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

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

**IN MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA**

(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  e/o  Day Hospital  e/o  Degenza per acuti  e/o  strutture riabilitative territoriali |  | | N° Posti Letto …..  N° Posti Letto …..  N° Posti Letto …..  N° ….. |
| Ambulatori - Day service |  | | N°…… |
| Fisioterapia Strumentale (mezzi fisici) |  | |  |
| Laboratorio di Elettrodiagnosi e/o ecografia |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. | Dinamometria strumentale e/o baropodoposturografia |  |  |
| Laboratorio di analisi del movimento |  |  |
| Riabilitazione diagnostica bronco-respiratoria e cardiovascolare |  |  |
| Diagnostica e Terapia reumatologica |  |  |
| Ambulatori Protesi |  |  |
| Biofeedback |  |  |
|  | Centro di Urodinamica e Riabilitazione perineale |  |  |
|  | Laboratorio di Terapia Occupazionale |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |  |
| Mineralometria ossea |  |
| Medicina di laboratorio |  |

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

\* 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 | Degenze e/o Day Hospital e/o presa in carico delle persone con disabilità in strutture ospedaliere e territoriali |  | 300 | 150 |
| ATTIVITÀ DIAGNOSTICA ANNUALE | Ambulatori Day service |  | 700 | 350 |

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)