



Viale Orazio Flacco,24 - 70124 Bari
e-mail: finco@finco.org

MODULO DI AFFILIAZIONE PER L'ISTITUZIONE DI UN CENTRO RIABILITATIVO ACCREDITATO "FINCOPP"

codice rosso

STRUTTURA RICHIEDENTE L'ACCREDITAMENTO DA PARTE DELLA "FINCO",
PER L'APERTURA DI UN **CENTRO DI RIABILITAZIONE PER L'INCONTINENZA FECALE E DISTURBI AL PAVIMENTO PELVICO:**

.....

UBICAZIONE DEL CENTRO RIABILITATIVO:

INDIRIZZO:

TELEFONO: FAX:

E-mail:

SITO INTERNET DELLA STRUTTURA:

DIRETTORE DELLA STRUTTURA:

MEDICI ADDETTI AL CENTRO (precisare le qualifiche e la specialità)

.....
.....
.....
.....
.....

INFERMIERI PROFESSIONALI:

.....

.....

.....

.....

.....

ALTRO PERSONALE SANITARIO (assistenti sanitari, ostetriche, ginecologi, fisioterapisti, psicologi, etc.):

.....

.....

.....

ALTRI COLLABORATORI COME SOSTENITORI (anche con compiti di attività domiciliare):

.....

.....

.....

.....

.....

PRESTAZIONI EROGATE DAL CENTRO:

- ✓ VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI
- ✓ MANOMETRIA ANO-RETTALE
- ✓ TEST NEUROFISIOLOGICI
- ✓ ECOGRAFIA ADDOMINO-PELVICA
- ✓ ECOGRAFIA SFINTERIALE TRANS-ANALE
- ✓ RIABILITAZIONE DEL PIANO PERINEALE
- ✓ ELETSTIMOLAZIONE FUNZIONALE PIANO PERINEALE
- ✓ NEUROMODULAZIONE SACRALE
- ✓ TRATTAMENTI CHIRURGICI

ALTRO:

.....

.....

.....

.....

.....

APPARECCHIATURE UTILIZZATE:

Ecografo	NO	<input type="checkbox"/>	Quantità	Marca / Modello
	SI	<input type="checkbox"/>		
Apparecchiatura per manometria rettale	NO	<input type="checkbox"/>	Quantità	Marca / Modello
	SI	<input type="checkbox"/>		
Apparecchiatura per biofeedback	NO	<input type="checkbox"/>	Quantità	Marca / Modello
	SI	<input type="checkbox"/>		
Apparecchiatura per elettrostimolazione funzionale	NO	<input type="checkbox"/>	Quantità	Marca / Modello
	SI	<input type="checkbox"/>		

GIORNI ED ORARI D'APERTURA DEL CENTRO:

.....

.....

.....

NUMERO DI PRIME VISITE PER INCONTINENZA FECALE E/O PATOLOGIE CORRELATE ESEGUITE NELL'AMBULATORIO DEL CENTRO NELL'ANNO PRECEDENTE:

.....

La presente domanda di accreditamento per l'avviamento di un centro di riabilitazione dell'incontinenza fecale e disfunzioni del pavimento pelvico "**FINCOPP**" (**codice rosso**), sarà esaminata dal "**Comitato Scientifico**".

Per la buona funzionalità del Centro Riabilitativo FINCOPP è necessario:

- 1) l'impegno del Direttore della Struttura che ha richiesto l'accreditamento a realizzare le finalità riabilitative-assistenziali, in favore dei pazienti incontinenti, per quanto attiene la ricerca, i dati statistici, la qualità e quantità di vita;
- 2) l'impegno del medico cui è affidata la responsabilità della conduzione del Centro a:
 - essere vicino ai pazienti con consigli e promozioni sul piano assistenziale e sociale;
 - stimolare l'aggregazione ed il dialogo tra i pazienti incontinenti, divulgando loro l'esistenza e le finalità della **FINCOPP**;

- 3) aderire alla “**Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell’incontinenza**”, stimolata dalla **FINCOPP** e dal **Ministero della Salute** con la **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 maggio 2006**, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 186, dell’11 Agosto 2006. L’operazione, denominata “**Ospedale Aperto**” si svolge ogni anno il **28 giugno** con il sostegno delle Istituzioni, dei Dirigenti sanitari e professionisti di settore (ASL, Ospedali, urologi, uro-ginecologi, ostetriche, fisioterapisti e geriatri). I reparti e le strutture riabilitative del pavimento pelvico accreditate che **aderiscono alla “Giornata”, previa approvazione della Direzione Sanitaria** dell’Azienda, in tal giorno effettuano **visite “gratuite”**;
- 4) il personale della struttura accreditata, in qualità di “docente e/o discente”, potrà essere utilizzato dall’Associazione (**FINCOPP**) per convegni, eventi, Campagne comunicative, corsi di formazione e Scuola nazionale **FINCOPP**. All’uopo, si precisa che **FINCOPP** è accreditata al Ministero della Salute come pro-vider ed ogni anno organizza eventi formativi con crediti ECM;
- 5) L’**accreditamento è soggetto a rinnovo “quadriennale”** da parte di **FINCOPP**, fatto salvo che la struttura richieda la riconferma dell’accreditamento e che permangano i requisiti sopra dichiarati e sottoscritti. La Federazione, ad accreditamento avvenuto, dovrà consegnare un’apposita **targa identificativa** del Centro **FINCOPP** riconosciuto, numerata a livello nazionale, a testimonianza della funzionalità e professionalità del Centro accreditato. **Tale targa dovrà essere apposta in luogo ben visibile per i pazienti, possibilmente a parete, all’ingresso al Centro Riabilitativo. L’Associazione si riserva periodicamente di effettuare un audit civico sulla operatività del “Centro”**;
- 6) che il presente modulo d’accreditamento giunga alla **FINCOPP** in originale ed a mezzo posta.

Firma, data e timbro, per sottoscrizione ed accettazione, autorizzando la divulgazione della struttura (anche se pubblica), nel rispetto del Regolamento Europeo n.679/16 e D. Lgv. n.101/18, sul trattamento dei dati.

Il Direttore dell’Istituto e/o della Struttura sanitaria (timbro e firma leggibile)

Il Direttore dell’Istituto e/o della Struttura sanitaria (timbro e firma leggibile)

.....

Il Medico responsabile del centro (timbro e firma leggibile)

.....

dati personali del medico “**responsabile del Centro**”: (numeri telefonici, *e-mail* personale, indirizzo di posta ove inviare le notizie FINCO)

.....

.....

.....

..... lì