate anche in allegato F) alle Direttive approvate con Decreto n. 1515/2008;

6. di trasmettere ad ARTEA copia del presente atto per lo svolgimento dei propri adempimenti.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul B.U.R.T. ai sensi dell'art. 5, comma 1, lett. f) della L.R. 23/02/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18, comma 2, della medesima L.R. 23/2007.

*Il Dirigente*  
Giovanni Vignozzi

#### Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

#### Settore Assicurazione Qualità

DECRETO 31 ottobre 2008, n. 5060  
certificato il 04-11-2008

**Regolamento n. 52/R e D.G.R. 858/2008: liste di autovalutazione, indirizzi per la definizione dei documenti ai fini della verifica (fac-simile) per gli studi medici ed odontoiatrici soggetti ad autorizzazione; modulistica (fac-simile) per gli studi medici ed odontoiatrici soggetti a D.I.A.**

IL DIRIGENTE

Vista la legge regionale 17 marzo 2000, n. 26 e successive modifiche e integrazioni;

Visti gli artt. 4 e 8 della legge regionale 5 agosto 2003, n. 44;

Visto il decreto del Direttore generale n. 1530 del 5 aprile 2007 con il quale la sottoscritta è stata nominata responsabile del settore "Assicurazione Qualità";

Vista la legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 "Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento" e successive modi che e integrazioni, che all'art. 4 attribuisce al Sindaco del Comune ove lo studio professionale ha sede, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, la competenza al rilascio dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio dello studio medico o odontoiatrico;

Visto il regolamento 8 ottobre 2008, n. 52 di attuazione della legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 in materia di studi medici ed odontoiatrici, il quale individua:

- come soggetti ad autorizzazione gli studi medici ed odontoiatrici che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per il paziente, nonché procedure di diagnostica strumentale non complementare all'attività clinica con refertazione per terzi, non comprese nell'elenco di cui all'articolo 6 del regolamento stesso;

- come soggetti a dichiarazione di inizio attività gli studi medici ed odontoiatrici che erogano esclusivamente le prestazioni a minore invasività elencate nell'allegato A del regolamento stesso e gli studi medici ove l'esercizio della diagnostica strumentale non invasiva è finalizzata alla refertazione per terzi;

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 858 del 27 ottobre 2008 con la quale è stato conferito l'incarico alla Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà:

- di approvare le liste per l'autovalutazione, da allegare alla domanda di autorizzazione, quali strumenti di valutazione e descrizione dello studio rispetto alle prescrizioni e ai requisiti previsti;

- di approvare, ad integrazione delle indicazioni operative inerenti l'attività di veri ca dei Dipartimenti di Prevenzione, gli speci ci indirizzi per la de nizione dell'elenco dei documenti che devono essere predisposti e resi disponibili al momento dell'effettuazione della veri ca stessa, ai ni del rilascio dell'autorizzazione;

- di fornire fac-simile per la richiesta di autorizzazione, per la D.I.A. nonché per l'autocertificazione del mantenimento dei requisiti da parte degli studi medici ed odontoiatrici autorizzati, da mettere a disposizione dei Comuni;

Ritenuto pertanto, in attuazione della DGR 858/2008, di dover:

- approvare le liste per l'autovalutazione, da allegare alla domanda di autorizzazione, quali strumenti di valutazione e descrizione dello studio rispetto alle prescrizioni e ai requisiti previsti, come da Allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto;

- approvare, ad integrazione delle indicazioni operative inerenti l'attività di veri ca dei Dipartimenti di Prevenzione, gli speci ci indirizzi per la de nizione dell'elenco dei documenti che devono essere predisposti e resi disponibili al momento dell'effettuazione della veri ca stessa, ai ni del rilascio dell'autorizzazione, come da Allegato 2 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto;

- fornire fac-simile, da mettere a disposizione dei Comuni, per la richiesta di autorizzazione, per la D.I.A. nonché per l'autocertificazione del mantenimento dei requisiti da parte degli studi medici ed odontoiatrici autorizzati, come da Allegato 3 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto;

Vista la L.R. 23 aprile 2007, n. 23;

#### DECRETA

in attuazione della DGR n. 858 del 27 ottobre 2008 di:

1. approvare le liste per l'autovalutazione, da allegare alla domanda di autorizzazione, quali strumenti di valutazione e descrizione dello studio rispetto alle prescrizioni e ai requisiti previsti, come da Allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto;

2. approvare, ad integrazione delle indicazioni operative inerenti l'attività di veri ca dei Dipartimenti di Prevenzione, gli speci ci indirizzi per la de nizione dell'elenco dei documenti che devono essere predisposti e resi disponibili al momento dell'effettuazione della veri ca stessa, ai ni del rilascio dell'autorizzazione, come da Allegato 2 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto;

3. fornire fac-simile, da mettere a disposizione dei Comuni, per la richiesta di autorizzazione, per la D.I.A. nonché per l'autocertificazione del mantenimento dei requisiti da parte degli studi medici ed odontoiatrici autorizzati, come da Allegato 3 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto.

Il presente atto, unitamente agli allegati 1 e 2 e 3, è pubblicato integralmente sul B.U.R.T. ai sensi dell'art. 5 comma 1 lettera f) della L.R. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 18, comma 2 della medesima L.R. 23/2007.

*Il Dirigente*

Maria Giuseppina Cabras

SEGUONO ALLEGATI

**ALLEGATO 1****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	dg	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	Documento cod.	Documento 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	Sez deg	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	Documento cod. pag.	Note
G.1 2.	01.	. . .	<b>La denominazione dello studio e delle attività svolte è identificata chiaramente; in particolare sono specificate:</b>			
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.	. . .	<b>Sono definite le procedure relative alla:</b>			
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.	. . .	<b>Le prestazioni effettuate:</b>			
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.	. . .	<b>Sono definite, in relazione al tipo di attività, adeguate modalità di:</b>			

Sez	dg	Codice aut.	Testo	Risposta sì/no	Documento cod. pag.	Note
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			
<b>G.1.2.</b>	<b>05.</b>	<b>. .</b>	<b>Tutti i materiali, farmaci e confezioni soggetti a scadenza:</b>			
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	de	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	Documento cod. pag.	Note
<b>G.1 3.</b>	<b>01.</b>	<b>. . .</b>	<b>Il professionista titolare dello studio è</b>			
G.1 3.	01.01.	.	in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente			
G.1 3.	01.02.	.	adeguatamente aggiornato			
<b>G.1 3.</b>	<b>02.</b>	<b>. . .</b>	<b>Il titolare dello studio si avvale di collaboratori</b>			
			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			
<b>G.1 3.</b>	<b>03.</b>	<b>. . .</b>	<b>Lo studio è uno studio medico</b>			
<b>G.1 3.</b>	<b>04.</b>	<b>. . .</b>	<b>Lo studio è uno studio odontoiatrico</b>			
G.1 3.	04.01.	.	Se sì, il titolare è legittimato all'esercizio dell'odontoiatria ai sensi della normativa vigente			
<b>G.1 3.</b>	<b>05.</b>	<b>. . .</b>	<b>In relazione alla tipologia delle prestazioni erogate o alle necessità del paziente è garantita, ove necessaria, la presenza di personale sanitario</b>			
<b>G.1 3.</b>	<b>06.</b>	<b>. . .</b>	<b>Le prestazioni sanitarie sono erogate nel rispetto delle competenze riconosciute dalla normativa vigente</b>			

## LISTA G.1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

## Cap. 4: GESTIONE RISORSE STRUTTURALI

Sez	da	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	Documento cod.	Documento pag.	Note
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.	dg O	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	Documento cod.	Documento pag.	Note
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	Codice dg aut.	Testo	Risposta si/no	Documento cod. pag.	Note
G.1 6.	01. . .	<b>Sono utilizzate linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nella specifica disciplina o attività</b>			
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			
<b>G.1 6.</b>	<b>02. . .</b>	<b>Sono documentate le modalità di svolgimento delle principali attività, in particolare:</b>			
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 neofornate			
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	de	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	Documento cod. pag.	Note
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: la tipologia di prestazioni erogate			
G.1 7.	02.01.	. .	le procedure relative all'accesso ed agli orari			
G.1 7.	02.02.	. .	i prezzi e/o tariffe delle prestazioni			
G.1 7.	02.03.	. .				
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			







## LISTA G.2 - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

Sez	de	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	documento pag.	Note
<b>REQUISITI STRUTTURALI E IMPIANTISTICI</b>							
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	de	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	documento pag.	Note
G.2 S.	12.	. . .	<b>È in possesso dei requisiti microclimatici tali da garantire sicurezza e igiene degli ambienti</b>				
G.2 S.	13.	. . .	<b>Lo studio dispone di un accesso per l'utente diverso da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria</b>				
G.2 S.	14.	. . .	<b>I locali dello studio:</b>				
G.2 S.	14.01.	. .	sono nettamente separati da quelli destinati ad altri usi				
G.2 S.	14.02.	. .	sono chiaramente identificabili				
G.2 S.	15.	. . .	<b>Dotazione minima di ambienti:</b>				
G.2 S.	15.01.	. .	<b>Il locale di attività:</b>				
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.	. . .	<b>Esiste un servizio igienico a disposizione degli utenti</b>				
G.2 S.	16.01.	. .	tale servizio è facilmente raggiungibile				
G.2 S.	16.01.01.		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.	. . .	<b>Il locale o lo spazio di attesa è dotato di un adeguato numero di posti a sedere</b>				

Sez	de	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	documento pag.	Note
			Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista, gli indicatori utilizzati per la valutazione dell'adeguatezza del numero dei posti				
<b>G.2 S.</b>	<b>18.</b>	<b>. . .</b>	<b>Sono inoltre presenti:</b>				
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				
<b>G.2 S.</b>	<b>19.</b>	<b>. . .</b>	<b>Gli spazi per l'attesa, accettazione e attività amministrative ed i servizi igienici sono in comune fra più studi professionali o con strutture sanitarie</b>				
G.2 S.	19.01.	. .	Se sì, tali spazi sono opportunamente dimensionati				
<b>G.2 S.</b>	<b>20.</b>	<b>. . .</b>	<b>In tutti i locali è assicurata illuminazione e ventilazione adeguata</b>				
			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	de	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	documento pag.	Note
<b>REQUISITI TECNOLOGICI</b>							
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				

Standard di riferimento								
Fonte dati								
Descrizione Indicatore								
Codice aut.								
Sez.								





## **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.	de	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	cod.	documento pag.	Note
<b>REQUISITI STRUTTURALI</b>							
S.1	S.	01. . .	<b>I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate</b>				
			Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista gli indicatori utilizzati per la valutazione				
S.1	S.	02. . .	<b>La deterzione e sterilizzazione della ferristica e delle attrezzature sono effettuate nello studio. Sono presenti, in alternativa:</b>				
S.1	S.	02.01. .	se sì, è presente uno spazio per la deterzione 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				
<b>REQUISITI IMPIANTISTICI</b>							
S.1	I.	01. . .	<b>Nel locale di attività sono garantiti:</b>				
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. . .	<b>Nel locale di attività vengono impegnati gas per la sedazione cosciente</b>				
S.1	I.	02.01. .	se sì, sono garantiti 15 ricambi di aria/ora				
S.1	I.	03. . .	<b>Il livello del locale di attività:</b>				
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. . .	<b>Nello spazio riservato alla sterilizzazione sono presenti:</b>				
S.1	I.	04.01. .	vasca per la disinfezione degli strumenti				

Sez.	Cap	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	pag.	Note
S.1 I.		04.02. . .	lavello fornito di acqua calda e fredda per la deterzione degli strumenti				
<b>S.1 I.</b>		<b>05. . .</b>	<b>Lo studio è inoltre dotato di:</b>				
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...)				
<b>REQUISITI TECNOLOGICI</b>							
<b>S.1 T.</b>		<b>01. . .</b>	<b>Sono presenti i seguenti strumenti di diagnostica:</b>				
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				
<b>S.1 T.</b>		<b>02. . .</b>	<b>Sono presenti i seguenti strumenti di terapia:</b>				
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				
<b>S.1 T.</b>		<b>03. . .</b>	<b>E' presente il carrello per la gestione dell'emergenza</b>				
<b>S.1 T.</b>		<b>04. . .</b>	<b>Tale carrello è dotato di:</b>				

Sez.	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	pag.	Note
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				
<b>S.1 T.</b>	<b>05. . .</b>	<b>Sono presenti i seguenti strumenti per la sterilizzazione:</b>				
S.1 T.	05.01. . .	autoclave a vapore per la sterilizzazione dello strumentario				
S.1 T.	05.02. . .	imbustatrice per strumenti				
<b>REQUISITI ORGANIZZATIVI</b>						
<b>S.1 O.</b>	<b>01. . .</b>	<b>Il titolare dello studio e gli eventuali collaboratori sono preparati alla gestione delle emergenze</b>				
<b>S.1 O.</b>	<b>02. . .</b>	<b>Per ogni paziente, la cui patologia possa essere complessa, è approntata una scheda clinica, cartacea o su supporto magnetico.</b>				
S.1 O.	02.01. . .	In tale scheda sono riportate 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				
<b>S.1 O.</b>	<b>03. . .</b>	<b>Ogni operatore dello studio odontoiatrico, nell'espletamento della propria attività, indossa:</b>				
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				
<b>S.1 O.</b>	<b>04. . .</b>	<b>Il titolare dello studio garantisce :</b>				

Sez.	de	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	pag.	Note
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				





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

Sez.	de	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	pag.	Note
<b>REQUISITI STRUTTURALI</b>							
S.2	S.	01. . .	<b>I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate</b>				
			Specificare nell'apposita scheda in allegato alla lista gli indicatori utilizzati per la valutazione				
S.2	S.	02. . .	<b>E' individuata una zona per la preparazione del personale addetto</b>				
			<b>Tale zona è costituita da:</b>				
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. . .	<b>E' individuata una zona per la preparazione del paziente separata dal locale chirurgico</b>				
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. . .	<b>Esiste un locale chirurgico</b>				
S.2	S.	05. . .	<b>E' individuata una zona di sosta, opportunamente situata, per i pazienti che hanno subito l'intervento</b>				
S.2	S.	06. . .	<b>Esiste il deposito materiali sterili e strumentario chirurgico</b>				
			<b>Tale deposito:</b>				
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. . .	<b>Esiste un locale visita costituito da un locale, anche non attiguo, adibito a studio medico per visita o medicazione</b>				
S.2	S.	08. . .	<b>La sterilizzazione è effettuata nello studio:</b>				



Sez.	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	pag.	Note
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 regolamenta le modalità				
<b>S.2</b>	<b>S. 09. . . .</b>	<b>Le superfici sono:</b>				
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				
<b>S.2</b>	<b>S. 10. . . .</b>	<b>Il pavimento è:</b>				
S.2	S. 10.01. . .	resistente agli agenti chimici e fisici				
S.2	S. 10.02. . .	levigato				
S.2	S. 10.03. . .	antisdrucchiolo				
<b>REQUISITI IMPIANTISTICI</b>						
<b>S.2</b>	<b>I. 01. . . .</b>	<b>Nel locale chirurgico sono garantiti:</b>				
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				
<b>S.2</b>	<b>I. 02. . . .</b>	<b>Nello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione sono presenti:</b>				
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				
<b>REQUISITI TECNOLOGICI</b>						
<b>S.2</b>	<b>T. 01. . . .</b>	<b>Tutto lo strumentario è</b>				

Sez.	de	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	pag.	Note
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				
<b>S.2</b>	<b>T.</b>	<b>02. . .</b>	<b>Tutto lo strumentario è idoneo al tipo di chirurgia esercitata</b>				
<b>S.2</b>	<b>T.</b>	<b>03. . .</b>	<b>Gli arredi utilizzati sono realizzati in acciaio inossidabile o in metalli non ossidabili</b>				
<b>S.2</b>	<b>T.</b>	<b>04. . .</b>	<b>Ogni locale chirurgico è dotato di:</b>				
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)				
<b>S.2</b>	<b>T.</b>	<b>05. . .</b>	<b>E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza</b>				
<b>S.2</b>	<b>T.</b>	<b>06. . .</b>	<b>Tale carrello è dotato di:</b>				
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.	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	pag.	Note
S.2 T.	06.07. . .	aspiratore				
S.2 T.	06.08. . .	bombola di ossigeno con erogatore e flussiosimetro				
<b>REQUISITI ORGANIZZATIVI</b>						
S.2 O.	01. . . .	<b>Il titolare dello studio e il personale infermieristico sono preparati alla gestione delle emergenze</b>				
S.2 O.	02. . . .	<b>Il titolare ed il personale partecipano ai corsi BLS</b>				
S.2 O.	02.01. . .	La partecipazione 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. . . .	<b>E' garantita la reperibilità medica durante l'orario di chiusura dello studio</b>				
S.2 O.	03.01. . .	Le modalità con cui è organizzata la reperibilità sono definite				
S.2 O.	03.02. . .	documentate				
S.2 O.	04. . . .	<b>E' approntato un registro in cui sono riportati, per ciascun paziente:</b>				
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. . . .	<b>Per l'intero orario di effettuazione degli interventi è garantita la presenza di una unità infermieristica</b>				

Sez.	de	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	pag.	Note
S.2	O.	06. . .	<b>Ogni operatore, nell'espletamento della propria attività, indossa:</b>				
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. . .	<b>Il raggiungimento della sterilizzazione della strumentazione è periodicamente verificato</b>				
S.2	O.	07.01. . .	i risultati della verifica sono registrati				





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

Sez	de	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	pag.	Note
<b>REQUISITI STRUTTURALI</b>							
<b>S.3</b>	<b>S.</b>	<b>01.</b>	<b>I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate</b>				
			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				
<b>S.3</b>	<b>S.</b>	<b>02.</b>	<b>Esiste una sala per endoscopia</b>				
<b>S.3</b>	<b>S.</b>	<b>03.</b>	<b>Tale sala è corredata da:</b>				
S.3	S.	03.01.	spogliatoio				
S.3	S.	03.02.	servizio igienico dedicato				
<b>S.3</b>	<b>S.</b>	<b>04.</b>	<b>Esiste uno spazio o un locale dedicato all'osservazione</b>				
<b>S.3</b>	<b>S.</b>	<b>05.</b>	<b>Esiste uno spazio o un locale per l'alta disinfezione degli endoscopi non sterilizzabili</b>				
<b>S.3</b>	<b>S.</b>	<b>06.</b>	<b>La sterilizzazione degli endoscopi sterilizzabili e degli accessori non monouso è effettuata nello studio.</b>				
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				
<b>REQUISITI IMPIANTISTICI</b>							
<b>S.3</b>	<b>I.</b>	<b>01.</b>	<b>Sono rispettati i requisiti generali di sicurezza e protezione</b>				
<b>S.3</b>	<b>I.</b>	<b>02.</b>	<b>Nella sala per endoscopia sono garantiti:</b>				
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.	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	pag.	Note
S.3 I.	03. . .	<b>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</b>				
S.3 I.	04. . .	<b>Lo studio dispone di un sistema di disinfezione a circuito chiuso</b>				
S.3 I.	04.01. .	se no, nell'ambiente di detersione-disinfezione è presente una cappa aspirante per la protezione da vapori				
<b>REQUISITI TECNOLOGICI</b>						
S.3 T.	01. . .	<b>La dotazione di strumenti ed accessori è correlata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate</b>				
		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. . .	<b>Sono presenti, in numero tale da permettere il completamento delle indagini terapeutiche anche in caso di guasti e rotture improvvise:</b>				
S.3 T.	02.01. .	endoscopi				
S.3 T.	02.02. .	fonti di luce				
S.3 T.	02.03. .	accessori				
S.3 T.	03. . .	<b>E' presente un saturimetro digitale per la sala endoscopica</b>				
S.3 T.	04. . .	<b>Sono presenti, in alternativa fra loro:</b>				
S.3 T.	04.01. .	un disinfetta endoscopi				
S.3 T.	04.02. .	idonea attrezzatura per alta disinfezione				
S.3 T.	05. . .	<b>E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza</b>				
S.3 T.	06. . .	<b>Tale carrello è dotato di:</b>				
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.	Codice aut.	Testo	Risposta si/no	documento cod.	pag.	Note
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				
<b>REQUISITI ORGANIZZATIVI</b>						
<b>S.3 O.</b>	<b>01. . .</b>	<b>Il titolare dello studio e il personale infermieristico sono preparati alla gestione delle emergenze</b>				
<b>S.3 O.</b>	<b>02. . .</b>	<b>Il titolare ed il personale partecipano ai corsi BLS</b>				
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				
<b>S.3 O.</b>	<b>03. . .</b>	<b>E' approntato un registro in cui sono riportati, per ciascun paziente:</b>				
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				
<b>S.3 O.</b>	<b>04. . .</b>	<b>Per l'intero orario di effettuazione degli interventi è garantita la presenza di una unità infermieristica</b>				
<b>S.3 O.</b>	<b>05. . .</b>	<b>Ogni operatore, nell'espletamento della propria attività, indossa:</b>				
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 si/no	documento cod.	pag.	Note
S.3	O.	06. . .	<b>Il raggiungimento dell'alta disinfezione e/o sterilizzazione degli endoscopi e degli accessori è periodicamente verificato</b>				
S.3	O.	06.01. . .	i risultati della verifica sono registrati				





## **AUTORIZZAZIONE DEGLI STUDI PROFESSIONALI MEDICI ED ODONTOIATRICI INDIRIZZI PER LA DEFINIZIONE DELL'ELENCO DEI DOCUMENTI**

Contenuto:

1. indicazioni generali,
2. elenco dei requisiti che prevedono documentazione

### **1. INDICAZIONI GENERALI**

Si ricorda preliminarmente, anche a i fini dell'individuazione delle disposizioni applicabili, che gli studi professionali medici ed odontoiatrici, come di ogni altra professione intellettuale, sono ambienti privati nei quali il professionista esercita esclusivamente nei confronti della propria privata clientela, e non si configurano come strutture sanitarie aperte al pubblico.

#### **1.1. Modalità di effettuazione della verifica**

Le indicazioni operative inerenti l'attività di verifica dei Dipartimenti della Prevenzione, approvate con DGR 243/2000, si applicano anche per le verifiche relative agli studi professionali medici ed odontoiatrici, limitatamente a quanto contenuto nell'Allegato 1.

Le disposizioni espressamente richiamate nella DGR 243 (requisiti, modalità di presentazione della domanda) sono quelle relative alle strutture sanitarie; nelle verifiche relative agli studi professionali medici ed odontoiatrici dovranno invece essere prese a riferimento le disposizioni specifiche (Regolamento 8 ottobre 2008, n. 52 e DGR n. 858 del 27 ottobre 2008).

#### **1.2. Documentazione procedure**

Alcune requisiti e prescrizioni (nell'accezione chiarita con la nota agli allegati B e C al regolamento) richiedono che siano definite "procedure" o comunque modalità di svolgimento di specifiche attività. In questi casi, dovrà essere verificata e dimostrata l'esistenza di procedure condivise, conosciute e applicate, anche in assenza di documenti scritti.

#### **1.3. Requisiti/prescrizioni non pertinenti**

Non tutti i requisiti/prescrizioni previsti sono applicabili e pertinenti per ogni studio professionale medico ed odontoiatrico. 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. ELENCO DEI REQUISITI /PRESCRIZIONI CHE PREVEDONO DOCUMENTAZIONE**

Si riporta di seguito l'elenco dei requisiti/prescrizioni il cui possesso deve risultare anche da riscontri documentali.

Nella sezione G2, relativa ai requisiti strutturali e tecnologici generali, sono indicati analiticamente tutti i documenti richiesti da disposizioni nazionali in materia di sicurezza, che trovano applicazione negli studi professionali indipendentemente dalle procedure autorizzative regionali.

Nella prima colonna ("codice"), i requisiti/prescrizioni sono identificati con il codice del quesito corrispondente nelle liste contenute nell'Allegato 1 del presente decreto.

Nella seconda colonna (“documento”), sono indicati i documenti utili ad attestare il possesso dei requisiti/prescrizioni. Lo stesso documento può quindi ricorrere più volte, se utile a comprovare la conformità a requisiti diversi o a diverse prescrizioni.

Le indicazioni fornite nella colonna “documento” appartengono a tre tipologie:

- documenti previsti da precise, specifiche disposizioni, per la dimostrazione del possesso dei requisiti di sicurezza, in genere previsti dalla normativa nazionale;
- documenti allegati alla domanda di autorizzazione, indicati *in corsivo*;
- strumenti diversi che possono avere valore documentale.

Alla prima tipologia appartengono prevalentemente i documenti relativi ai requisiti della sezione G2.

Durante la visita, gli operatori del Dipartimento della Prevenzione (gruppo di verifica) dovranno verificare

- che lo studio ne sia in possesso,
- che siano redatti secondo le forme dovute e dai soggetti abilitati, senza entrare nel merito di quanto viene attestato dalle autorità o dai tecnici competenti.

I documenti allegati alla domanda ( DGR n. 858 del 27 ottobre 2008, Allegato 1), già inviati al Comune e da questo trasmessi al Dipartimento della Prevenzione, sono già in possesso del gruppo di verifica; ad essi si farà riferimento anche durante l’effettuazione della visita.

Le indicazioni appartenenti alla terza tipologia sono riferite a requisiti e prescrizioni di sezioni diverse da G2 e sono puramente indicative.

In conclusione, devono essere considerate vincolanti solo le indicazioni appartenenti alle prime due tipologie.

In tutti gli altri casi il gruppo di verifica dovrà limitarsi ad accertare l’esistenza di riscontri documentali, che potranno anche assumere vesti diverse; non potrà invece richiedere che la documentazione sia formulata secondo modalità o canoni predeterminati.

## SEZIONE G 1 - REQUISITI ORGANIZZAZIONE GENERALI

### Politica, obiettivi ed attività

codice	documento
<b>G1.1.01</b>	<i>Relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste</i>
<b>G1.1.02</b>	<i>Relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste</i>

### Struttura organizzativa

codice	documento
<b>G1.2.01</b>	<i>Relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste</i>
<b>G1.2.02.</b>	Procedure specifiche
<b>G1.2.03.</b>	Archivio delle prestazioni corredate dalle generalità riferite all’utente <b>(Si sensibilizza, in merito, sull’opportunità di utilizzare strumentazione di tipo digitale protetta da accessi estranei al titolare</b>

	<b>dello studio e ai collaboratori incaricati ai sensi del T.U. sulla privacy dei dati personali.)</b>
<b>G1.2.04.</b>	Procedure specifiche Procedure scritte per G1.2.04.02 e per G1.2.04.03
<b>G1.2.05.</b>	Confezioni, procedure

#### Gestione risorse umane

codice	documento
<b>G1.3.01</b> G1.3.01.01 G1.3.01.02	Documentazione relativa al titolo di studio <i>ed all'iscrizione all'ordine professionale</i>  Documentazione relativa alle iniziative di aggiornamento seguite
<b>G1.3.02</b> G1.3.02.01 G1.3.02.02	<i>Elenco del personale</i> Documentazione relativa al titolo di studio <i>ed all'iscrizione all'ordine professionale</i>  Documentazione relativa alle iniziative di aggiornamento seguite
<b>G1.3.04</b>	Documentazione relativa al titolo di <i>studio ed all'iscrizione all'ordine professionale</i>
<b>G1.3.05</b>	<i>Relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività</i> <i>Elenco del personale</i>

#### Gestione risorse strutturali

codice	documento
<b>G1.4.01</b>	Documenti attestanti l'esecuzione degli interventi di manutenzione degli impianti (es. manutenzione caldaia, ascensore, ecc.); per impianti condominiali: copia dei documenti o attestazione dell'amministratore del condominio
<b>G1.4.02</b>	

#### Gestione risorse tecnologiche

codice	documento
<b>G1.5.01</b> <b>G1.5.02</b>	<i>Inventario datato delle apparecchiature di valore superiore al tetto previsto( al momento € 516,00) e di tutte quelle elettromedicali che indichi, per ciascuna apparecchiatura, almeno: il tipo, la marca, il modello e l'anno di fabbricazione.</i>
<b>G1.5.03</b>	Documento che indichi quali apparecchiature biomediche presenti nello studio necessitano di manutenzione (l'indicazione può essere inserita nello stesso inventario).

	Documentazione che attesti l'esecuzione effettiva della manutenzione (per le apparecchiature prodotte dopo la data del 14/06/1998, la manutenzione deve avvenire in conformità delle indicazioni contenute nel libretto di "uso e manutenzione" delle singole apparecchiature)
<b>G1.5.04</b>	Certificato di conformità fornito dal costruttore di tutti i dispositivi medici prodotti dopo la data del 14/06/1998
<b>G1.5.06.</b>	Documento che individui le possibili situazioni di rischio e descriva i relativi processi da attivare

### Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti

codice	documento
<b>G1.6.01</b>	Indicazione linee guida seguite
<b>G1.6.03</b>	Procedure specifiche Procedure scritte per G1.6.03.02, G1.6.03.03, G1.6.03.04, G1.6.03.05, G1.6.03.06

### Informazione all'utenza

codice	documento
<b>G1.7.01</b>	Targhe esterne
<b>G1.7.02</b>	Materiale informativo
G1.7.02.03	Piano di trattamento, preventivo
<b>G1.7.03</b>	Procedure
<b>G1.7.04</b>	Tesserini di riconoscimento (indossati e leggibili)

## SEZIONE G2 - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

### Requisiti strutturali e impiantistici

codice	documento
<b>G2.S.01</b> G2.S.01.01	<b>Antisismica</b> Documentazione già in possesso del Comune, in quanto di specifica competenza
<b>G2.S.02</b>	<b>Prevenzione anticendio</b> <u>Solo in presenza di personale</u> dipendente o assimilabile per la normativa in materia di igiene e sicurezza del lavoro: A) valutazione del rischio di incendio con eventuale documento di valutazione (art. 2 DM 10.03.98 e art. 4 D.lgs. 626/94). B) piano di gestione dell'emergenza in caso di incendio ove richiesto ai



	<p>sensi dell'art. 5 del D.M. 10.03.98.</p> <p>C) attestazione di avvenuto adempimento agli obblighi di nomina e formazione degli addetti al servizio antincendio, ai sensi degli artt. 6 e 7 del D.M. 10.03.98.</p> <p>D) documentazione o attestazione comprovante l'avvenuta verifica del Piano di emergenza (ove questo sia richiesto), prevista dall'allegato VII, punto 7.4, del D.M. 10.03.98.</p> <p>E) registro dei controlli e degli interventi di manutenzione periodica degli impianti e delle attrezzature antincendio prevista dagli artt.3 comma 1 lettera e) e 4 del D.M. 10.03.98</p>
<b>G2.S.03</b>	<p><b>Protezione acustica</b></p> <p>A) dichiarazione del titolare dello studio, circa il possesso o meno di apparecchi che producano emissioni acustiche disturbanti.</p> <p>B) in caso di possesso di tali apparecchiature, dichiarazione redatta da un professionista abilitato (tecnico di acustica ambientale, iscritto ad elenco regionale o provinciale ), circa il rispetto del DPCM 14/11/97: "Determinazione dei valori limite delle sorgenti sonore".</p> <p><b>N.B.</b> I limiti di tali emissioni acustiche si riferiscono ai valori verificabili all'interno degli ambienti abitativi circostanti. Facendo riferimento solo al periodo diurno (dalle ore 6.00 alle ore 22.00 ) i limiti stessi non dovranno essere superiori a 50 dB (A) misurati a finestre aperte e a 35 dB(A) misurati a finestre chiuse. Nel caso in cui le emissioni acustiche misurate siano superiori a tali limiti, si dovrà verificare il rispetto del valore limite differenziale di immissione (differenza tra l'emissione acustica delle sorgente sonora in questione e il valore del rumore di fondo), che sempre per il periodo diurno corrisponde a 5 dB (A).</p>
<b>G2.S.04</b> <b>G2.S.05</b>	<p><b>Sicurezza elettrica e continuità elettrica</b></p> <p>A) registro delle verifiche periodiche degli impianti elettrici di cui alle norme CEI 64.4, CEI 64.8 e succ. aggiornamenti, a firma di tecnico abilitato ai sensi di legge</p> <p>B) registro delle verifiche periodiche delle attrezzature e dispositivi elettromedicali (CEI 62-5 e guida CEI 62 fascicolo 3783)</p> <p>C) dichiarazione di conformità delle attrezzature e dispositivi elettromedicali</p> <p>D) registro delle verifiche periodiche su gruppo/i di continuità (se presente)</p> <p>E) registro delle verifiche periodiche su gruppo/i elettrogeno (se presente)</p> <p>F) per impianti elettrici realizzati o modificati <u>dopo</u> l'entrata in vigore della Legge n. 46/90:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• progetto impianti elettrici a firma di tecnico abilitato</li> <li>• dichiarazione di conformità dell'installatore completa degli allegati obbligatori, secondo il modello predisposto dal Ministero dell'Industria.</li> </ul> <p>G) per impianti elettrici realizzati <u>prima</u> dell'entrata in vigore della Legge n. 46/90:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dichiarazione che gli impianti sono stati realizzati prima dell'entrata in vigore della Legge n. 46/90.</li> <li>• registro delle verifiche periodiche degli impianti elettrici di cui alle norme CEI 64.4, CEI 64.8 e successivi aggiornamenti, a firma di tecnico abilitato ai sensi di legge</li> </ul> <p>H) nel caso di <u>presenza di personale</u> dipendente o assimilabile per la</p>

	<p>normativa in materia di igiene e sicurezza del lavoro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• denuncia degli impianti messa a terra e relative verifiche periodiche ai sensi del D.P.R. n. 462/01.</li> </ul>
<p><b>G2.S.06</b> <b>G2.S.07</b></p>	<p><b>Sicurezza anti-infortunistica e Igiene del lavoro</b></p> <p>A) disponibilità dei manuali tecnici di manutenzione e d'uso delle attrezzature di lavoro</p> <p>B) verifiche degli ascensori e apparecchi di sollevamento</p> <p>C) omologazione e registro delle verifiche periodiche degli apparecchi a pressione (di centrali termiche, centrali frigorifere, centrali idriche, ecc.) e di impianti di sterilizzazione</p> <p>D) nel caso di <u>presenza di personale</u> dipendente o assimilabile per la normativa in materia di igiene e sicurezza del lavoro,</p> <p>a) valutazione dei rischi con eventuale documento (art.4 D.Lgs 626/94); in particolare il documento deve contenere:</p> <p>a.1) criteri seguiti per la valutazione</p> <p>a.2) valutazione dei rischi per la struttura considerata ben specificata con planimetria dei locali e organigramma delle responsabilità</p> <p>a.3) profili di rischio per mansione / attività</p> <p>a.4) valutazione dell'esposizione</p> <p>a.5) piano delle misure da adottare per eliminare e/o ridurre i rischi</p> <p>a.6) DPI specifici per i rischi individuati</p> <p>a.7) consultazione RLS e MC (se esiste documentazione)</p> <p>a.8) programmi di informazione e formazione</p> <p>a.9) attestati dell'avvenuta formazione degli addetti a compiti speciali (pronto soccorso, antincendio, evacuazione-emergenza)</p> <p>a.10) gestione dei contratti di appalto: procedure relative agli aspetti di igiene e sicurezza</p> <p>a.11) valutazione dei rischi ai sensi del D.Lgs 151/2001, art.11, e procedure per il cambio mansione/allontanamento dal lavoro durante la gravidanza e il post-partum</p> <p>b) individuazione del Datore di lavoro ed eventuali deleghe</p> <p>c) nomina dei soggetti della prevenzione (RSPP, MC, addetti a compiti speciali)</p> <p>d) organizzazione del Servizio di Prevenzione e Protezione</p> <p>e) nomina degli RLS</p> <p>f) verbali delle riunioni periodiche ex art. 11 D.Lgs. 626/94</p> <p>g) schede di sicurezza delle sostanze implicate nel ciclo produttivo (redatte a norma del D.M. Min. Sanità 04.04.97)</p> <p>h) registro degli infortuni e delle malattie professionali</p> <p>i) registri degli esposti ad agenti cancerogeni e/o biologici</p> <p>j) valutazione del rumore ex D.Lgs. 277/91</p> <p>E) <b>Impiego di campi elettromagnetici (CEM)</b> negli studi sanitarie (nell'ambito della sicurezza anti-infortunistica e igiene dei luoghi di lavoro) (CEI 76-2)</p> <p>Se sono utilizzate apparecchiature <u>con impiego di laser</u></p> <p>a) Il rapporto di valutazione contiene un capitolo dedicato alle procedure di sicurezza per Laser</p> <p>b) Per i laser di classe 3b o 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nomina addetto sicurezza</li> <li>• delimitazione zona Laser controllata</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• assenza di superfici trasparenti alla radiazione laser e/o impossibilità di fuoriuscita della radiazione laser all'esterno della zona controllata</li> <li>• presenza spia luminosa all'ingresso che segnali l'emissione del fascio</li> <li>• presenza di segnaletica di sicurezza conforme</li> <li>• accesso al funzionamento inaccessibile o bloccato a chiave</li> <li>• accesso alla zona controllata consentito solo al personale autorizzato</li> <li>• occhiali di protezione adeguati alle caratteristiche della radiazione laser</li> </ul>
<p><b>G2.S.08</b> G2.S.08.01</p>	<p><b>Protezione dai rischi di radiazioni ionizzanti</b> (D.Lgs. 230/95 e D.Lgs. 241/00; D.Lgs. 187/00)</p> <p>A) documentazione relativa alla nomina delle seguenti figure professionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>esperto qualificato</li> <li>medico autorizzato e/o competente (ove necessario)</li> <li>responsabile di impianto radiologico</li> <li>esperto in fisica medica</li> </ul> <p>B) comunicazioni preventive di pratiche (Allegato VII D.Leg. 241/00)</p> <p>C) inventario aggiornato delle apparecchiature radiologiche</p> <p>D) relazione esperto qualificato</p>
<p><b>G2.S.09</b></p>	<p><b>Eliminazione delle barriere architettoniche</b></p> <p>Documentazione già in possesso del Comune, in quanto di specifica competenza.</p> <p>Si ricorda che si tratta di locali <u>non aperti al pubblico</u>.</p>
<p><b>G2.S.10</b> <b>G2.S.11</b></p>	<p><b>Smaltimento rifiuti</b></p> <p>A) contratto con Ditta autorizzata al trasporto dei rifiuti speciali (pericolosi a rischio infettivo, pericolosi non a rischio infettivo);</p> <p>B) copia del formulario di identificazione dei rifiuti firmato dal detentore e dal trasportatore;</p> <p>C) copia del formulario di identificazione dei rifiuti, datata in arrivo dal destinatario (conservata per 5 anni);</p> <p>D) utilizzo di appositi imballaggi a perdere recanti le scritte atte ad identificare la natura dei rifiuti;</p> <p>E) presenza di un locale dedicato a deposito temporaneo dei rifiuti solo <u>nel caso in cui si verifichi il deposito</u>, per i tempi previsti dalla Legge, dei contenitori chiusi, in attesa del conferimento alla Ditta.</p> <p>N.B. Per i titolari di Studi Professionali non sussiste l'obbligo della tenuta dei registri di carico e scarico dei rifiuti pericolosi.</p>

<b>G2.S.12</b>	<b>Condizioni microclimatiche</b> A) Planimetria dei locali B) Documentazione sulla manutenzione degli impianti di riscaldamento, condizionamento e/o climatizzazione C) Documentazione relativa al rispetto delle condizioni di comfort e igiene ambientale secondo normativa
<b>G2.S.13</b>	<i>Planimetria dei locali</i> <i>Relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività</i>
<b>G2.S.14</b>	
<b>G2.S.15</b>	
<b>G2.S.16</b>	
<b>G2.S.17</b>	
<b>G2.S.18</b>	
<b>G2.S.19</b>	
<b>G2.S.20</b>	
<b>G2.T.03.02.02</b>	
<b>G2.T.03.02.03</b>	Documentazione relativa al titolo di studio <i>ed all'iscrizione all'ordine professionale</i>

## SEZIONE S - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI

### S1. – STUDI ODONTOIATRICI

#### Requisiti strutturali

codice	Documento
<b>S1.S.01</b>	<i>Planimetria dei locali</i> <i>Relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività</i>
S1.S.02.02	Documento che regola l'affidamento all'esterno

#### Requisiti impiantistici

codice	Documento
<b>S1.I.01</b>	Vedi <b>G2.S.12</b>
S1.I.02.01	

**Requisiti organizzativi**

codice	Documento
<b>S1.O.01</b>	Vedi G1.3.01.02 e G1.3.02.02
<b>S1.O.02</b>	Scheda clinica
S1.O.04.02	Devono essere impiegati indicatori di processo per ogni ciclo di sterilizzazione; indicatori di efficacia (microbiologici) da utilizzare almeno una volta al mese. Procedure scritte, registrazioni delle verifiche effettuate. Deve essere prevista la sterilizzazione con calore di qualsiasi strumento possa venire a contatto con la mucosa, per ogni singolo paziente.

**S2. - STUDI MEDICI CHE EROGANO PRESTAZIONI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE****Requisiti strutturali**

codice	Documento
<b>S2.S.01</b>	<i>Planimetria dei locali</i>
<b>S2.S.02</b>	
<b>S2.S.03</b>	
<b>S2.S.04</b>	
<b>S2.S.05</b>	
<b>S2.S.07</b>	
S2.S.08.02	Documento che regola l'affidamento all'esterno

**Requisiti impiantistici**

codice	Documento
<b>S2.I.01</b>	Vedi <b>G2.S.12</b>

**Requisiti tecnologici**

codice	documento
<b>S2.T.02</b>	<i>Relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività</i>

**Requisiti organizzativi**

codice	documento
<b>S2.O.01</b>	Vedi G1.3.01.02 e G1.3.02.02
<b>S2.O.02</b>	

<b>S2.O.03.</b>	Documento specifico
<b>S2.O.04.</b>	Registro
<b>S2.O.05.</b>	<i>Relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività</i> Documentazione presenze
<b>S2.O.07.</b>	Devono essere impiegati indicatori di processo per ogni ciclo di sterilizzazione; indicatori di efficacia (microbiologici) da utilizzare almeno una volta al mese. Procedure scritte, registrazioni delle verifiche effettuate.

### **S3. - STUDI MEDICI ATTREZZATI PER EROGARE PRESTAZIONI DI ENDOSCOPIA**

#### **Requisiti strutturali**

<b>codice</b>	<b>documento</b>
<b>S3.S.01</b>	<i>Planimetria dei locali</i>
<b>S3.S.02</b>	
<b>S3.S.03</b>	
<b>S3.S.04</b>	
<b>S3.S.05</b>	
S3.S.06.01	<i>Planimetria dei locali</i>
S3.S.06.02	Documento che regola l'affidamento all'esterno

#### **Requisiti impiantistici**

<b>codice</b>	<b>documento</b>
<b>S3.I.01</b>	Vedi <b>G2.S</b>
<b>S3.I.02</b>	Vedi <b>G2.S.12</b>

#### **Requisiti tecnologici**

<b>codice</b>	<b>documento</b>
<b>S3.T.01</b>	<i>Relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività</i>

#### **Requisiti organizzativi**

<b>codice</b>	<b>documento</b>
<b>S3.O.01</b>	Vedi G1.3.01.02 e G1.3.02.02
<b>S3.O.02</b>	

<b>S3.O.03.</b>	Registro
<b>S3.O.04.</b>	<i>Relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività</i> Documentazione presenze
<b>S3.O.06.</b>	Devono essere impiegati indicatori di efficacia (microbiologici) da utilizzare per ogni ciclo di alta disinfezione. Procedure scritte, registrazioni delle verifiche effettuate.

**ALLEGATO 3****CONTENUTO:**

Fac-simile domande:

- modello domanda autorizzazione studio professionale
- modello domanda autorizzazione studio professionale associato
- modello mantenimento requisiti studio professionale autorizzato singolo/associato
- modello dichiarazione inizio attività (D.I.A.) studio professionale
- modello dichiarazione inizio attività (D.I.A.) studio professionale associato



<b>MODELLO DOMANDA AUTORIZZAZIONE</b>
<b>studio professionale</b>

**FAC SIMILE**

Apporre marca da bollo
------------------------------

Al Sindaco del Comune di

.....

**OGGETTO: AUTORIZZAZIONE per STUDIO MEDICO o ODONTOIATRICO**  
(Regolamento 8 ottobre 2008, n. 52)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**in relazione al proprio studio professionale**

- odontoiatrico
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale  
*nella disciplina di riferimento di.....*
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia  
*nella disciplina di riferimento di.....*

ubicato a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi della L.R. 23 febbraio 1999 n. 8 e successive modifiche e integrazioni, il rilascio dell'autorizzazione come di seguito specificato:

- APERTURA ed ESERCIZIO**

**FAC SIMILE**

## ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di tutti i medici o odontoiatri operanti nello studio;
2. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà comprovante la disponibilità dei locali;
3. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
4. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione dello studio;
5. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
6. inventario delle attrezzature sanitarie;
7. elenco del personale sanitario;
8. liste di autovalutazione;

**AMPLIAMENTO ATTIVITA'**    **RIDUZIONE ATTIVITA'**    **TRASFORMAZIONE ATTIVITA'**

## VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazione dell'attività
del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale sanitario, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione dell'attività

## ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

**AMPLIAMENTO LOCALI**    **RIDUZIONE LOCALI**    **TRASFORMAZIONI INTERNE** <sup>1</sup>

## VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
dell'attrezzatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali
del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale sanitario, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/ riduzione/trasformazioni interne dei locali.

<sup>1</sup> Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.8/99 art.6)

**FAC SIMILE****ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI**

1. planimetria dei locali in scala 1:100 (timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente) idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

 **TRASFERIMENTO SEDE**

Indirizzo nuova sede \_\_\_\_\_

**VARIAZIONI APPORTATE**

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
dell'attrezzatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie
del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale sanitario

**ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI**

1. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione della nuova sede;
2. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
3. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà comprovante la disponibilità dei locali;
4. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

**DICHIARA**

che le attività oggetto della domanda di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto viene presentata contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95

che le attività oggetto della domanda di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive

data .....

.....  
Firma <sup>2</sup>

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

(da completare a cura del Comune)

<sup>2</sup> La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente alla copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

**FAC SIMILE****MODELLO  
DOMANDA AUTORIZZAZIONE****studio professionale associato**Apporre  
marca da  
bollo

Al Sindaco del Comune di

.....

**OGGETTO: AUTORIZZAZIONE per STUDIO MEDICO o ODONTOIATRICO ASSOCIATO**  
(Regolamento 8 ottobre 2008, n. 52)

1) Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

2) Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

3) ripetere n° volte per ogni singolo componente lo studio professionale associato

**Oppure**

Il sottoscritto legale rappresentante pro tempore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**in relazione allo studio professionale associato**

- odontoiatrico
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale  
*nelle discipline di riferimento di.....*  
 .....
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia  
*nelle discipline di riferimento di.....*  
 .....

ubicato a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**CHIEDONO/CHIEDE**

ai sensi della L.R. 23 febbraio 1999 n. 8 e successive modifiche e integrazioni il rilascio dell'autorizzazione come di seguito specificato:

 **APERTURA ed ESERCIZIO****ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI**

1. atto (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante le generalità dei professionisti che costituiscono lo studio associato;
2. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di tutti i medici o odontoiatri operanti nello studio;
3. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà comprovante la disponibilità dei locali;
4. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
5. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione dello studio;
6. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
7. inventario delle attrezzature sanitarie;
8. elenco del personale sanitario;
9. liste di autovalutazione;

**FAC SIMILE**

**AMPLIAMENTO ATTIVITA'**    **RIDUZIONE ATTIVITA'**    **TRASFORMAZIONE ATTIVITA'**

## VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazione dell'attività
del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale sanitario, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazione dell'attività

## ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

**AMPLIAMENTO LOCALI**    **RIDUZIONE LOCALI**    **TRASFORMAZIONI INTERNE** <sup>1</sup>

## VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
dell'attrezzatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali.
del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale sanitario, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/ riduzione/trasformazioni interne dei locali.

## ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. planimetria dei locali in scala 1:100 (timbrata, datata e sottoscritta da tecnico compilatore e dal richiedente) idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione /trasformazioni interne dei locali;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

**TRASFERIMENTO SEDE**

Indirizzo nuova sede \_\_\_\_\_

## VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
dell'attrezzatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie
del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale sanitario

<sup>1</sup> Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.8/99 art.6)

*FAC SIMILE***ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI**

1. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione della nuova sede;
2. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
3. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà comprovante la disponibilità dei locali;
4. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

**DICHIARANO/DICHIARA**

che le attività oggetto della domanda di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto viene presentata contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95

che le attività oggetto della domanda di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive

data .....

.....  
firma<sup>2</sup>

.....  
firma<sup>2</sup>

.....  
firma<sup>2</sup>

firma di ogni singolo componente lo studio professionale associato/legale rappresentante

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

(da completare a cura del Comune)

2 La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente alla copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

*FAC SIMILE*

<b>MODELLO</b> <b>MANTENIMENTO REQUISITI STUDIO AUTORIZZATO</b> <b>studio professionale singolo/ associato</b>
--

Al Sindaco del Comune di

.....

**OGGETTO: VERIFICA DEL MANTENIMENTO DEI REQUISITI PER L'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ SANITARIA PER STUDIO MEDICO O ODONTOIATRICO AUTORIZZATO<sup>1</sup>**

1) Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

2) Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

3) in caso di studio associato ripetere n° volte per ogni singolo componente lo studio professionale associato

**oppure**

Il sottoscritto legale rappresentante pro tempore \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

ai sensi degli art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevoli/e delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000



**in relazione al proprio studio professionale**

- odontoiatrico
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale  
nella/e disciplina/e di riferimento di.....
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia  
nella/e disciplina/e di riferimento di .....

ubicato a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**DICHIARA/DICHIANO**

ai fini della verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio di attività sanitaria prevista dall'art. 9, comma 4, della L.R. 8/99:

che lo studio ha mantenuto i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali e specifici di cui all'allegato B del Regolamento 8 ottobre 2008, n. 52 ed osserva le prescrizioni contenute nello stesso allegato.

data.....

firma<sup>2</sup>

.....

.....

.....

.....

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003  
(da completare a cura del Comune)

<sup>1</sup> Da inviare nei termini indicati dalla DGR n. 858 del 27 ottobre 2008 allegato 2, punto 1.

<sup>2</sup> In caso di studio associato, firma di ogni singolo componente lo studio professionale oppure firma del legale rappresentante. La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente alla copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

**FAC SIMILE**

<b>MODELLO D.I.A.</b>
<b>studio professionale</b>

Al Sindaco del Comune di

.....

**OGGETTO: DICHIARAZIONE INIZIO ATTIVITA' per STUDIO MEDICO o ODONTOIATRICO**  
(Regolamento 8 ottobre 2008, n.52)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**in relazione allo studio professionale**MEDICO ODONTOIATRICO 

ubicato a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

**i cui locali di attività/attrezzature sono ad uso**ESCLUSIVO NON ESCLUSIVO **DICHIARA** **L' AVVIO ATTIVITA'**

- lo studio avvia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività contrassegnate in elenco allegato
- lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

 **L'AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITA'**

- lo studio amplia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività con quelle contrassegnate in elenco allegato
- lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

**FAC SIMILE** LA RIDUZIONE ATTIVITA'

lo studio cessa le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività contrassegnate in elenco allegato

lo studio cessa le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

 L' AMPLIAMENTO LOCALI

tipologia:  locale di attività  locale servizi igienici  locale attesa, accettazione, attività amministrative

 LA RIDUZIONE LOCALI

tipologia:  locale di attività  locale servizi igienici  locale attesa, accettazione, attività amministrative

 LA TRASFORMAZIONE LOCALI <sup>1</sup>

tipologia:  locale di attività  locale servizi igienici  locale attesa, accettazione, attività amministrative

 IL TRASFERIMENTO SEDE

indirizzo nuova sede \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

che lo studio professionale possiede i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali di cui all'allegato C del Regolamento 8 ottobre 2008, n. 52 ed osserva le prescrizioni contenute nello stesso allegato.

Che presso lo studio professionale:

non opera personale sanitario

opera personale sanitario

**ALLEGA**

- documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di tutti i medici o odontoiatri operanti nello studio;
- documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di certificazione dei titoli conseguiti dall'eventuale personale sanitario operante.

data .....

.....  
firma <sup>2</sup>

<b>INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003</b> (da completare a cura del Comune)
--

<sup>1</sup> Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.8/99 art.6)

<sup>2</sup> La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente alla copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

**FAC SIMILE****ELENCO PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITA' SOGGETTE A DIA**

- CARDIOLOGIA**
- n. 1  Iniezioni endovenose sclerosanti
- CHIRURGIA GENERALE-CHIRURGIA TORACICA**
- n. 2  Agoaspirazione di cisti della mammella ecoguidata o non
- n. 3  Agoaspirazione o incisione semplice di ascesso della mammella
- n. 4  Agobiopsia delle stazioni linfonodali superficiali (inguinali, ascellari, latero-cervicali)
- n. 5  Anoscopia con o senza biopsia
- n. 6  Aspirazione di ascesso, ematoma, sieroma della cute e del tessuto sottocutaneo
- n. 7  Asportazione di condilomi del pene
- n. 8  Asportazione di condilomi perianali
- n. 9  Asportazione di lesione pedunculata anale e perianale
- n. 10  Biopsia chirurgica o ecoguidata dei tessuti molli della parete toracica e addominale
- n. 11  Biopsia del pene
- n. 12  Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
- n. 13  Cateterismo vescicale
- n. 14  Cistoscopia retrograda transuretrale con o senza biopsia
- n. 15  Cromocistoscopia
- n. 16  Curettage di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
- n. 17  Esame urodinamico
- n. 18  Esofago-gastroduodenoscopia con o senza biopsia o altri esami diagnostici
- n. 19  Exeresi di cisti sebacee perianali, del pene, dello scroto
- n. 20  Exeresi di lipomi sottocutanei fino a 4 cm di diametro
- n. 21  Incisione di ascesso dei piani soprafasiali
- n. 22  Incisione di fistola o cisti pilonidale
- n. 23  Incisione semplice di ascesso perianale
- n. 24  Incisione semplice di emorroide trombizzata procidente
- n. 25  Infiltrazione di cheloide
- n. 26  Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nei tessuti molli
- n. 27  Interventi sulla cute e tessuto sottocutaneo del tronco e arti interessanti follicoli piliferi, unghie, ghiandole sebacee, ghiandole sudoripare
- n. 28  Legatura elastica delle emorroidi
- n. 29  Manometria ano-rettale
- n. 30  ph-metria esofagea
- n. 31  Puntura evacuativa di idrocele
- n. 32  Retto-sigmoidoscopia con endoscopio rigido con o senza biopsia
- n. 33  Rimozione di corpo estraneo dalla cute
- n. 34  Rimozione di tessuto necrotico superficiale
- n. 35  Sbrigliamento di sinechie del pene
- n. 36  Sclerosi di fistola pilonidale
- n. 37  Scleroterapia delle emorroidi
- n. 38  Test di Bernstein
- n. 39  Uretroscopia
- DERMATOLOGIA-CHIRURGIA PLASTICA**
- n. 40  Biopsia (incisionale di lesioni sospette di malignità a scopo diagnostico, shaving, escissionale, etc.)
- n. 41  Chemiochirurgia cutanea (peeling chimici superficiali e medi)
- n. 42  Crioterapia medica (neve carbonica)
- n. 43  Dermoabrasione degli strati cutanei superficiali
- n. 44  Drenaggio di idrosadenite, ascesso, perionissi, follicoliti suppurate, favo
- n. 45  Elettrotricotogenesi
- n. 46  Epilazione
- n. 47  Escarectomia di tessuto necrotico infezione ustione
- n. 48  Fotoringiovanimento non ablativo
- n. 49  Fototerapia con radiazioni non ionizzanti ( UVB, UVA )

**FAC SIMILE**

- n. 50  Frenulotomia labiale e linguale
- n. 51  Frenulotomia peniena
- n. 52  Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo
- n. 53  Incisione di ascessi cutanei
- n. 54  Infiltrazione di cheloide e di altre neoformazioni cutanee
- n. 55  Ossigenazione iperbarica
- n. 56  Radiofrequenza
- n. 57  Rimozione di adenoma sebaceo
- n. 58  Rimozione di angiocheratoma
- n. 59  Rimozione di angioma (piano, rubino, spider, etc)
- n. 60  Rimozione di carcinoma basocellulare (dimensioni • 1 cm di diametro; dimensioni • 0,5 cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi)
- n. 61  Rimozione di cheratosi (attinica, seborroica)
- n. 62  Rimozione di chiazza ipercromica
- n. 63  Rimozione di ciste (mucosa, sebacea, pilonidale, etc.)
- n. 64  Rimozione di condilomi acuminati
- n. 65  Rimozione di dermatofibroma
- n. 66  Rimozione di fibrangioma
- n. 67  Rimozione di fibroma mollusco
- n. 68  Rimozione di granuloma piogenico teleangectasico
- n. 69  Rimozione di lago venoso delle labbra
- n. 70  Rimozione di lentigo simplex
- n. 71  Rimozione di linfangioma
- n. 72  Rimozione di milio
- n. 73  Rimozione di mollusco contagioso
- n. 74  Rimozione di nevo (epidermico verrucoso, moriforme, sebaceo, di miescher, di unna, etc)
- n. 75  Rimozione di nevo melanocitico (dimensioni • 1 cm di diametro; dimensioni • 0,5 cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi)
- n. 76  Rimozione di pecilodermia di civatte
- n. 77  Rimozione di siringoma
- n. 78  Rimozione di tatuaggio
- n. 79  Rimozione di teleangectasie del volto e degli arti inferiori
- n. 80  Rimozione di tricoepitelioma
- n. 81  Rimozione di verruca (volgari, plantare, piana, filiforme, etc.)
- n. 82  Rimozione di xantelasma palpebrale
- n. 83  Rimozione parziale di unghia
- n. 84  Terapia iniettiva a base di filler
- n. 85  Terapia iniettiva a base di tossina botulinica
- n. 86  Terapia rivitalizzante cutanea iniettiva e transdermica
- FLEBOLOGIA**
- n. 87  Bendaggio elastocompressivo
- n. 88  Iniezioni endovenose sclerosanti
- n. 89  Mesoterapia
- n. 90  Piccoli atti chirurgici su ulcere, cute e vene superficiali con incisioni inferiori a 2 cm
- n. 91  Scleroterapia con liquidi e/o con schiuma, ecoguidata e non, dalle teleangectasie ai tronchi safenici
- n. 92  Trattamento delle ulcere degli arti inferiori
- n. 93  Trombectomia, sia con anestesia locale che senza
- GASTROENTEROLOGIA**
- n. 94  Biopsia endoscopica del retto con pinza mono-uso
- n. 95  Drenaggio percutaneo addominale
- GINECOLOGIA**
- n. 96  Amniocentesi
- n. 97  Aspirazione cisti mammaria
- n. 98  Aspirazione cisti vaginale
- n. 99  Asportazione condilomi vaginali
- n. 100  Asportazione condilomi vulvari e perineali
- n. 101  Biopsia endometriale

**FAC SIMILE**

- n. 102  Biopsia portio
- n. 103  Biopsia portio a guida colposcopica
- n. 104  Biopsia vulvare
- n. 105  Cauterizzazione della portio
- n. 106  DTC portio
- n. 107  Ecoisteroscopia dinamica
- n. 108  Inserimento e rimozione IUD
- n. 109  Isteroscopia
- OCULISTICA**
- n. 110  Applicazione terapeutica di lente a contatto
- n. 111  Argonlaser-trabeculoplastica
- n. 112  Capsulotomia Yag-Laser per cataratta secondaria
- n. 113  Depilazione per trichiasi
- n. 114  Elettrolisi delle ciglia
- n. 115  Estrazione corpi estranei superficiali dalla cornea e congiuntiva
- n. 116  Fotocoagulazione laser del segmento anteriore
- n. 117  Fotocoagulazione laser per patologia retinica
- n. 118  Iniezione peribulbare
- n. 119  Iniezione sottocongiuntivale
- n. 120  Iridotomia laser
- n. 121  Irrigazione dell'occhio
- n. 122  Lavaggio vie lacrimali
- n. 123  Medicazione oftalmica
- n. 124  Terapia laser e TTT delle patologie tumorali retino-coroideali
- n. 125  Terapia laser e TTT delle patologie vascolari retiniche
- n. 126  Trattamento laser cisti iridee
- ODONTOIATRIA**
- n. 127  Attività peritali
- n. 128  Conservativa
- n. 129  Endodonzia
- n. 130  Igiene e profilassi
- n. 131  Chirurgia orale, in pazienti di età comunque superiore a cinque anni senza asportazione di neoformazioni di dimensioni superiori a 2,5 cm
- n. 132  Implantologia in pazienti di età comunque superiore a cinque anni
- n. 133  Ortodonzia
- n. 134  Parodontologia
- n. 135  Protesi
- ORTORINOLARINGOIATRIA**
- n. 136  Agoaspirato linfonodale o di neoformazioni delle ghiandole salivari diagnosticate come tali anche ecoguidato
- n. 137  Agopuntura nel distretto otorinolaringoiatrico
- n. 138  Asportazione di cisti del cavo orale diagnosticate come tali
- n. 139  Asportazione di lesioni cutanee o sottocutanee con diametro inferiore a 5 cm a freddo o con strumentazioni elettromedicali
- n. 140  Biopsie nel distretto otorinolaringoiatrico
- n. 141  Causticazione di varici nasali anteriori
- n. 142  Chiusura di fistola oroantrale
- n. 143  Dermoabrasione
- n. 144  Esercizi di riabilitazione foniatrica
- n. 145  Esercizi di riabilitazione vestibolare
- n. 146  Frenulotomia linguale e labiale
- n. 147  Incisione dei dotti salivari con asportazione di calcoli
- n. 148  Iniezione di filler nella cute o nelle mucose labiali
- n. 149  Lisi di aderenze nasali
- n. 150  Medicazione di ferite del distretto otorinolaringoiatrico
- n. 151  Messa a punto di protesi uditive
- n. 152  Miringotomia con o senza inserzione di tubo (grummet)
- n. 153  Posizionamento di inserti inerti (impianti) nel palato molle

***FAC SIMILE***

- n. 154        Riduzione di fratture delle ossa proprie nasali senza incisione
- n. 155        Riduzione di volume dei turbinati inferiori con radiofrequenza o analoghi strumenti elettromedicali
- n. 156        Riduzione di volume strumentale dell'ugola
- n. 157        Rimozione di corpi estranei da orecchio o naso o orofaringe senza incisione
- n. 158        Terapia iniettiva a base di tossina botulinica

**FAC SIMILE**

<b>MODELLO D.I.A.</b>
<b>studio professionale associato</b>

Al Sindaco del Comune di

.....

**OGGETTO: DICHIARAZIONE INIZIO ATTIVITA' per STUDIO MEDICO o ODONTOIATRICO**  
(Regolamento 8 ottobre 2008, n.52)

1) Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

2) Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

3) ripetere n° volte per ogni singolo componente lo studio professionale associato

**oppure**

Il sottoscritto legale rappresentante pro tempore \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevoli/e delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000**

**in relazione allo studio professionale associato**



MEDICO ODONTOIATRICO 

ubicato a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

**DICHIARANO/DICHIARA** L'AVVIO ATTIVITA'

- lo studio avvia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività contrassegnate in elenco allegato
- lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

 L'AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITA'

- lo studio amplia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività contrassegnate in elenco allegato
- lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

 LA RIDUZIONE ATTIVITA'

- lo studio cessa le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività contrassegnate in elenco allegato
- lo studio cessa le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

 L'AMPLIAMENTO LOCALItipologia:  locale di attività  locale servizi igienici  locale attesa, accettazione, attività amministrative LA RIDUZIONE LOCALItipologia:  locale di attività  locale servizi igienici  locale attesa, accettazione, attività amministrative LA TRASFORMAZIONE LOCALI <sup>1</sup>tipologia:  locale di attività  locale servizi igienici  locale attesa, accettazione, attività amministrative IL TRASFERIMENTO SEDE

indirizzo nuova sede \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.8/99 art.6)

**FAC SIMILE****DICHIARANO/DICHIARA INOLTRE**

che lo studio professionale associato possiede i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali di cui all'allegato C del Regolamento 8 ottobre 2008, n. 52 ed osserva le prescrizioni contenute nello stesso allegato.

Che presso lo studio professionale associato:

- non opera personale sanitario
- opera personale sanitario

**ALLEGANO/ALLEGA**

- atto (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante le generalità dei professionisti che costituiscono lo studio associato;
- documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di tutti i medici o odontoiatri operanti nello studio;
- documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di certificazione dei titoli conseguiti dall'eventuale personale sanitario operante.

data .....

.....  
firma<sup>2</sup>

.....  
firma<sup>2</sup>

.....  
firma<sup>2</sup>

firma di ogni singolo componente lo studio professionale associato/legale rappresentante

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003  
(da completare a cura del Comune)

<sup>2</sup> La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente alla copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

## ELENCO PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITA' SOGGETTE A DIA

- CARDIOLOGIA**
- n. 1  Iniezioni endovenose sclerosanti
- CHIRURGIA GENERALE-CHIRURGIA TORACICA**
- n. 2  Agoaspirazione di cisti della mammella ecoguidata o non
- n. 3  Agoaspirazione o incisione semplice di ascesso della mammella
- n. 4  Agobiopsia delle stazioni linfonodali superficiali (inguinali, ascellari, latero-cervicali)
- n. 5  Anoscopia con o senza biopsia
- n. 6  Aspirazione di ascesso, ematoma, sieroma della cute e del tessuto sottocutaneo
- n. 7  Asportazione di condilomi del pene
- n. 8  Asportazione di condilomi perianali
- n. 9  Asportazione di lesione pedunculata anale e perianale
- n. 10  Biopsia chirurgica o ecoguidata dei tessuti molli della parete toracica e addominale
- n. 11  Biopsia del pene
- n. 12  Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
- n. 13  Cateterismo vescicale
- n. 14  Cistoscopia retrograda transuretrale con o senza biopsia
- n. 15  Cromocistoscopia
- n. 16  Curettage di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
- n. 17  Esame urodinamico
- n. 18  Esofago-gastroduodenoscopia con o senza biopsia o altri esami diagnostici
- n. 19  Exeresi di cisti sebacee perianali, del pene, dello scroto
- n. 20  Exeresi di lipomi sottocutanei fino a 4 cm di diametro
- n. 21  Incisione di ascesso dei piani soprafasiali
- n. 22  Incisione di fistola o cisti pilonidale
- n. 23  Incisione semplice di ascesso perianale
- n. 24  Incisione semplice di emorroide trombizzata prociendente
- n. 25  Infiltrazione di cheloide
- n. 26  Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nei tessuti molli
- n. 27  Interventi sulla cute e tessuto sottocutaneo del tronco e arti interessanti follicoli piliferi, unghie, ghiandole sebacee, ghiandole sudoripare
- n. 28  Legatura elastica delle emorroidi
- n. 29  Manometria ano-rettale
- n. 30  ph-metria esofagea
- n. 31  Puntura evacuativa di idrocele
- n. 32  Retto-sigmoidoscopia con endoscopio rigido con o senza biopsia
- n. 33  Rimozione di corpo estraneo dalla cute
- n. 34  Rimozione di tessuto necrotico superficiale
- n. 35  Sbrigliamento di sinechie del pene
- n. 36  Sclerosi di fistola pilonidale
- n. 37  Scleroterapia delle emorroidi
- n. 38  Test di Bernstein
- n. 39  Uretroscopia
- DERMATOLOGIA-CHIRURGIA PLASTICA**
- n. 40  Biopsia (incisionale di lesioni sospette di malignità a scopo diagnostico, shaving, escissionale, etc.)
- n. 41  Chemiochirurgia cutanea (peeling chimici superficiali e medi)
- n. 42  Crioterapia medica (neve carbonica)
- n. 43  Dermoabrasione degli strati cutanei superficiali
- n. 44  Drenaggio di idrosadenite, ascesso, perionissi, follicoliti suppurate, favo
- n. 45  Elettrotricotogenesi
- n. 46  Epilazione
- n. 47  Escarectomia di tessuto necrotico infezione ustione
- n. 48  Fotoringiovanimento non ablativo
- n. 49  Fototerapia con radiazioni non ionizzanti ( UVB, UVA )
- n. 50  Frenulotomia labiale e linguale

**FAC SIMILE**

- n. 51  Frenulotomia peniena
- n. 52  Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo
- n. 53  Incisione di ascessi cutanei
- n. 54  Infiltrazione di cheloide e di altre neoformazioni cutanee
- n. 55  Ossigenazione iperbarica
- n. 56  Radiofrequenza
- n. 57  Rimozione di adenoma sebaceo
- n. 58  Rimozione di angiocheratoma
- n. 59  Rimozione di angioma (piano, rubino, spider, etc)
- n. 60  Rimozione di carcinoma basocellulare (dimensioni • 1 cm di diametro; dimensioni • 0,5 cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi)
- n. 61  Rimozione di cheratosi (attinica, seborroica)
- n. 62  Rimozione di chiazza ipercromica
- n. 63  Rimozione di ciste (mucosa, sebacea, pilonidale, etc.)
- n. 64  Rimozione di condilomi acuminati
- n. 65  Rimozione di dermatofibroma
- n. 66  Rimozione di fibrangioma
- n. 67  Rimozione di fibroma mollusco
- n. 68  Rimozione di granuloma piogenico teleangectasico
- n. 69  Rimozione di lago venoso delle labbra
- n. 70  Rimozione di lentigo simplex
- n. 71  Rimozione di linfangioma
- n. 72  Rimozione di milio
- n. 73  Rimozione di mollusco contagioso
- n. 74  Rimozione di nevo (epidermico verrucoso, moriforme, sebaceo, di miescher, di unna, etc)
- n. 75  Rimozione di nevo melanocitico (dimensioni • 1 cm di diametro; dimensioni • 0,5 cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi)
- n. 76  Rimozione di pecilodermia di civatte
- n. 77  Rimozione di siringoma
- n. 78  Rimozione di tatuaggio
- n. 79  Rimozione di teleangectasie del volto e degli arti inferiori
- n. 80  Rimozione di tricoepitelioma
- n. 81  Rimozione di verruca (volgari, plantare, piana, filiforme, etc.)
- n. 82  Rimozione di xantelasma palpebrale
- n. 83  Rimozione parziale di unghia
- n. 84  Terapia iniettiva a base di filler
- n. 85  Terapia iniettiva a base di tossina botulinica
- n. 86  Terapia rivitalizzante cutanea iniettiva e transdermica
- FLEBOLOGIA**
- n. 87  Bendaggio elastocompressivo
- n. 88  Iniezioni endovenose sclerosanti
- n. 89  Mesoterapia
- n. 90  Piccoli atti chirurgici su ulcere, cute e vene superficiali con incisioni inferiori a 2 cm
- n. 91  Scleroterapia con liquidi e/o con schiuma, ecoguidata e non, dalle teleangectasie ai tronchi safenici
- n. 92  Trattamento delle ulcere degli arti inferiori
- n. 93  Trombectomia, sia con anestesia locale che senza
- GASTROENTEROLOGIA**
- n. 94  Biopsia endoscopica del retto con pinza mono-uso
- n. 95  Drenaggio percutaneo addominale
- GINECOLOGIA**
- n. 96  Amniocentesi
- n. 97  Aspirazione cisti mammaria
- n. 98  Aspirazione cisti vaginale
- n. 99  Asportazione condilomi vaginali
- n. 100  Asportazione condilomi vulvari e perineali
- n. 101  Biopsia endometriale
- n. 102  Biopsia portio

- n. 103  Biopsia portio a guida colposcopica
- n. 104  Biopsia vulvare
- n. 105  Cauterizzazione della portio
- n. 106  DTC portio
- n. 107  Ecoisteroscopia dinamica
- n. 108  Inserimento e rimozione IUD
- n. 109  Isteroscopia
- OCULISTICA**
- n. 110  Applicazione terapeutica di lente a contatto
- n. 111  Argonlaser-trabeculoplastica
- n. 112  Capsulotomia Yag-Laser per cataratta secondaria
- n. 113  Depilazione per trichiasi
- n. 114  Elettrolisi delle ciglia
- n. 115  Estrazione corpi estranei superficiali dalla cornea e congiuntiva
- n. 116  Fotocoagulazione laser del segmento anteriore
- n. 117  Fotocoagulazione laser per patologia retinica
- n. 118  Iniezione peribulbare
- n. 119  Iniezione sottocongiuntivale
- n. 120  Iridotomia laser
- n. 121  Irrigazione dell'occhio
- n. 122  Lavaggio vie lacrimali
- n. 123  Medicazione oftalmica
- n. 124  Terapia laser e TTT delle patologie tumorali retino-coroideali
- n. 125  Terapia laser e TTT delle patologie vascolari retiniche
- n. 126  Trattamento laser cisti iridee
- ODONTOIATRIA**
- n. 127  Attività peritali
- n. 128  Conservativa
- n. 129  Endodonzia
- n. 130  Igiene e profilassi
- n. 131  Chirurgia orale, in pazienti di età comunque superiore a cinque anni senza asportazione di neoformazioni di dimensioni superiori a 2,5 cm
- n. 132  Implantologia in pazienti di età comunque superiore a cinque anni
- n. 133  Ortodonzia
- n. 134  Parodontologia
- n. 135  Protesi
- ORTORINOLARINGOIATRIA**
- n. 136  Agoaspirato linfonodale o di neoformazioni delle ghiandole salivari diagnosticate come tali anche ecoguidato
- n. 137  Agopuntura nel distretto otorinolaringoiatrico
- n. 138  Asportazione di cisti del cavo orale diagnosticate come tali
- n. 139  Asportazione di lesioni cutanee o sottocutanee con diametro inferiore a 5 cm a freddo o con strumentazioni elettromedicali
- n. 140  Biopsie nel distretto otorinolaringoiatrico
- n. 141  Causticazione di varici nasali anteriori
- n. 142  Chiusura di fistola oroantrale
- n. 143  Dermoabrasione
- n. 144  Esercizi di riabilitazione foniatrica
- n. 145  Esercizi di riabilitazione vestibolare
- n. 146  Frenulotomia linguale e labiale
- n. 147  Incisione dei dotti salivari con asportazione di calcoli
- n. 148  Iniezione di filler nella cute o nelle mucose labiali
- n. 149  Lisi di aderenze nasali
- n. 150  Medicazione di ferite del distretto otorinolaringoiatrico
- n. 151  Messa a punto di protesi uditive
- n. 152  Miringotomia con o senza inserzione di tubo (grummet)
- n. 153  Posizionamento di inserti inerti (impianti) nel palato molle
- n. 154  Riduzione di fratture delle ossa proprie nasali senza incisione

***FAC SIMILE***

- n. 155        Riduzione di volume dei turbinati inferiori con radiofrequenza o analoghi strumenti elettromedicali
- n. 156        Riduzione di volume strumentale dell'ugola
- n. 157        Rimozione di corpi estranei da orecchio o naso o orofaringe senza incisione
- n. 158        Terapia iniettiva a base di tossina botulinica