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

**IN MEDICINA INTERNA**

(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 |  | | N° Posti Letto…… |
| 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 5 degli standard annessi devono essere necessariamente presenti nella struttura di sede o nell’Azienda ospitante e 3 devono essere presenti nella struttura collegata o nell’Azienda ospitante. | Ecografia diagnostica |  |  |
| Laboratori diagnostici di funzionalità respiratoria funzionalità cardiaca Endoscopia |  |  |
| Nutrizione clinica |  |  |
| Immunoematologia |  |  |
| Ambulatorio di gastroenterologia |  |  |
| Ambulatorio di diabetologia |  |  |
| Ambulatorio di reumatologia |  |  |
| Ambulatorio di endocrinologia |  |  |
| Ambulatorio di nefrologia |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| Medicina di Laboratorio |  |
| DEA di 1° o 2° livello |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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/DAY HOSPITAL |  | N. 1.200 | N. 600 |
| B) PRESTAZIONI ASSISTENZIALI ANNUE | AMBULATORI/DAY SERVICE/AMBULATORI INTEGRATI |  | N. 1.800 | N. 900 |

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)