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

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

**IN PSICHIATRIA**

(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 o Day Hospital |  | N° Posti Letto…… |
| Ambulatori |  | 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 tre degli standard annessi devono essere necessariamente presenti nella struttura di sede o nell’Azienda ospitante ed uno deve essere necessariamente presente nella struttura collegata o nell’Azienda ospitante. | Psicogeriatria |  |  |
| Psichiatria di consultazione |  |  |
| Neurologia |  |  |
| Psicoterapia |  |  |
| Riabilitazione psichiatrica |  |  |
| Neuropsichiatria infantile |  |  |
| Ambulatori territoriali |  |  |
| Psicologia |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 | Radiologia e diagnostica per immagini |  |
| DEA di 1° livello o 2° livello |  |
| Medicina di Laboratorio |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| STANDARD ORGANIZZATIVI | | Indicare numero |
| PERSONALE MEDICO\* | Medici |  |
| PERSONALE SANITARIO\* | Personale Tecnico |  |
| Personale Infermieristico e dei servizi 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/ANNO | Degenze e/o Day Hospital |  | N. 300 | N. 150 |
| B) PRESTAZIONI/ANNO | Ambulatori  Day service |  | N. 600 | N. 300 |

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)