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

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

**IN MEDICINA TERMALE**

(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 in strutture internistiche |  | | N° Posti Letto…… |
| Ambulatori |  | | N° …… |
|  | Fisiatria |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 tre degli annessi devono essere presenti nella struttura di sede o nell’azienda ospitante la struttura ed uno deve essere presente nella struttura collegata o nell’azienda che la ospita | Ecografia diagnostica |  |  |
| Laboratorio per la funzionalità respiratoria |  |  |
| Laboratorio per la funzionalità cardiaca |  |  |
| Diagnostica urologica |  |  |
| Diagnostica reumatologica |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 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 e/o Day Hospital derivanti da strutture internistiche |  | N. 400 | N. 200 |
| B) PRESTAZIONI ASSISTENZIALI ANNUE | AMBULATORI DAY SERVICE |  | N. 500 | N. 250 |

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)