

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

AMBULATORIO DI MEDICINA FISICA, RIABILITAZIONE, RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

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

1 AMBULATORIO DI MEDICINA FISICA, RIABILITAZIONE, RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE - REQUISITI STRUTTURALI

AMBFIS01.AU.1.1	Queste strutture ambulatoriali, in aggiunta ai requisiti minimi, strutturali, impiantistici, organizzativi e tecnologici generali e specifici per gli ambulatori specialistici dispongono di:				
AMBFIS01.AU.1.1.1	- locali ove si effettuano prestazioni sanitarie e/o vi è permanenza di persone, ubicati fuori terra e altezza comunque non inferiore ai 2,7 m. Termine di adeguamento: I mesi	devono essere aeroilluminati naturalmente (superficie vetrata apribile non inferiore ad 1/8 della superficie di calpestio), con esclusione di quelli con esigenze particolari; in tal caso l'illuminazione e ventilazione naturali possono essere sostituite/integrate da sistemi realizzati secondo le norme UNI. Per le strutture preesistenti verranno individuate le deroghe e le eventuali tempi di messa a norma con successivo provvedimento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBFIS01.AU.1.1.2	- parapetti, ringhiere, davanzali con un'altezza dal piano di calpestio non inferiore ad un metro Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBFIS01.AU.1.1.3	- locale per riunione e ricevimento Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBFIS01.AU.1.1.4	- locali per il trattamento riabilitativo individuale con una superficie minima di 6 mq e locali per il trattamento di gruppo con una superficie non inferiore a 5 mq per utente contemporaneamente presente ai trattamenti Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

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

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

AMBULATORIO DI MEDICINA FISICA, RIABILITAZIONE, RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
1	AMBULATORIO DI MEDICINA FISICA, RIABILITAZIONE, RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE - REQUISITI STRUTTURALI				
AMBFIS01.AU.1.1.5 Termine di adeguamento: <i>(mesi)</i>	- per patologie a rilevanza motoria e neuromotoria: locale/spazi di fisioterapia, terapia occupazionale e, ove necessari, riabilitazione urologica, con annesso servizio igienico e area separata per spogliarsi; palestra	La palestra con annessi spogliatoi, ha una dimensione di almeno 50 mq per il trattamento di gruppo di soggetti con età superiore ai 18 anni per l'esercizio terapeutico contemporaneo di 6 pazienti. Per ogni paziente in più la superficie dovrà presentare un incremento di 5 mq.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBFIS01.AU.1.1.6 Termine di adeguamento: <i>(mesi)</i>	- per patologie a rilevanza psichica e relazionale: locale/spazi per riabilitazione neuropsicologica, psicoterapia individuale e di gruppo, rieducazione logopedica, rieducazione psicomotoria e orientamento psico-pedagogico (per soggetti in età evolutiva)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBFIS01.AU.1.1.7 Termine di adeguamento: <i>(mesi)</i>	- per patologie sensoriali: locale/spazi per rieducazione logopedica, audiofonologica e/o neurolinguistica, rieducazione neurovisiva ed ortottica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBFIS01.AU.1.1.8 Termine di adeguamento: <i>(mesi)</i>	- per patologie cardio-pneumologiche: locale/spazi di riabilitazione cardiologica e/o respiratoria		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBFIS01.AU.1.2 Termine di adeguamento: <i>(mesi)</i>	I locali per l'esecuzione delle prestazioni riabilitative erogate a soggetti superiori a 13 anni autosufficienti devono essere dotati di uno spazio separato per spogliarsi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBFIS01.AU.1.3 Termine di adeguamento: <i>(mesi)</i>	Devono essere previsti, ove necessario, ambienti per la prescrizione, il collaudo e l'addestramento all'uso di protesi e ausili		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

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

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

AMBULATORIO DI MEDICINA FISICA, RIABILITAZIONE, RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

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

1 AMBULATORIO DI MEDICINA FISICA, RIABILITAZIONE, RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE - REQUISITI STRUTTURALI

AMBFIS01.AU.1.4	- parcheggi con posti riservati a portatori di handicap in numero adeguato al carico di utenza.	Per le nuove realizzazioni deve essere previsto di massima un posto auto ogni 100 mc di struttura e/o comunque adeguato al volume dell'utenza che affrisce al centro.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

2 AMBULATORIO DI MEDICINA FISICA, RIABILITAZIONE, RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE - REQUISITI TECNOLOGICI

AMBFIS01.AU.2.1	Attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

AMBFIS01.AU.2.2	Attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico o di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

AMBFIS01.AU.2.3	Attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

3 AMBULATORIO DI MEDICINA FISICA, RIABILITAZIONE, RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBFIS01.AU.3.1	Deve essere garantita la globale presa in carico per l'intero iter terapeutico.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

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