



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

### REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

#### RIABILITAZIONE TERRITORIALE PRESIDI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Sono presidi in cui si effettuano interventi di riabilitazione estensiva rivolti al trattamento di disabilità transitorie che richiedono un semplice programma terapeutico-riabilitativo. Tali prestazioni di riabilitazione sono attuabili attraverso il ricorso alle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa previste dal D.M. 22 luglio 1996, recepito a livello regionale con la deliberazione n. 19/16 del 28 aprile 1998 (nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale). Si tratta di attività specialistiche che vengono svolte a livello ambulatoriale e/o a domicilio.

REQUISITI STRUTTURALI		SI	NO
1.	I locali e gli spazi della struttura sono correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.		
2.	Area di attesa con un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi, con le caratteristiche strutturali e di arredo previste nella apposita scheda.		
3.	Spazi adeguati per l'attività amministrativa, di accettazione e di archivio.		
4.	Locale ambulatorio destinato alla valutazione con le caratteristiche strutturali, tecnologiche, impiantistiche e di arredo previste nella apposita scheda.		
5.	Locali per l'erogazione di attività dinamiche, individuali o di gruppo (palestre) se previste (con le caratteristiche strutturali, tecnologiche, impiantistiche, di arredo e dotazioni previste nella apposita scheda.		
6.	Box per attività di terapia fisica e strumentale con le caratteristiche strutturali, tecnologiche, impiantistiche e di arredo previste nella apposita scheda.		
7.	Servizi igienici e spazi/locali spogliatoio per gli operatori con le caratteristiche strutturali, impiantistiche, di arredo e dotazioni previste nella apposita scheda.		
8.	Servizi igienici e spazi/locali spogliatoio per gli utenti con le caratteristiche strutturali, impiantistiche, di arredo e dotazioni previste nella apposita scheda.		
9.	Locale/spazio per il deposito materiale pulito.		
10.	Locale/spazio per il deposito materiale sporco.		

REQUISITI TECNOLOGICI		SI	NO
11.	La dotazione strumentale è correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.		
12.	Sono assicurate:		
	a. le attrezzature, risorse tecnologiche e i presidi necessari allo svolgimento delle prestazioni;		
13.	b. le attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico.		
	In relazione al tipo di prestazioni erogate sono presenti:		
	a. cyclette;		
	b. specchi quadrettati;		
	c. asse di equilibrio;		
	d. materassini;		
	e. bastoni di metallo con appoggio regolabile;		
	f. cuscini;		
	g. sgabelli;		
	h. canadesi;		
	i. lettini e materassini per fisiokinesiterapia;		
	j. apparecchio per ultrasuonoterapia;		
	k. apparecchio per marconiterapia;		
	l. apparecchio per radarterapia;		

STRUTTURA \_\_\_\_\_ COMUNE: \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO**

**RIABILITAZIONE TERRITORIALE PRESIDI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE**

		SI	NO
14.	m. lampada a raggi infrarossi e ultravioletti (fototerapia);		
	n. apparecchio per elettrodiagnosi ed elettroterapia.		
15.	E' presente carrello per la gestione dell'emergenza completo delle dotazioni indicate nella scheda ambulatorio medico.		

REQUISITI ORGANIZZATIVI		SI	NO
16.	Per le strutture pubbliche e private: la dotazione quali/quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico è adeguata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, si applica la normativa nazionale e regionale vigente in materia di determinazione delle dotazioni organiche, ruoli, profili professionali e qualifiche funzionari.		
17.	La struttura è dotata di un direttore responsabile specializzato in fisiatria.		
18.	La struttura assicura durante l'orario di servizio la presenza di: a. Un medico specialista in fisiatria o in disciplina equipollente o affine, in relazione alla tipologia dei casi trattati; b. Un fisioterapista in possesso dei requisiti per la branca specialistica trattata.		
19.	Le attività sono periodicamente sottoposte a programmi di controllo interno di qualità.		
20.	È prevista la partecipazione ai programmi di controllo esterno di qualità della regione, se esistenti, ovvero a programmi valicati a livello nazionale o internazionale.		



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO**

**RIABILITAZIONE TERRITORIALE PRESIDI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE**

**IL SOTTOSCRITTO D I C H I A R A**  
**il mancato possesso dei seguenti requisiti e ne giustifica il motivo**

<b>Nr. Requisito</b>	<b>Giustificazione mancato possesso</b>	<b>Tempistica di risoluzione</b>

STRUTTURA \_\_\_\_\_ COMUNE: \_\_\_\_\_, VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO**

**RIABILITAZIONE TERRITORIALE PRESIDI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE**

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA**  
**altresì l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti**

<b>Nr. Requisito</b>	<b>Giustificazione mancato possesso</b>

**Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze che le false attestazioni comportano sotto l'aspetto penale, civile ed amministrativo in caso di false dichiarazioni, certifica che la struttura di cui è responsabile alla data odierna sia in possesso dei requisiti sopra elencati.**

**In fede**

(firma del dichiarante)

STRUTTURA \_\_\_\_\_ COMUNE: \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

