*(Attestazione da compilarsi a cura dell’Ente sanitario convenzionato)*

**STRUTTURE POSTE A DISPOSIZIONE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE**

**IN MEDICINA DI COMUNITÀ E DELLE CURE PRIMARIE**

(Parametri individuati dal Decreto Interministeriale n° 402 del 13.6.2017 recante gli standard, requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria)

|  |  |
| --- | --- |
| INDICARE LA DENOMINAZIONE DELL’U.O./S.C. POSTA A DISPOSIZIONE DELLA SCUOLA |  |
| la UO/SC posta a disposizione è accreditata e contrattualizzata con il SSN? SI/NO  *specificare solo una delle due voci* | |
| CODICE NSIS [[1]](#footnote-1) U.O. |  |
| DIRETTORE U.O. |  |
| STRUTTURA SANITARIA  (ASST/ATS/FONDAZIONE/IRCCS/ECC.;  in caso di articolazione in più sedi  specificare il Presidio) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| U.O./S.C. GIÀ CONVENZIONATA CON ALTRA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DELL’ATENEO | | SI | NO | | |
| SE SÌ INDICARE QUALI: | | SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ………………………………………….  SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN …………………………………………. | | | |
| U.O./S.C. GIÀ CONVENZIONATA CON SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI ALTRO ATENEO | | SI  ATENEO………….. | NO | | |
| SE SÌ INDICARE QUALI: | | SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ………………………………………….  Indicare se come struttura di sede, struttura collegata o struttura complementare  SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ………………………………………….  Indicare se come struttura di sede, struttura collegata o struttura complementare | | | |
| **STANDARD STRUTTURALI** | | | | **Indicare SI/NO** | **Se SI indicare il relativo numero di:** |
| A) FONDAMENTALI  devono essere necessariamente tutti presenti nella struttura di sede e nella struttura collegata | Degenza e/o Day Hospital | | |  | N° Posti Letto Degenza……  N° Posti Letto D/H…… |
|  | Ambulatorio generale | | |  | N° …. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STANDARD STRUTTURALI** | **Livelli minimi di accettabilità** | **Indicare SI/NO** | **Se non presente nella U.O. indicare se presente nello**  **Ospedale che ospita l’U.O** |
| B) ANNESSI  almeno due degli  standard annessi  devono essere  necessariamente  presenti nella  struttura di sede o  nell’Azienda che la  ospita ed uno deve  essere  necessariamente  presente nella  struttura collegata  o nell’Azienda che  la ospita | Ambulatori |  |  |
| Laboratorio di Statistica Medica,  Informatica ed Epidemiologica |  |  |
| Servizi di emergenza-urgenza territoriali |  |  |
| Servizi sanitari e socio-sanitari territoriali |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STANDARD STRUTTURALI** | **Livelli minimi di accettabilità** | **Indicare**  **SI/NO** |
| C) SERVIZI GENERALI E DIAGNOSTICI DELLA AZIENDA OSPEDALIERA CHE OSPITA LA STRUTTURA DI SEDE E LA STRUTTURA COLLEGATA | DEA di 1° o 2° livello |  |
| Diagnostica per immagini |  |
| Medicina di Laboratorio |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STANDARD ORGANIZZATIVI** | | **Indicare numero** |
| PERSONALE MEDICO\* | Medici |  |
| PERSONALE\* | Infermieri e altre professioni sanitarie  e sociali |  |

\* Si certifica che il numero del personale medico, sanitario e tecnico è conforme al volume assistenziale della struttura.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STANDARD**  **ASSISTENZIALI** | **Tipologia** | **Indicare numero**  **(volume complessivo annuo U.O.)**  **ANNO 2023** | **Parametri individuati dal D.I. 402/2017 per la struttura di sede** | **Parametri individuati dal D.I. 402/2017 per la struttura collegata** |
| A) RICOVERI ANNUI | DEGENZE/DAY HOSPITAL |  | N. 1.000 | N. 500 |
| B) PRESTAZIONI ASSISTENZIALI ANNUE | ATTIVITÀ DI PRESA IN CARICO ALL’ANNO |  | N. 1.000 | N. 500 |

Timbro e firma digitale dell’Ente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. NSIS= Nuovo Sistema Informativo Sanità. Tale codice, oltre che reperibile presso la Direzione dell’Ospedale, per i reparti dotati di Degenza è presente nella Scheda Dimissione Ospedaliera (SDO). [↑](#footnote-ref-1)