



Federazione Italiana INCOntinenti

Viale Orazio Flacco,24 - 70124 Bari

www.finco.org e-mail: finco@finco.org

MODULO DI AFFILIAZIONE PER L'ISTITUZIONE DI UN CENTRO RIABILITATIVO, ACCREDITATO "FINCO" © finco 2005

codice verde



Fac-simile di targa FINCO per accreditamento "Codice verde"

STRUTTURA RICHIEDENTE L'ACCREDITAMENTO DA PARTE DELLA "FINCO",
PER L'APERTURA DI UN **CENTRO DI RIABILITAZIONE PER L'INCONTINENZA URINARIA**:

.....

UBICAZIONE DEL CENTRO RIABILITATIVO:

INDIRIZZO:

TELEFONO: FAX:

E-mail:

Web site:

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
- ✓ UROFLUSSOMETRIA
- ✓ URODINAMICA INVASIVA

- ✓ VIDEO-URODINAMICA
- ✓ TEST NEUROFISIOLOGICI
- ✓ ECOGRAFIA ADDOMINO-PELVICA
- ✓ ECOGRAFIA PELVI-PERINEALE NELLA DONNA
(introitale, perineale, transvaginale)
- ✓ ENDOSCOPIA URINARIA
- ✓ RIABILITAZIONE DEL PIANO PERINEALE
- ✓ ELETTRICITÀ STIMOLAZIONE FUNZIONALE DEL PIANO PERINEALE
- ✓ NEUROMODULAZIONE TIBIALE
- ✓ NEUROMODULAZIONE SACRALE
- ✓ TRATTAMENTI CHIRURGICI

ALTRO:

.....

.....

.....

.....

.....

APPARECCHIATURE UTILIZZATE:

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

GIORNI ED ORARI D'APERTURA DEL CENTRO RIABILITATIVO (**codice verde = incontinenza urinaria**):

NUMERO DI PRIME VISITE PER INCONTINENZA URINARIA E/O PATOLOGIE CORRELATE ESEGUITE NELL'AMBULATORIO DEL CENTRO NELL'ANNO PRECEDENTE (es.: anno 2009 per domande presentate nel 2010):

La presente domanda di accreditamento per l'avviamento di un centro di riabilitazione dell'incontinenza urinaria "FINCO" (**codice verde**), sarà esaminata dal "Comitato Scientifico" della FINCO.

Per la buona funzionalità del Centro Riabilitativo FINCO 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 dell'Associazione pazienti FINCO;
- 3) aderire alla "**Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza**", stimolata dalla FINCO e dal **Ministero della Salute**, ottenuta 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 Regioni, Province, Comuni, Dirigenti sanitari e professionisti di settore (ASL, Ospedali, urologi, uro-ginecologi, ostetriche, fisioterapisti e geriatri). I reparti di urologia, ginecologia e le strutture riabilitative del pavimento pelvico accreditate FINCO che **aderiscono alla "Giornata", previa approvazione scritta della Direzione Sanitaria** dell'Azienda, in tal giorno dovranno effettuare visite "**gratuite**";
- 4) **che il presente modulo d'accREDITamento giunga alla FINCO in originale ed a mezzo posta.**

L'accREDITamento è soggetto a rinnovo "quadriennale" da parte della FINCO, salvo che la struttura richieda la riconferma dell'accREDITamento e che in ogni caso permangano i requisiti sopra dichiarati e sottoscritti. La Federazione dal canto suo dovrà consegnare una **targa identificativa del Centro FINCO** riconosciuto, numerata a livello nazionale, a testimonianza della funzionalità e professionalità del Centro accREDITato FINCO. **Tale targa dovrà essere apposta in luogo ben visibile per i pazienti, possibilmente a parete, all'ingresso al Centro. E' opportuno rammentare che nel caso in cui la Struttura non desidera più rinnovare alla FINCO la richiesta di "accREDITamento", la targa, di proprietà dell'Associazione, dovrà essere restituita alla FINCO e non potrà essere utilizzata per altri scopi.**

Firma, data e timbro per sottoscrizione e accettazione delle clausole poste dall'Associazione:

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)

.....

.....

..... li