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

**IN CHIRURGIA TORACICA**

(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 sedispecificare 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 | SIATENEO………….. | NO |
| SE SÌ INDICARE QUALI: | SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ………………………………………….Indicare se come struttura di sede, struttura collegata o struttura complementareSCUOLA 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) FONDAMENTALIdevono essere tutti presenti nella struttura di sede e nella struttura collegata | Degenza |  | N° Posti Letto …… |
| Sale Operatorie |  | N° …. |
|  | Ambulatori |  | N° …. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 e due degli standard deve essere necessariamente presente nella struttura collegata o nell’Azienda ospitante. | Fisiopatologia respiratoria e/o pneumologica |  |  |
| Fisiopatologia esofagea |  |  |
| Anestesia e rianimazione |  |  |
| Terapia del dolore |  |  |
| Terapia intensiva |  |  |
| Ecografia diagnostica e terapeutica |  |  |
|  | Endoscopia diagnostica e terapeutica |  |  |
|  | Riabilitazione respiratoria |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 diagnostica per immagini |  |
| Anatomia Patologica |  |
| Medicina di Laboratorio |  |
| DEA di 1° livello o 2° livello |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **STANDARD ORGANIZZATIVI** | **Indicare numero** |
| PERSONALE MEDICO \* | Medici |  |
| PERSONALE SANITARIO \* | Tecnici |  |
| 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 2024** | **Parametri individuati dal D.I. 402/2017 per la struttura di sede** | **Parametri individuati dal D.I. 402/2017 per la struttura collegata** |
| A) INTERVENTI CHIRURGICI ANNUI | Interventi di Alta Chirurgia |  | N. 80 | N. 50 |
| Interventi di Media Chirurgia |  | N. 130 | N. 100 |
| Interventi di Piccola Chirurgia |  | N. 150 | N. 100 |
| B) RICOVERI ANNUI | Degenze |  | 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)