

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

STUDIO DI FISIOTERAPIA

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
--------	--	-------------------------------------	---------------------	------------------------	------

0 STUDIO DI FISIOTERAPIA - REQUISITI GENERALI

STUFIS.AU.0.1	Il titolare dello studio esplicita l'organigramma con l'indicazione dei ruoli e delle funzioni		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
STUFIS.AU.0.2	Il titolare dello studio predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari di apertura dei servizi e altre modalità di accesso		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Esistenza di documentazione a disposizione dell'utenza
STUFIS.AU.0.3	Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso di titoli previsti dalla normativa vigente		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
STUFIS.AU.0.4	Salubrità luoghi di lavoro e uso esclusivo della struttura -Sono rispettati i requisiti di igiene dei luoghi di lavoro e quando il luogo è a destinazione sanitaria il suo uso è esclusivo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Certificato di agibilità/abitabilità
STUFIS.AU.0.5	In attesa della realizzazione degli adeguamenti dei luoghi di lavoro al dettato del D.Lgs 626/94 sono garantiti i livelli equivalenti di sicurezza		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Qualora la struttura abbia meno di 10 dipendenti è sufficiente che il professionista deve predisporre una dichiarazione autocertificativa
STUFIS.AU.0.6	Sono rispettati i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di barriere architettoniche		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dichiarazione di un tecnico attestante la conformità delle opere alle leggi vigenti o autocertificazione se prevista dalla LR

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

STUDIO DI FISIOTERAPIA

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
--------	--	-------------------------------------	---------------------	------------------------	------

0 STUDIO DI FISIOTERAPIA - REQUISITI GENERALI

STUFIS.AU.0.7	La struttura dispone di una adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna e di cartellonistica installata		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Evidenza della sua diffusione e applicazione sistematica
---------------	---	--	--	--	--

STUFIS.AU.0.8	Gli impianti di climatizzazione e di riscaldamento sono adeguati alle diverse esigenze di servizio		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Evidenza della conformità alla normativa vigente
---------------	--	--	--	--	--

STUFIS.AU.0.9	Esiste un inventario aggiornato delle apparecchiature elettromedicali utilizzate nello studio		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
---------------	---	--	--	--	--

STUFIS.AU.0.10	Esiste e viene applicato un piano documentato per la manutenzione ordinaria e straordinaria di ciascuna apparecchiatura elettromedicale utilizzata nello studio		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
----------------	---	--	--	--	--

STUFIS.AU.0.11	Esistono procedure/protocolli di:				
----------------	-----------------------------------	--	--	--	--

STUFIS.AU.0.11.1	Sanificazione ed igienizzazione degli ambienti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
------------------	--	--	--	--	--

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

STUDIO DI FISIOTERAPIA

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			

0 STUDIO DI FISIOTERAPIA - REQUISITI GENERALI

STUFIS.AU.0.11.2	Deterzione lavaggio e disinfezione di tutti gli strumenti e accessori		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
STUFIS.AU.0.12	Vengono registrare le informazioni relative alle prestazioni eseguite delle generalità riferite dall'utente		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
STUFIS.AU.0.13	Protezione antisismica- Se la struttura è ubicata in zona sismica esiste dichiarazione che essa risponde ai requisiti per la protezione antisismica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Certificato di agibilità/abitabilità
STUFIS.AU.0.14	Norme anti fumo - Sono rispettati i requisiti previsti per il rispetto del divieto di fumo in conformità alla normativa vigente		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

1 STUDIO DI FISIOTERAPIA - REQUISITI STRUTTURALI

STUFIS.AU.1.1	I locali e gli spazi sono coerenti alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	almeno di 9 metri quadrati
---------------	---	--	--	--	----------------------------

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

STUDIO DI FISIOTERAPIA

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 STUDIO DI FISIOTERAPIA - REQUISITI STRUTTURALI

STUFIS.AU.1.2	Spazio/locale che garantiscono il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con un'area separata per spogliarsi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
---------------	--	--	--	--	--

STUFIS.AU.1.3	Spazio per l'attesa con un numero di posti a sedere adeguato al numero di pazienti che mediamente li frequentano contemporaneamente		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
---------------	---	--	--	--	--

STUFIS.AU.1.4	Spazio per l'accettazione e le altre attività amministrative		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
---------------	--	--	--	--	--

STUFIS.AU.1.5	Spazio per l' archivio		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
---------------	------------------------	--	--	--	--

STUFIS.AU.1.6	Servizio igienico per l'utenza adibito anche per i portatori di handicap (dotato di antibagno se in comunicazione diretta con il locale dove si svolge l'attività di fisioterapia. L'antibagno non è obbligatorio qualora sia dotato di un idoneo dispositivo di estrazione dell'aria)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
---------------	--	--	--	--	--

STUFIS.AU.1.7	Spazio/locale adibito a spogliatoio per il personale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
---------------	--	--	--	--	--

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

STUDIO DI FISIOTERAPIA

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 STUDIO DI FISIOTERAPIA - REQUISITI STRUTTURALI

STUFIS.AU.1.8	Spazio/locale per il deposito del materiale pulito		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
STUFIS.AU.1.9	Contenitore per il deposito del materiale sporco		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
STUFIS.AU.1.10	Spazi o armadi per il deposito del materiale d'uso, di attrezzature e strumentazioni		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
STUFIS.AU.1.11	Lo studio di fisioterapia dispone di:				
STUFIS.AU.1.11.1	Aree per attività attrezzate per lo svolgimento di attività sia dinamiche che statiche		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
STUFIS.AU.1.12	I locali ove vengono erogate le prestazioni hanno pavimenti lavabili e disinfettabili		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

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

STUDIO DI FISIOTERAPIA

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

2 STUDIO DI FISIOTERAPIA - REQUISITI IMPIANTISTICI

STUFIS.AU.2.1	In tutti i locali devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali; ove ciò non sia possibile, per ragioni di carattere strutturale o in relazione alle particolari attività svolte, vengono garantiti idonei livelli di illuminazione e aerazione artificiale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
---------------	---	--	--	--	--

3 STUDIO DI FISIOTERAPIA - REQUISITI TECNOLOGICI

STUFIS.AU.3.1	Attrezzature e dispositivi necessari per valutare le varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
---------------	---	--	--	--	--

STUFIS.AU.3.2	Attrezzature necessarie ad attuare le varie tipologie di esercizio terapeutico e rieducativo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
---------------	--	--	--	--	--

STUFIS.AU.3.3	Attrezzature elettromedicali per terapie fisiche e strumentali di supporto e completamento all'esercizio terapeutico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
---------------	--	--	--	--	--

STUFIS.AU.3.4	Esistono armadi ed eventuali frigoriferi che consentono la corretta conservazione dei farmaci		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Qualora il fisioterapista svolga l'attività di ionoforesi
---------------	---	--	--	--	---

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

STUDIO DI FISIOTERAPIA

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

3 STUDIO DI FISIOTERAPIA - REQUISITI TECNOLOGICI

STUFIS.AU.3.5	Esistono schedari e/o altri sistemi (cartacei o informatizzati) che consentono la registrazione delle prestazioni e la conservazione della documentazione del paziente		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
STUFIS.AU.3.6	È prontamente disponibile la dotazione essenziale per la gestione delle possibili emergenze comprendente almeno le attrezzature per il pronto soccorso e la rianimazione cardiopolmonare di base (ventilatore manuale tipo Ambu)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

4 STUDIO DI FISIOTERAPIA - REQUISITI ORGANIZZATIVI

STUFIS.AU.4.1	Durante lo svolgimento delle attività che comportano l'ausilio di apparecchiature elettromedicali, è prevista la presenza del fisioterapista		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
STUFIS.AU.4.2	Tutti i farmaci soggetti a scadenza portano in evidenza la data della scadenza stessa		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Qualora il fisioterapista svolga l'attività di ionoforesi