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

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

**IN DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA**

(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\*  \*ognuno degli standard strutturali deve essere presente sia nella struttura di sede sia nella struttura collegata | Degenza  Day Hospital  Day Surgery |  | N° Posti Letto ……..  N° Posti Letto …….  N° Posti Letto …….. |
| Ambulatorio di Dermatologia generale |  |  |
| Ambulatorio di Dermatologia allergologica |  |  |
| Ambulatorio  Centro MTS |  |  |
| Ambulatorio di Dermatologia chirurgica |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STANDARD STRUTTURALI** | Livelli minimi di accettabilità | **Indicare**  **SI/NO** | **Se non presente nella U.O. indicare se presente nell’Ospedale che ospita l’U.O.** |
| B) ANNESSI\*  \*almeno 4 degli standard annessi devono essere necessariamente presenti nella struttura di sede o nell’Azienda che la ospita e uno in quella collegata o nell’Azienda che la ospita | Ambulatorio Dermatologia oncologica |  |  |
| Ambulatorio Dermatologia pediatrica |  |  |
| Ambulatorio Fotodiagnostica/fototerapia |  |  |
| Ambulatorio di Dermatologia cosmetologica |  |  |
| Ambulatorio di Dermatologia micologica |  |  |
| Ambulatorio di Malattie cutanee infettive e tropicali |  |  |
| Ambulatorio di Diagnostica strumentale |  |  |
| Laboratorio di microbiologia cutanea e micologica |  |  |
| Laboratorio di cito-isto-immuno-patologia cutanea |  |  |
| Tricologia |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STANDARD STRUTTURALI** | **Livelli minimi di accettabilità** | **Indicare**  **SI/NO** |
| C) SERVIZI GENERALI DELLE AZIENDE CHE OSPITANO LE STRUTTURE DI SEDE E QUELLE COLLEGATE | Radiologia e diagnostica per immagini |  |
| Anatomia patologica |  |
| Medicina di Laboratorio |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STANDARD ORGANIZZATIVI** | | **Indicare numero** |
| PERSONALE MEDICO\* | Medici |  |
| PERSONALE SANITARIO\* | Personale Tecnico |  |
| Personale Infermieristico |  |

\* 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. 800 | N. 200 |
| B) INTERVENTI CHIRURGICI ANNUI | Interventi di media/piccola chirurgia (comprese biopsie) |  | N. 600 | N. 250 |
| C) VISITE E ATTIVITA’ CLINICHE AMBULATORIALI ANNUE | Dermatologia generale  Day service |  | N. 4000 | N. 1500 |

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)