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

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

**IN MALATTIE DELL’APPARATO RESPIRATORIO**

(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 tutti presenti nella struttura di sede e nella struttura collegata | Degenza con PL di ventilazione meccanica non invasiva |  | N° Posti Letto … | | Day hospital |  | N° Posti Letto … | | Day Service |  |  | | Ambulatorio di pneumologia generale |  |  | | Ambulatorio/i dedicato/i: ecografia toracica e/o Patologie del sonno e/o Fibrosi Polmonare e/o Asma Bronchiale |  |  | | Laboratorio di diagnostica funzionale |  |  | | Riabilitazione |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **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 tre degli standard annessi devono essere necessariamente presenti nella struttura di sede o nell’Azienda ospitante ed uno nella struttura collegata o nell’Azienda ospitante | Ventilazione meccanica non invasiva |  |  | | Endoscopia bronchiale e/o toracica |  |  | | Servizio di Oncologia |  |  | | Unità di terapia semi/intensiva respiratoria |  |  | | Polisonnografia Point |  |  | | Immunologia clinica |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **STANDARD STRUTTURALI** | **Livelli minimi di accettabilità** | **Indicare**  **SI/NO** | | C) SERVIZI GENERALI E DIAGNOSTICI DELL’AZIENDA CHE OSPITA LA STRUTTURA DI SEDE O COLLEGATA | Radiologia e diagnostica per immagini |  | | Chirurgia toracica |  | | Medicina di laboratorio |  | | Rianimazione o terapia intensiva |  | | Anatomia Patologica |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STANDARD ORGANIZZATIVI** | | **Indicare numero** |
| PERSONALE MEDICO\* | Medici |  |
| PERSONALE SANITARIO\* | Tecnici di laboratorio |  |
| Infermieri |  |

\* 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** |
| RICOVERI ANNUI | Degenza/Prestazioni complesse in DH |  | N. 500 | N. 300 |
| PRESTAZIONI ASSISTENZIALI ANNUE | Prestazioni in Ambulatorio e/o DS |  | N. 1.000 | N. 500 |
| Consulenze specialistiche |  | N. 400 | N. 200 |
| Esami strumentali con Tecnica Endoscopica |  | N. 200 | N. 100 |
| Casi trattati con ventilazione meccanica |  | N. 150 | N. 50 |
| Monitoraggio della funzione CardioRespiratoria nel sonno |  | N. 300 | N. 100 |

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)