**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIOMINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo
Direzione Generale della Programmazione sanitaria

# MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' GESTIONALI ED ECONOMICHE DELLE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

ANNO 2022

# DATI DI STRUTTURA E DI ORGANIZZAZIONE DELLA UNITA' SANITARIA LOCALE

Con il modello vengono rilevati i dati di struttura della unità sanitaria locale al 1 gennaio dell'anno di riferimento.
Il modello deve essere inviato entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento.

**Quadro A**
DENOMINAZIONE: riportare la denominazione ufficiale della USL.

**Quadri B e C**
Devono essere riportati i codici di cui al D.M. 17/9/1986 e successive modifiche.

**Quadro D**
Indicare l'anno di riferimento dei dati.

**Quadro E**
Indicare il numero di distretti sanitari di base attivi.

**Quadro F**
Con questo quadro si rileva la presenza di alcuni servizi di supporto all'assistenza sanitaria di competenza della USL.
CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE DI TIPO 1: si intende la presenza di un sistema automatizzato che consente la visibilità della disponibilità (agende dei servizi) e la possibilità di prenotare le prestazioni sanitarie specialistiche, di laboratorio e di diagnostica strumentale effettuabili presso le strutture pubbliche comprese nel territorio della USL da uno o più punti (sportelli di prenotazione) dello stesso territorio.
CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE DI TIPO 2: si intende la presenza di un sistema automatizzato che consente la visibilità della disponibilità (agende dei servizi) e la possibilità di prenotare le prestazioni sanitarie specialistiche, di laboratorio e di diagnostica strumentale effettuabili presso le strutture pubbliche e private accreditate comprese nel territorio della USL da uno o più punti (sportelli di prenotazione) dello stesso territorio.
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE : istituito ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche.
DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE : così come definito nel Progetto obiettivo Materno infantile D.M. 24 Aprile 2000.
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE : istituito ai sensi del D.P.R. 7 aprile 1994 e definito dal Progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000" (D.P.R. 10 novembre 1999)
SERVIZIO TRASPORTO PER CENTRO DIALISI : così come definito nel P.S.N. 1994-96, par. 5.C.3 "Assistenza ai pazienti nefropatici cronici".
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA : Per ADI s'intende l'assistenza domiciliare erogata in base ad un piano assistenziale individuale attraverso la presa in carico multidisciplinare e multi professionale del paziente. Sono comprese anche le cure palliative domiciliari che prevedono la presa in carico dell'assistito e i casi di dimissione protetta (in cui la struttura ospedaliera richiede al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta l'attivazione di un programma di assistenza domiciliare). Sono escluse le cure prestazionali o di tipo ciclico programmato e l'ospedalizzazione domiciliare se le prestazioni sono assicurate da un'equipe ospedaliera. Sono altresì escluse le forme di assistenza domiciliare esclusivamente socio-assistenziali; i trattamenti domiciliari di pazienti psichiatrici effettuati dall'equipe psichiatrica territoriale del Dipartimento di Salute Mentale; i trattamenti domiciliari effettuati da strutture riabilitative ex articolo 26 Legge 833/78.

Per le ambulanze indicare solo quelle in dotazione e/o servizio ad uso esclusivo della USL; in particolare:
Ambulanze di tipo "A":
indicare il numero di ambulanze di soccorso, cioè quelle attrezzate per il trasporto di infermi e infortunati e per il servizio di pronto soccorso, dotate di specifiche attrezzature di assistenza (decreto del Ministero dei trasporti 17 dicembre 1987, n.553).
Nelle ambulanze di tipo "A" non devono essere incluse le AMBULANZE PEDIATRICHE e le UNITA' MOBILI DI RIANIMAZIONE e le AMBULANZE PER IL TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO.

Ambulanze di tipo "B":
indicare il numero delle ambulanze di trasporto, cioè attrezzate per il trasporto di infermi o infortunati con eventuale dotazione di semplici attrezzature di assistenza (decreto del Ministero dei trasporti 17 dicembre 1987, n.553).

Ambulanze per il trasporto di emergenza del neonato:
indicare il numero delle ambulanze di trasporto dedicate ed appositamente attrezzate in dotazione per il Servizio di Trasporto ed Emergenza Neonatale - S.T.E.N. (decreto del Ministro della Sanità 24 aprile 2000: "Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000").

**Quadro G**
ASSISTIBILI: si intende per assistibile il soggetto che abbia effettuato presso la USL la scelta del medico di base o del pediatra e, pertanto, iscritto nell'anagrafe della USL stessa.
La fascia di età pediatrica si riferisce a tutta la popolazione assistibile in età pediatrica, indipendentemente dalla scelta effettuata, secondo quanto indicato nella convenzione di pediatria vigente

**Quadro H**
Riportare il numero di cittadini aventi diritto all'esenzione dal ticket al 1 gennaio dell'anno, distinguendo le esenzioni per età e reddito e le esenzioni per altri motivi (patologia e invalidità), secondo la normativa vigente.
Se non è possibile indicare gli esenti per età e reddito, lasciare il campo in bianco.

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

**FLS.11**

# DATI DI STRUTTURA E DI ORGANIZZAZIONE DELLA UNITA' SANITARIA LOCALE

| A | DENOMINAZIONE | |
|---|---|---|

| B | CODICE REGIONE | C | CODICE U.S.L. | D | ANNO | E | DISTRETTI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | \|__\|__\|__\| | | \|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | | \|__\|__\|__\| |

**F CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE**

(barrare la casella se il servizio è funzionante; in presenza di CUP indicare il tipo)

|__| TIPO CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE
|__| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
|__| DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE
|__| DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
|__| SERVIZIO TRASPORTO PER CENTRO DIALISI
|__| SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Se la gestione dell'emergenza è direttamente curata dalla Usl, indicare il numero di :

AMBULANZE DI TIPO "A" |__|__|__|
di cui con medico |__|__|__|
AMBULANZE DI TIPO "B" |__|_|
AMBULANZE PEDIATRICHE |__|_|
UNITA' MOBILE DI RIANIMAZIONE |__|__|__|
AMBULANZE TRASPORTO EMERGENZA NEONATO |__|_|

**G ASSISTIBILI**

| FASCE DI ETA' | NUMERO | MASCHI | FEMMINE |
|---|---|---|---|
| POPOLAZIONE DI ETA' 0 - 13 anni | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |
| POPOLAZIONE DI ETA' 14 - 64 anni | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |
| POPOLAZIONE DI ETA' 65 - 74 anni | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |
| POPOLAZIONE DI ETA' 75 anni ed oltre | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |
| TOTALE | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |

**H**

ESENZIONI DA TICKET PER ETA' e REDDITO |__|__|__|__|__|__|
PER ALTRI MOTIVI |__|__|__|__|__|__|

Data .....

Il Funzionario responsabile .....

# CONVENZIONI NAZIONALI DI MEDICINA GENERALE E DI PEDIATRIA

Con il modello si intende rilevare alcune caratteristiche relative all'assistenza sanitaria di base al 1 gennaio dell'anno di riferimento.
Il modello deve essere inviato entro il 30 aprile dell'anno di riferimento.

**Quadro A**
DENOMINAZIONE USL: riportare la denominazione ufficiale della USL.

**Quadri B e C**
Devono essere riportati i codici di cui al D.M. 17/9/1986 e successive modifiche.

**Quadro D**
Indicare l'anno di riferimento dei dati .

**Quadro E**
NUMERO DI MEDICI UOMINI : è un di cui del totale dei medici

NUMERO DI MEDICI CHE USUFRUISCONO DI INDENNITA' PER ATTIVITA' IN FORMA ASSOCIATIVA: medici che percepiscono l'indennità prevista per lo svolgimento della propria attività sotto forma di medicina in associazione ai sensi dell' accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale vigente. Sono una quota parte dei medici già indicati nello stesso quadro.

NUMERO DI MEDICI CHE USUFRUISCONO DI INDENNITA' DI COLLABORAZIONE INFORMATICA: medici che percepiscono l'indennità prevista ai sensi dell' accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale vigente. Sono una quota parte dei medici già indicati nello stesso quadro.

NUMERO SCELTE: indicare il numero totale degli assistibili relativi ai medici di ciascuna classe di scelte.

DI CUI IN ETA' INFANTILE : indicare il numero degli assistibili di età compresa tra 0 e 13 anni. Il dato è una quota parte del numero scelte per classe di scelte.

VERIFICARE che il numero complessivo dei medici generici classificati per anzianità di laurea coincida con quello dei medici generici suddivisi per classi di scelte.

**Quadro F**
NUMERO DI PEDIATRI UOMINI : è un di cui del totale dei pediatri

NUMERO DI PEDIATRI CHE USUFRUISCONO DI INDENNITA' PER ATTIVITA' IN FORMA ASSOCIATIVA: pediatri che percepiscono l'indennità prevista per lo svolgimento della propria attività sotto forma di medicina in associazione ai sensi dell' accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta vigente. Sono una quota parte dei medici già indicati nello stesso quadro.

NUMERO SCELTE: vedi quadro E.

VERIFICARE che il numero complessivo dei medici pediatri classificati per anzianità di specializzazione coincida con quello dei medici pediatri suddivisi per classi di scelte.

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

**FLS.12**

# CONVENZIONI NAZIONALI DI MEDICINA GENERALE E DI PEDIATRIA

| A | DENOMINAZIONE U.S.L. | |
|---|---|---|

| B | CODICE REGIONE | C | CODICE U.S.L. | D | ANNO |
|---|---|---|---|---|---|
| | \|__\|__\|__\| | | \|__\|__\|__\| | | \|__\|__\|__\| |

## E MEDICINA GENERALE

| ANZIANITA' DI LAUREA | N. MEDICI | CLASSI DI SCELTE | N. MEDICI | N. SCELTE | DI CUI IN ETA' INFANTILE |
|---|---|---|---|---|---|
| DA 0 FINO A 6 ANNI | \|__\|__\|__\| | DA 1 A 50 SCELTE | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| OLTRE 6 FINO A 13 ANNI | \|__\|__\|__\| | DA 51 A 500 SCELTE | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| OLTRE 13 FINO A 20 ANNI | \|__\|__\|__\| | DA 501 A 1000 SCELTE | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| OLTRE 20 FINO A 27 ANNI | \|__\|__\|__\| | DA 1001 A 1500 SCELTE | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| OLTRE 27 ANNI | \|__\|__\|__\| | OLTRE 1500 SCELTE | \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |

NUMERO MEDICI UOMINI |__\|__\|__\|

NUMERO DI MEDICI CHE USUFRUISCONO DI INDENNITA' PER ATTIVITA' IN FORMA ASSOCIATIVA |__\|__\| | \|__\|__\|

NUMERO DI MEDICI CHE USUFRUISCONO DI INDENNITA' DI COLLABORAZIONE INFORMATICA |__\|__\| | \|__\|__\|

## F PEDIATRIA

| ANZIANITA' DI SPECIALIZZAZIONE | N. MEDICI | CLASSI DI SCELTE | N. MEDICI | N. SCELTE |
|---|---|---|---|---|
| DA 0 FINO A 2 ANNI | \|__\|__\|__\| | DA 1 A 250 SCELTE | \|__\| | \|__\|__\|__\| |
| OLTRE 2 FINO A 9 ANNI | \|__\|__\|__\| | DA 251 A 800 SCELTE | \|__\| | \|__\|__\|__\| |
| OLTRE 9 FINO A 16 ANNI | \|__\|__\|__\| | OLTRE 800 SCELTE | \|__\| | \|__\|__\|__\| |
| OLTRE 16 FINO A 23 ANNI | \|__\|__\|__\| | | | |
| OLTRE 23 ANNI | \|__\|__\|__\| | | | |

NUMERO PEDIATRI UOMINI |__\|__\|__\|

NUMERO DI PEDIATRI CHE USUFRUISCONO DI INDENNITA' PER ATTIVITA' IN FORMA ASSOCIATIVA |__\| | \|__\|__\|__\|

NUMERO DI PEDIATRI CHE USUFRUISCONO DI INDENNITA' DI COLLABORAZIONE INFORMATICA |__\| | \|__\|__\|__\|

Data .....

Il Funzionario responsabile .....

# ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Con il modello vengono rilevate alcune delle attività svolte nell'ambito dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.
Il modello deve essere inviato entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento**.**

**Quadro A**
DENOMINAZIONE USL: riportare la denominazione ufficiale della USL.

**Quadri B e C**
Devono essere riportati i codici di cui al D.M. 17/9/1986 e successive modifiche.

**Quadro F**
**NUMERO DI LAVORATORI CONTROLLATI O COMUNQUE ESAMINATI PER ACCERTAMENTI O CERTIFICAZIONI SANITARIE** : numero di soggetti sottoposti a visita medica e/o monitoraggio biologico, e/o esami diagnostici, e/o valutazione di idoneità lavorativa.
Attività cui si riferisce :
- visite mediche preventive e periodiche per minori e apprendisti;
- provv. di interdizione per lavoratrici madri ex art. 5 L. 1204/71;
- visite ed accertamenti per la revoca o conferma giudizio di idoneità espresso dai medici competenti delle aziende;
- indagini sanitarie di iniziativa, in rapporto con aziende;
- visite specialistiche di medicina del lavoro richieste dai medici curanti;
- commissioni inv. civ., collegio medico, etc..

**DI CUI APPRENDISTI O MINORI :** numero di soggetti sottoposti a visita medica di idoneità specifica ed accertamenti clinici o strumentali per avvio al lavoro per apprendisti e minori ai sensi della L. 25/55 e della L. 977/67.

**NUMERO DI INDAGINI EFFETTUATE PER INFORTUNI SUL LAVORO :** numero di indagini con carattere di Polizia Giudiziaria, per casi di infortuni sul lavoro, svolte su iniziativa o su delega ricevuta dalla Magistratura.

**NUMERO DI INDAGINI EFFETTUATE PER MALATTIE PROFESSIONALI :** numero di indagini con carattere di Polizia Giudiziaria, per casi di malattia professionale, svolte su iniziativa o su delega ricevuta dalla Magistratura.

**NUMERO DI AZIENDE INTERESSATE DA ATTI AUTORIZZATIVI, ESAME PROGETTI, PIANI DI LAVORO E NOTIFICHE :**
attività cui si riferisce :
- deroghe ex artt. 6/8 e art. 35 DPR 303/56;
- esame notifiche ex art. 48 DPR 303/56;
- pareri per autorizzazione industrie insalubri;
- pareri per nuovi insediamenti produttivi;
- esame piani di lavoro (amianto, edilizia);
- commissioni miste autorizzative ( locali pubblico spettacolo, cave, case riposo etc.);

**NUMERO DI AZIENDE IN CUI SONO STATI EFFETTUATI INTERVENTI DI VIGILANZA E DI POLIZIA GIUDIZIARIA :**
attività cui si riferisce :
- interventi di vigilanza per piani mirati ( di comparto, di rischio, etc.), comprensivi di indagini ambientali, atti di polizia giudiziaria etc.;
- interventi di vigilanza a seguito di esposti, segnalazioni, richieste della magistratura, comprensivi di eventuali atti di polizia giudiziaria.

**INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE EFFETTUATE (IN SEGUITO A RISCONTRO DI MALATTIE INFETTIVE) :** inchieste epidemiologiche effettuate a seguito di notifica di malattie infettive di classe I ( come da D. M. 15.12.1990), di tubercolosi e di tossinfezioni alimentari.

**NUMERO DI STUDI EPIDEMIOLOGICI SU MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE E STUDI DI MORTALITA' :** numero di studi epidemiologici su malattie cronico degenerative e studi di mortalità' in corso nel periodo di tempo di riferimento.

**NUMERO DI CAMPAGNE DI SCREENING EFFETTUATE PER LA PREVENZIONE DI PATOLOGIE TUMORALI :** numero di programmi organizzati di screening oncologici attivi nelle ASL**.**

**RESIDENTI CHE HANNO COMPIUTO 24 MESI DI ETA' E SONO STATI REGOLARMENTE VACCINATI :** numero di bambini che hanno compiuto il 24° mese di età nel periodo di riferimento e che risultano aver completato le somministrazioni delle vaccinazioni dell'obbligo (difterite, tetano, polio ed epatite B) previste nei primi 24 mesi.

**NUMERO DI PARERI RICHIESTI PER AUTORIZZAZIONI NEL CAMPO DELL'EDILIZIA CIVILE :** numero di pareri richiesti nel periodo di riferimento relativamente all'attività legata al rilascio di pareri per licenza d'uso ex art. 221 T.U.LL.SS. (abitabilità, agibilità) e al rilascio di pareri ed autorizzazioni (nulla osta e deroghe) su progetti edilizi (pareri su progetti ex art. 220 T.U.LL.SS. su strumenti urbanistici o per la costruzione di opere pubbliche ex art. 228 T.U.LL.SS. e delle autorizzazioni per la riduzione o l'ampliamento delle aree di rispetto dei cimiteri o per la costruzione di nuovi cimiteri).

**NUMERO DI PARERI ESPRESSI PER AUTORIZZAZIONI NEL CAMPO DELL'EDILIZIA CIVILE :** numero di pareri espressi nel periodo di riferimento relativamente all'attività legata al rilascio di pareri per licenza d'uso ex art. 221 T.U.LL.SS. (abitabilità, agibilità) e al rilascio di pareri ed autorizzazioni (nulla osta e deroghe) su progetti edilizi (pareri su progetti ex art. 220 T.U.LL.SS. su strumenti urbanistici o per la costruzione di opere pubbliche ex art. 228 T.U.LL.SS. e delle autorizzazioni per la riduzione o l'ampliamento delle aree di rispetto dei cimiteri o per la costruzione di nuovi cimiteri).

# ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

| A | DENOMINAZIONE USL | |
|---|---|---|

| B | CODICE REGIONE | C | CODICE U.S.L | E | ANNO |
|---|---|---|---|---|---|
| | \|__\|__\|__\| | | \|__\|__\|__\| | | \|__\|__\|__\|__\| |

## F ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

| | |
|---|---|
| NUMERO DI LAVORATORI CONTROLLATI O COMUNQUE ESAMINATI PER ACCERTAMENTI O CERTIFICAZIONI SANITARIE : | \|_ \| |
| DI CUI APPRENDISTI O MINORI : | \|_ \| |
| NUMERO DI INDAGINI EFFETTUATE PER INFORTUNI SUL LAVORO : | \|_ \| |
| NUMERO DI INDAGINI EFFETTUATE PER MALATTIE PROFESSIONALI : | \|_ \| |
| NUMERO DI AZIENDE INTERESSATE DA ATTI AUTORIZZATIVI, ESAME PROGETTI, PIANI DI LAVORO E NOTIFICHE : | \|_ \| |
| NUMERO DI AZIENDE IN CUI SONO STATI EFFETTUATI INTERVENTI DI VIGILANZA E DI POLIZIA GIUDIZIARIA : | \|_ \| |
| INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE EFFETTUATE (IN SEGUITO A RISCONTRO DI MALATTIE INFETTIVE) : | \|_ \| |
| NUMERO DI STUDI EPIDEMIOLOGICI SU MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE E STUDI DI MORTALITA' : | \|_ \| |
| NUMERO DI CAMPAGNE DI SCREENING EFFETTUATE PER LA PREVENZIONE DI PATOLOGIE TUMORALI : | \|_ \| |
| RESIDENTI CHE HANNO COMPIUTO 24 MESI DI ETA' E SONO STATI REGOLARMENTE VACCINATI : | \|_ \| |
| NUMERO DI PARERI RICHIESTI PER AUTORIZZAZIONI NEL CAMPO DELL'EDILIZIA CIVILE : | \|_ \| |
| NUMERO DI PARERI ESPRESSI PER AUTORIZZAZIONI NEL CAMPO DELL'EDILIZIA CIVILE : | \|_ \| |

Data .....  Il Funzionario responsabile .....

# ATTIVITA' DI ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

Con il modello vengono rilevate, con periodicità annuale, le attività relative alla guardia medica, alla farmaceutica convenzionata e all'assistenza domiciliare integrata.
Il modello deve essere inviato entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.

**Quadro A**
DENOMINAZIONE USL: riportare la denominazione ufficiale della USL.
**Quadri B e C**
Devono essere riportati i codici di cui al D.M. 17/9/1986 e successive modifiche.
**Quadro F**
Si considera guardia medica ordinaria anche quella che viene potenziata per far fronte alle maggiori esigenze derivanti dalla stagione turistica.
PUNTI: va indicato il valore medio dei punti di guardia medica che hanno erogato assistenza nell'anno.
MEDICI TITOLARI: numero di medici ai quali è stato conferito l'incarico secondo le procedure stabilite dall' accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. Va indicato il valore medio dei medici che hanno prestato servizio nell'anno.
ORE TOTALI: indicare il totale delle ore di attività prestate dai medici di guardia medica.
CONTATTI EFFETTUATI: indicare il totale delle visite effettuate presso il servizio, delle visite a domicilio e delle consultazioni telefoniche.
RICOVERI PRESCRITTI: indicare il numero di ricoveri prescritti dai medici di guardia medica.
MEDICI CON DISPONIBILITA' DOMICILIARE: va indicato il valore medio dei medici che hanno prestato servizio nell'anno.
ORE DI APERTURA DEL SERVIZIO: indicare il totale delle ore di apertura del servizio nell'anno.
**Quadro G**
IMPORTO: per le ricette di specialità medicinali e galenici riportare il totale degli importi netti indicati da tutte le farmacie ubicate nel territorio della USL. Il dato quindi deve essere al lordo della trattenuta a carico delle farmacie, prevista dalla legge 549/95 e succ. modifiche.
RICETTE ESENTI: indicare il numero delle ricette interamente esenti (anche per la quota ricetta) di specialità medicinali e galenici spedite dalle farmacie in regime di esenzione dal ticket. Se il dato non è disponibile lasciare il campo in bianco.
ASSISTENZA INTEGRATIVA: indicare gli importi per assistenza integrativa erogata dalle farmacie.
**Quadro H**
Per ADI s'intende l'assistenza domiciliare erogata in base ad un piano assistenziale individuale attraverso la presa in carico multidisciplinare e multi professionale del paziente. Sono comprese anche le cure palliative domiciliari che prevedono la presa in carico dell'assistito e i casi di dimissione protetta (in cui la struttura ospedaliera richiede al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta l'attivazione di un programma di assistenza domiciliare). Sono escluse le cure prestazionali o di tipo ciclico programmato e l'ospedalizzazione domiciliare se le prestazioni sono assicurate da un'equipe ospedaliera. Sono altresì escluse le forme di assistenza domiciliare esclusivamente socio-assistenziali; i trattamenti domiciliari di pazienti psichiatrici effettuati dall'equipe psichiatrica territoriale del Dipartimento di Salute Mentale; i trattamenti domiciliari effettuati da strutture riabilitative ex articolo 26 Legge 833/78.
CASI TRATTATI: indicare il numero di assistibili che, nell'anno di rilevazione sono in trattamento di assistenza domiciliare. Se uno stesso paziente è preso in carico più volte nell'arco dell'anno di rilevazione, si computano tanti casi quanti sono i cicli ammissione/dimissione in ADI erogati a suo carico. Se il paziente trattato in ADI deve sospendere il trattamento (ad esempio per ricovero) esso costituisce un unico caso.
DI CUI ANZIANI: indicare il numero di assistibili di età maggiore o uguale a 65 anni classificati come casi anziani. I pazienti anziani sono una quota parte del totale.
DI CUI MALATI TERMINALI: i pazienti malati terminali sono una quota parte del totale. Per paziente terminales'intende il paziente affetto da malattie progressive ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per il quale ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata.
Un paziente non può essere classificato sia come caso anziano, sia come caso terminale: pertanto per i pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni la distinzione tra caso "terminale" e caso "anziano" è effettuata sulla base della motivazione della presa in carico del paziente e i "*casi terminali*" in età maggiore o uguale a 65 anni con i "*casi anziani*" sono mutuamente esclusivi tra loro.
UTENTI IN LISTA DI ATTESA: indicare il numero di assistibili che, alla fine dell'anno di rilevazione, risultano in lista di attesa per ricevere trattamento individuale domiciliare.
ACCESSI DEL PERSONALE MEDICO: indicare il numero di accessi del personale medico.
DI CUI AD ANZIANI: indicare il numero di accessi relativi ai casi classificati come anziani. Tale numero è una quota parte degli accessi totali.
DI CUI A MALATI TERMINALI: indicare il numero di accessi relativi ai casi classificati come terminali. Tale numero è una quota parte degli accessi totali.
ORE DI ASSISTENZA EROGATA: indicare il numero di ore di assistenza domiciliare erogate nel corso dell'anno di rilevazione, sia per utenti già in trattamento che per utenti inseriti nell'anno. Non vanno considerati i tempi di percorrenza per il raggiungimento del domicilio dell'assistito. Non vanno considerati gli accessi del personale medico, in quanto non è possibile misurarli in ore di assistenza erogate.
DI CUI ANZIANI: indicare il numero di ore erogate nel corso dell'anno ai casi classificati come anziani. Non vanno considerati i tempi di percorrenza per il raggiungimento del domicilio dell'assistito. Se non è possibile suddividere le ore tra le figure professionali, indicare soltanto il totale delle ore. Tale numero è una quota parte delle ore totali.
DI CUI MALATI TERMINALI: indicare il numero di ore erogate nel corso dell'anno ai casi classificati come terminali. Non vanno considerati i tempi di percorrenza per il raggiungimento del domicilio dell'assistito. Se non è possibile suddividere le ore tra le figure professionali, indicare soltanto il totale delle ore.
Tale numero è una quota parte delle ore totali.
ACCESSI DEGLI OPERATORI: indicare il numero di accessi per assistenza domiciliare effettuati nel corso dell'anno di rilevazione, sia per utenti già in trattamento che per utenti inseriti nell'anno.
DI CUI AD ANZIANI: indicare il numero di accessi effettuati per i casi classificati come anziani. Tale numero è una quota parte degli accessi totali.
DI CUI A MALATI TERMINALI: indicare il numero di accessi effettuati per i casi classificati come terminali. Tale numero è una quota parte degli accessi totali

**Quadro I**

L'Assistenza Programmata a pazienti non ambulabili è definita dall' accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e comprende tre istituti: assistenza programmata al domicilio del paziente, assistenza programmata presso residenze (disciplinata con accordi rimessi a trattativa regionale) e assistenza domiciliare integrata . Di queste tre tipologie, vengono rilevate la prima al quadro I e la terza al quadro H.

NUMERO DI MEDICI: indicare il totale dei medici che hanno concordato gli interventi.

NUMERO DI AUTORIZZAZIONI CONCESSE: indicare il numero di assistiti.

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo.
Direzione Generale della Programmazione sanitaria

**FLS.21**

# ATTIVITA' DI ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

| A | DENOMINAZIONE U.S.L. | |
|---|---|---|

| B | CODICE REGIONE | C | CODICE U.S.L. | D | ANNO |
|---|---|---|---|---|---|
| | \|__\|__\| | | \|__\|__\|__\| | | \|__\|__\|__\|__\| |

## F GUARDIA MEDICA – CONTINUITA' ASSISTENZIALE

| | NUMERO |
|---|---|
| PUNTI | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |
| MEDICI TITOLARI | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |
| ORE TOTALI | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |
| CONTATTI EFFETTUATI | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |
| RICOVERI PRESCRITTI | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |
| MEDICI CON DISPONIBILITA' DOMICILIARE | \|_\|_\|_\|_\|_\| |
| ORE DI APERTURA DEL SERVIZIO | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |

## G ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

| | NUMERO | IMPORTO (in Euro) |
|---|---|---|
| RICETTE DI SPECIALITA MEDICINALI E GALENICI | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |
| ASSISTENZA INTEGRATIVA | | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |
| TICKET E QUOTE FISSE | | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |
| RICETTE ESENTI | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |

## H ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

CASI TRATTATI \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|
di cui anziani \|_\|_\|_\|_\|_\|
di cui malati terminali \|__\|__\|__\|__\|__\|

UTENTI IN LISTA DI ATTESA \|__\|__\|__\|__\|__\|

ACCESSI DEL PERSONALE MEDICO \|__\|__\|__\|__\|__\|
di cui ad anziani \|__\|__\|__\|__\|__\|
di cui a malati terminali \|__\|__\|__\|__\|__\|

| | TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE | INFERMIERI PROFESSIONALI | ALTRI OPERATORI | TOTALE |
|---|---|---|---|---|
| ORE DI ASSISTENZA EROGATA | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|di |
| cui ad anziani | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |
| di cui a malati terminali | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |
| ACCESSI DEGLI OPERATORI | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |
| di cui ad anziani | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |
| di cui a malati terminali | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |

## I ASSISTENZA PROGRAMMATA

NUMERO DI MEDICI : \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|
NUMERO DI AUTORIZZAZIONI CONCESSE : \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|

Data .....  Il Funzionario responsabile .....

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

**STS.11**

Direzione Generale del Sistema Informativo.
Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema.

# DATI ANAGRAFICI DELLE STRUTTURE SANITARIE

Con il modello si intende costituire, al 1 gennaio dell'anno di riferimento, l'anagrafe delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e delle strutture sociosanitarie che erogano prestazioni in regime di convenzione, con esclusione delle attività di ricovero la cui rilevazione è prevista nei modelli HSP e delle strutture di riabilitazione ex art. 26, la cui rilevazione è prevista con il modello RIA.11.
La rilevazione interessa anche le strutture ubicate presso istituti di cura e i singoli medici specialisti. Non vanno inclusi i medici di base (medici di medicina generale e pediatri). Le strutture per anziani, disabili, tossicodipendenti non convenzionate non vanno censite. Le case di riposo convenzionate vanno censite se hanno una componente sanitaria. La compilazione del modello e la gestione del codice sono a cura della USL.
Il modello deve essere inviato entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento.
Qualora, in corso d'anno, inizi l'attività di una nuova struttura deve essere trasmesso un modello STS.11, compilato in ogni sua parte, che riporta nel quadro E l'anno nel corso del quale è avvenuta l'apertura.
Analogamente se, in corso d'anno, si chiude una struttura già esistente o termina il regime di accreditamento deve essere trasmesso un modello STS.11 che riporta nel quadro E l'anno nel corso del quale è avvenuta la chiusura, nel quadro F la data di avvenuta chiusura, lasciando invariate le altre informazioni.
Tali modelli devono essere inviati entro un mese dall'avvenuta apertura/chiusura della struttura.

**Quadro A**
DENOMINAZIONE STRUTTURA: denominazione ufficiale della struttura. Nel caso di specialisti accreditati esterni, si riporti il cognome ed il nome del titolare.

**Quadri B e C**
Devono essere riportati i codici di cui al D.M. 17/9/1986 e successive modifiche.
Nel caso di struttura sanitaria interna ad azienda ospedaliera, policlinico universitario o istituto a carattere scientifico, nel campo relativo al codice usl/azienda ospedaliera riportare il codice attribuito alla struttura di ricovero (da "901" a "998" - nota n. 100/SCPS/09.F/15461 del 15.10.94).

**Quadro D**
CODICE STRUTTURA: la struttura viene individuata dal codice, assegnato dalla USL di appartenenza.
Nel caso di cessazione di attività di una struttura, il codice assegnato non deve essere più utilizzato.

**Quadro F**
PARTITA IVA: indicare la partita IVA della ASL se struttura a gestione diretta della ASL, altrimenti indicare la partita IVA della Struttura.
DATA APERTURA O CHIUSURA: indicare la data di istituzione o chiusura delle strutture a gestione diretta; per le strutture private accreditate, indicare l'inizio o il termine del regime di accreditamento. La data di chiusura deve essere indicata anche in caso di nuova codifica della struttura.
CODICI "OLD": indicare il/i codice/codici delle strutture ricodificate/accorpate

**Quadro G**
TIPO DI STRUTTURA : il modello va compilato anche per le strutture che non sono espressamente elencate, ma riconducibili a quelle riportate nel riquadro. I legami possibili fra tipo struttura e tipo di assistenza sono quelli riportati nella tabella seguente:

| Tipo struttura | Tipo di assistenza |
|---|---|
| Ambulatorio Laboratorio | S01, S02, S03, S15, S16 |
| Struttura residenziale | S05, S06, S07, S09, S10, S11, S12, S13, S16 |
| Struttura semiresidenziale | S05, S06, S07, S09, S10, S11, S12, S16 |
| Altro tipo di struttura | S01, S02, S03, S04, S05, S06, S07, S08, S12, S14, S16 |

AMBULATORIO E LABORATORIO: rientrano in questa categoria di strutture le attività specialistiche (cliniche, di laboratorio e di diagnostica strumentale) assicurate direttamente da personale dipendente, convenzionato interno (SUMAI) ed in convenzionamento esterno.
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE: rientrano in questa categoria i Centri dialisi ad assistenza limitata (D.P.R. 1 marzo 1994, par. 5.C.3), gli Stabilimenti idrotermali, i Centri di salute mentale (D.P.R. 7 aprile 1994), i Consultori familiari, i Centri distrettuali, le strutture territoriali NPIA, le strutture sanitarie dedicate alla somministrazione dei vaccini anti Covid-19 ed in generale le altre strutture che svolgono attività di tipo territoriale non classificabili nella categoria precedente.
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE : rientrano in questa categoria i Centri diurni psichiatrici (D.P.R. 7 aprile 1994) ed in generale tutte le strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale.
STRUTTURA RESIDENZIALE : rientrano in questa categoria le Residenze Sanitarie Assistenziali (Linee-guida n. 1/94 "Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze sanitarie Assistenziali"), le Case protette (indipendentemente dal tipo di utenza), le strutture extra-ospedaliere adibite all'assistenza di pazienti Covid-19 ed in generale tutte le strutture che svolgono attività di tipo residenziale.
Nella tabella seguente si riportano, a titolo esemplificativo, le modalità di definizione di alcune strutture sanitarie. Le tipologie di assistenza incluse in parentesi sono da considerarsi opzionali.

| Struttura sanitaria | Tipo struttura | Tipo assistenza |
|---|---|---|
| Ambulatorio specialistico | Ambulatorio e Laboratorio | S01, S02 |
| Laboratorio | Ambulatorio e Laboratorio | S03 |
| Rsa per anziani | Struttura residenziale | S09 |
| Rsa per disabili fisici | Struttura residenziale | S10 |
| Rsa per disabili psichici | Struttura residenziale | S11 |
| Rsa per pazienti psichiatrici | Struttura residenziale | S05 |
| Casa protetta (es Comunità per tossicodipendenti) | Struttura residenziale | S06 |
| Centro residenziale di cure palliative (Hospice) | Struttura residenziale | S12 |
| Day Hospice | Struttura semiresidenziale | S12 |
| Centri diurni (es. per anziani, psichiatrici) | Struttura semiresidenziale | S05, S06, S09, S10, S11 |
| Centro dialisi | Altro tipo di struttura territoriale | S01 |
| Centro Aids | Altro tipo di struttura territoriale | S07 |
| Centro Salute Mentale | Altro tipo di struttura territoriale | S05 |
| Consultorio familiare | Altro tipo di struttura territoriale | S04 (S01, S02, S03) |
| Stabilimento idrotermale | Altro tipo di struttura territoriale | S08 |
| Sert | Altro tipo di struttura territoriale | S06 (S07) |
| Assistenza pazienti Covid-19 | Struttura residenziale | S13 |
| Vaccinazioni anti Covid-19 | Altro tipo di struttura territoriale | S14 |
| Assistenza di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza | Ambulatorio e Laboratorio, altro tipo di struttura, struttura residenziale, struttura semiresidenziale | S16 |
| Prescrizione farmaci Nota 99 AIFA | Ambulatorio e Laboratorio | S15 |

**Quadro H**

TIPO DI ASSISTENZA EROGATA : indicare il tipo o i tipi di assistenza erogata dalla struttura. Con riferimento al tipo assistenza S12 – assistenza ai malati terminali, la struttura oggetto della rilevazione è quella avente i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dall'allegato 1 del DPCM del 20 gennaio 2000 - Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative. Ai sensi dell'Intesa 25 luglio 2012 - documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore - gli Hospice sono inseriti nei LEA distrettuali, anche quando sono logisticamente situati in strutture sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscano articolazioni organizzative. In questa ipotesi, nel quadro L deve essere specificato il codice della struttura di ricovero.

GIORNI SETTIMANALI DI APERTURA: indicare il numero dei giorni settimanali in cui la struttura è aperta per il tipo di assistenza erogata (ad es., se una struttura il lunedì e il venerdì svolge attività clinica per una branca specialistica e il lunedì e il giovedì svolge attività clinica per un'altra branca, indicare 3 giorni)

ORE SETTIMANALI DI APERTURA: indicare il numero dei ore settimanali in cui la struttura è aperta per il tipo di assistenza erogata (ad es., se una struttura il lunedì dalle 15 alle 17 svolge attività clinica per una branca specialistica e dalle 15 alle 18 svolge attività clinica per un'altra branca, per il lunedì calcolare 3 ore)

I modelli STS.14, STS.21 e STS.24 sono abilitati per la loro compilazione in relazione al tipo struttura e tipo assistenza, secondo la seguente tabella :

| | Tipo assistenza | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo struttura** | ***S01*** | ***S02*** | ***S03*** | ***S04*** | ***S05*** | ***S06*** | ***S07*** | ***S08*** | ***S09*** | ***S10*** | ***S11*** | ***S12*** | ***S13*** | ***S14*** | ***S15*** | ***S16*** |
| *Ambulatorio Laboratorio* | STS.14<br>STS.21 | STS.14<br>STS.21 | STS.14<br>STS.21 | | | | | | | | | | | | | |
| *Altro tipo di struttura* | STS.14<br>STS.21 | STS.14<br>STS.21 | STS.14<br>STS.21 | STS.14<br>STS.21<br>(*) | STS.21<br>(*) | STS.21<br>(*) | STS.21<br>(*) | STS.21<br>(*) | | | | STS.21<br>(*) | | | | |
| *Struttura semiresidenziale* | | | | | STS.24 | | | | STS.24 | STS.24 | STS.24 | STS.24 | | | | STS.24 |
| *Struttura residenziale* | | | | | STS.24 | | | | STS.24 | STS.24 | STS.24 | STS.24 | STS.14 | | | STS.24 |

(*) Per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (nel modello STS11 deve essere indicato almeno uno dei seguenti tipi di assistenza erogata: S01, S02, S03.)

**Quadro I**

STRUTTURA DIRETTAMENTE GESTITA: si intende quella a gestione diretta USL o quella interna ad azienda ospedaliera o struttura equiparata al pubblico.

STRUTTURA NON DIRETTAMENTE GESTITA: si intende ogni struttura accreditata o in regime di convenzione. Vengono comprese anche le strutture che sono della USL ma sono date in gestione a terzi.

**Quadro L - Punto 1**

Vanno incluse le strutture che utilizzano personale in servizio presso una struttura di ricovero. Tali strutture, anche se situate in locali distaccati, di pertinenza della struttura di ricovero, devono essere considerate interne.

CODICE STRUTTURA: è il codice riportato nel relativo modello HSP.11.

**Quadro M**

Per le sole strutture accreditate. Tra le società vanno comprese anche le cooperative.

**PRESENZA APPARECCHIATURE:** barrare la casella se nella struttura sono presenti apparecchiature tecniche biomediche, rilevate con il modello STS14. Per le strutture residenziali extra-ospedaliere adibite all'assistenza di pazienti Covid-19 devono essere rilevate, con il modello STS14, le apparecchiature più rilevanti per l'assistenza a pazienti con patologie associate a Covid-19: Ventilatori polmonari, Tomografo assiale computerizzato, Ecotomografo, Tomografo a risonanza magnetica

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

**STS.11**

Direzione Generale del Sistema Informativo.
Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema.

# DATI ANAGRAFICI DELLE STRUTTURE SANITARIE

**A** **DENOMINAZIONE STRUTTURA**

| **B** CODICE REGIONE | **C** CODICE U.S.L./AZ.OSP. | **D** CODICE STRUTTURA | **E** ANNO |
|---|---|---|---|
| \|__\|___\|___\| | \|___\|___\|___\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|___\|___\|___\|___\| |

**F**

PARTITA IVA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

INDIRIZZO: _____

COMUNE: |__|__|__|__|__|__| _____ _____
codice ISTAT denominazione del Comune Provincia

C.A.P. |_|_|_|_|_|
TELEFONO |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
FAX |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
E-MAIL _____ ___@ _____
SITO WEB _____

DATA DI APERTURA |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno mese anno
DATA DI CHIUSURA |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno mese anno

CODICI "OLD" |__|__|__||__|__|__|
|__|__|__||__|__|__|
|__|__|__||__|__|__|
|__|__|__||__|__|__|

**G** **TIPO DI STRUTTURA**

|__| Ambulatorio e laboratorio
|__| Altro tipo di struttura territoriale
|__| Struttura semiresidenziale
|__| Struttura residenziale

MESI DI FUNZIONAMENTO NELL'ANNO : |__|__|

**H** **TIPO DI ASSISTENZA EROGATA**

| | GIORNI SETTIMANALI DI APERTURA | ORE SETTIMANALI DI APERTURA |
|---|---|---|
| \|__\| S01 - Attività clinica | \|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\| S02 - Diagnostica strumentale e per immagini | \|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\| S03 - Attività di laboratorio | \|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\| S04 - Attività di consultorio familiare | \|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\| S05 - Assistenza psichiatrica | \|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\| S06 - Assistenza per tossicodipendenti/alcoldipendenti | | |
| \|__\| S07 - Assistenza AIDS | | |
| \|__\| S08 - Assistenza idrotermale | | |
| \|__\| S09 - Assistenza agli anziani | | |
| \|__\| S10 - Assistenza ai disabili fisici | | |
| \|__\| S11 - Assistenza ai disabili psichici | | |
| \|__\| S12 - Assistenza ai malati terminali | | |
| \|__\| S13 - Assistenza pazienti Covid-19 | | |
| \|__\| S14 – Vaccinazioni anti Covid-19 | | |
| \|__\| S15 – Prescrizione farmaci Nota 99 AIFA | | |
| \|__\| S16 – Assistenza di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza | | |

**I** **TIPO DI RAPPORTO CON IL S.S.N.**

|__| 1 - STRUTTURA DIRETTAMENTE GESTITA |__| 2 - STRUTTURA NON DIRETTAMENTE GESTITA

**L**

|__| 1 - INTERNA A STRUTTURA DI RICOVERO |__| 2 - EXTRAOSPEDALIERA

CODICE STRUTTURA DI RICOVERO |__|__|__| |__|__|__|

**M**

(barrare la casella corrispondente)
|__| 1 - SINGOLO MEDICO
|__| 2 - SOCIETA'
|__| 3 - SOCIETA' TITOLARE ANCHE DI CASE DI CURA
|__| 4 - ALTRO

|__| BARRARE LA CASELLA SE SONO PRESENTI APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE

Data ..... Il Funzionario responsabile .....

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

**STS.14**

# APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE DI DIAGNOSI E CURA PRESENTI NELLE STRUTTURE SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE

Con il modello si intende censire al 1 gennaio dell'anno di riferimento le apparecchiature tecnico biomediche presenti e funzionanti nelle strutture sanitarie extraospedaliere.

Temporanee interruzioni della attività di una apparecchiatura per interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria non devono essere segnalate.
Il modello deve essere inviato entro il 30 aprile dell'anno di riferimento.
Qualora, in corso d'anno, inizi l'attività di una nuova struttura deve essere trasmesso un modello STS.14, compilato in ogni sua parte, che riporta nel quadro E l'anno nel corso del quale è avvenuta l'apertura.
Tali modelli devono essere inviati entro un mese dall'avvenuta apertura della struttura

**Quadro A**
DENOMINAZIONE STRUTTURA : riportare la denominazione ufficiale della struttura. Nel caso di specialisti accreditati esterni, si riporti il cognome ed il nome del titolare.

**Quadri B e C**
Devono essere riportati i codici di cui al D.M. 17/9/1986 e successive modifiche.

**Quadro F**
Riportare il numero di apparecchiature in funzione presso la struttura al 1 gennaio dell'anno di riferimento.

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

**STS.14**

# APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE DI DIAGNOSI E CURA PRESENTI NELLE STRUTTURE SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE

| A | DENOMINAZIONE STRUTTURA | |
|---|---|---|

| B | CODICE REGIONE | C | CODICE U.S.L. | D | CODICE STRUTTURA | E | ANNO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | \|__\|__\| | | \|__\|__\| | | \|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\|__\| |

**F DATI RELATIVI ALLE APPARECCHIATURE**

| CLASSE | DESCRIZIONE | NUMERO APPARECCHIATURE FUNZIONANTI |
|---|---|---|
| C I P | CAMERA IPERBARICA | \|__\|__\| |
| E C T | ECOTOMOGRAFO | \|__\|__\| |
| T A C | TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO | \|__\|__\| |
| E M D | EMODIALISI, APPARECCHIO PER | \|__\|__\| |
| A M E | ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO | \|__\|__\| |
| M O N | MONITOR | \|__\|__\| |
| T R M | TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA | \|__\|__\| |
| T O P | TAVOLO OPERATORIO | \|__\|__\| |
| G R D | GRUPPO RADIOLOGICO | \|__\|__\| |
| V P O | VENTILATORE POLMONARE | \|__\|__\| |
| P R D | PORTATILE PER RADIOSCOPIA, APPARECCHIO | \|__\|__\| |
| A L I | ACCELERATORE LINEARE | \|__\|__\| |
| T T E | TAVOLO TELECOMANDATO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO | \|__\|__\| |
| A I C | ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCHIMICA | \|__\|__\| |
| G C C | GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA | \|__\|__\| |
| A N S | ANESTESIA, APPARECCHIO PER | \|__\|__\| |
| L S C | LAMPADA SCIALITICA | \|__\|__\| |
| G C D | CONTAGLOBULI AUTOMATICO DIFFERENZIALE | \|__\|__\| |
| M A G | MAMMOGRAFO | \|__\|__\| |
| A D G | ANGIOGRAFIA DIGITALE, SISTEMA PER | \|__\|__\| |
| P E T | TOMOGRAFO AD EMISSIONE DI POSITRONI | \|__\|__\| |
| O R G | ORTOPANTOMOGRAFO | \|__\|__\| |
| R X D | RADIOLOGIA DENTALE PANORAMICA, APPARECCHIO PER | \|__\|__\| |
| G T T | SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO | \|__\|__\| |
| S S P | SISTEMA CT/PET INTEGRATO | \|__\|__\| |

Data .....  Il Funzionario responsabile .....

# DESCRIZIONE DELLE APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE DI DIAGNOSI E CURA ELENCATE NEL MODELLO STS.14

**CIP** CAMERA IPERBARICA: ambiente in cui il paziente viene sottoposto a pressioni superiori a quella atmosferica a scopi terapeutici

**ECT** ECOTOMOGRAFO: visualizza con scansioni settoriali, lineari o convex, sezioni di strutture anatomiche mediante un fascio pulsato di ultrasuoni trasmessi e ricevuti da trasduttori

**TAC** TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO: consente l'effettuazione di esami radiologici tomografici a seguito di elaborazione digitale dei livelli di intensità di radiazione recepiti da detettori nel corso di una scansione circolare con emissione radiogena.

**EMD** EMODIALISI, APPARECCHIO PER: effettua la dialisi e la filtrazione del sangue in circuito extracorporeo, in carenza della funzione renale

**AME** ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO: determina automaticamente la concentrazione di più parametri chimico-clinici su più campioni in sequenza, con possibilità di scelta preprogrammata dei parametri stessi

**MON** MONITOR: permette la visualizzazione ed il controllo dei parametri fisiologici funzionali in tempo reale mediante elettrodi e trasduttori opportunamente collegati al paziente

**TRM** TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA: produce immagini tomografiche del corpo sfruttando il principio della risonanza magnetica applicato ai nuclei di idrogeno; richiede la presenza di un campo magnetico di elevata intensità e di un sistema di emissione e ricezione dei campi a radiofrequenza.

**TOP** TAVOLO OPERATORIO: sostiene il paziente durante l'intervento chirurgico e ne permette i diversi posizionamenti

**GRD** GRUPPO RADIOLOGICO : insieme di tutti i componenti per il comando e la generazione dell'energia elettrica da fornire al tubo radiogeno, solitamente costituito da un generatore di alta tensione dal tavolo di comando.

**VPO** VENTILATORE POLMONARE: consente di ventilare artificialmente il paziente in insufficienza respiratoria totale o parziale, sostituendosi ad esso nel lavoro meccanico di introdurre attraverso le vie aeree superiori opportuni volumi di gas.

**PRD** PORTATILE PER RADIOSCOPIA: consente l'effettuazione di esami radioscopici con intensificatore di immagini e catena televisiva in procedure chirurgiche, ortopediche, di terapia intensiva o di medicina d'urgenza

**ALI** ACCELERATORE LINEARE: genera e controlla emissione di elettroni e/o radiazioni x a scopi radioterapeutici, mediante accelerazione di elettroni contro un bersaglio metallico.

**TTE** TAVOLO TELECOMANDATO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO: tavolo per il paziente che consente l'effettuazione di un esame radiologico mediante telecomando dei movimenti del piano paziente, del complesso radiogeno e del seriografo.

**AIC** ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCHIMICA: determina automaticamente la concentrazione di analisi in liquidi biologici, sfruttando la formazione di un complesso antigene/anticorpo marcato con enzimi, gruppi fluorofori o chemi-luminescenti.

**GCC** GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA: dispositivo costituito da una gamma camera e da un insieme di componenti in grado di trasformare in forma numerica l'immagine da essa fornita e di elaborarla mediante computer.

**ANS** ANESTESIA, APPARECCHIO PER: permette di anestetizzare e ventilare il paziente con opportune miscele di gas.

**LSC** LAMPADA SCIALITICA: genera un fascio luminoso privo di ombre concentrandolo sul campo operatorio.

**GCD** CONTAGLOBULI AUTOMATICO DIFFERENZIALE: esegue automaticamente il conteggio delle cellule del sangue, determina la concentrazione dell'emoglobina e discrimina i leucociti nelle cinque popolazioni.

**M A G** MAMMOGRAFO: consente l'esecuzione di esami radiografici alla mammella

**A D G** ANGIOGRAFIA DIGITALE, SISTEMA PER: produce immagini anatomo-funzionali del sistema cardiovascolare mediante elaborazione numerica di immagini acquisite con intensificatore d'immagine e catena televisiva

**PET** TOMOGRAFO AD EMISSIONE DI POSITRONI: Consente di ricostruire per via numerica immagini anatomo-funzionali di sezioni del corpo mediante il rilevamento dell'annichilazione di positroni in esso iniettati con radiocomposti

**O R G** ORTOPANTOMOGRAFO: consente l'effettuazione di radiografie dentali panoramiche, radiografie delle articolazioni temporo/mandibolari e tomografie longitudinali o trasversali delle ossa maxillo facciali

**R X D** RADIOLOGIA DENTALE PANORAMICA, APPARECCHIO PER: effettua radiografie panoramiche dell'arcata dentale, della mandibola e delle articolazioni temporo/mandibolari

**G T T** SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO: Sistema che consente l'acquisizione contemporanea di immagini da Tac e Gamma camera

**SSP** SISTEMA CT/PET INTEGRATO **:** Sistema che consente l'acquisizione contemporanea di immagini Pet e Ct

# ASSISTENZA SPECIALISTICA TERRITORIALE
## ATTIVITA' CLINICA, DI LABORATORIO, DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE

Con il modello vengono rilevate le attività di tutte le strutture pubbliche o private accreditate, interne o esterne a struttura di ricovero, relativamente alla attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e di diagnostica strumentale, segnalata nel modello STS11. Il modello va compilato anche dalle strutture definite "altro tipo di struttura" che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale.
Il modello deve essere inviato entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.

Quadro A
DENOMINAZIONE STRUTTURA: riportare la denominazione ufficiale della struttura. Nel caso di specialisti accreditati esterni, si riporti il cognome ed il nome del titolare.

Quadri B e C
Devono essere riportati i codici di cui al D.M. 17/9/1986 e successive modifiche.
Nel caso di struttura sanitaria interna ad azienda ospedaliera, policlinico universitario o istituto a carattere scientifico, nel campo relativo al codice usl/azienda ospedaliera riportare il codice attribuito alla struttura di ricovero (da "901" a "998" - nota n. 100/SCPS/09.F/15461 del 15.10.94).

Quadro F
Il quadro deve essere riempito dalle strutture che svolgono attività specialistica ambulatoriale e di laboratorio.

NUMERO PRESTAZIONI PER ESTERNI : va riportato il numero di prestazioni in valore assoluto e il numero di prestazioni equivalenti. Le strutture private accreditate dovranno conteggiare le prestazioni erogate in regime di convenzione.

MODALITA' DI CALCOLO DEL NUMERO DI PRESTAZIONI EQUIVALENTI PER BRANCA SPECIALISTICA

Il numero delle prestazioni va calcolato nel seguente modo :
una prestazione che ha tariffa = euro 5,16 vale 1;
le prestazioni che hanno una tariffa superiore o inferiore a euro 5,16 vanno rapportate al valore unitario secondo la formula seguente :

$$\sum \frac{N_i * P_i}{5,16}$$

dove :
N = numero prestazioni
P = tariffa prestazione
i = codice prestazione all'interno di una branca specialistica

Per esempio se sono state fornite 120 prestazioni con tariffa = euro 23,24 il loro numero è dato da :
120 * 23,24 / 5,16 = 540,46.
Se sono state fornite 450 prestazioni con tariffa = euro 0,92 il loro numero è dato da :
450 * 0,92 / 5,16 = 80,23.
I valori vanno comunque arrotondati all'unità.

L'attribuzione di ogni prestazione ad una branca specialistica va effettuata secondo i criteri riportati nell'allegato 3 del Nomenclatore /tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (D.M. 22 luglio 1996, pubblicato in Gazzetta Uffiale n. 216 del 14 settembre 1996). Le regioni che hanno adottato un proprio tariffario regionale, possono utilizzarlo per il calcolo delle prestazioni equivalenti.
Le prestazioni di diagnostica strumentale, se nel tariffario sono comprese all'interno della branca specialistica, vanno conteggiate come prestazioni della branca stessa ( ad esempio l'ecografia ginecologica va contata come prestazione della branca "Ostetricia e ginecologia").
NUMERO PRESTAZIONI PER INTERNI : per le sole attività di laboratorio e di diagnostica per immagini, va riportato il numero di prestazioni per interni, in valore assoluto. Il campo va riempito per le strutture interne ad istituti di ricovero.

# ASSISTENZA SPECIALISTICA TERRITORIALE

## ATTIVITA' CLINICA, DI LABORATORIO, DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE

| A | DENOMINAZIONE STRUTTURA | |
|---|---|---|

| B CODICE REGIONE | C CODICE U.S.L./AZ.OSP. | D CODICE STRUTTURA | E ANNO |
|---|---|---|---|
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|__\|_\|_\|_\| |

**F ATTIVITA' SVOLTA**

| BRANCA SPECIALISTICA | PRESTAZIONI PER ESTERNI | | NUMERO PRESTAZIONI PER INTERNI |
|---|---|---|---|
| | NUMERO PRESTAZIONI | PRESTAZIONI EQUIVALENTI | |
| Anestesia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Cardiologia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Chirurgia generale | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Chirurgia plastica | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Chirurgia vascolare - Angiologia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Dermosifilopatia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Diagnostica per immagini - Medicina nucleare | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| Endocrinologia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Lab. analisi chimico cliniche e microbiologiche - Microbiologia - Virologia - Anatomia e istologia patologica - Genetica- Immunoematologia e s. trasf. | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Nefrologia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Neurochirurgia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Neurologia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Oculistica | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Oncologia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Ortopedia e traumatologia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Ostetricia e ginecologia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Otorinolaringoiatria | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Pneumologia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Psichiatria | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Radioterapia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Urologia | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |
| Altro | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | |

Data .....  Il Funzionario responsabile .....

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

**STS.24**

Direzione Generale del Sistema Informativo.
Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema.

# ASSISTENZA SANITARIA SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE

Con il modello vengono rilevate le attività delle strutture pubbliche o private accreditate, relativamente alle attività di assistenza semiresidenziale e residenziale.
Il modello deve essere inviato entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.

**Quadro A**
DENOMINAZIONE USL : riportare la denominazione ufficiale della USL.

**Quadri B e C**
Devono essere riportati i codici di cui al D.M. 17/9/1986 e successive modifiche.

**Quadro F**
L'attività svolta deve essere congruente con quanto indicato nel modello STS.11 al quadro G "Tipo di struttura" e al quadro H "Tipo di assistenza erogata".
NUMERO POSTI : indicare il numero di posti disponibili presso la struttura.
NUMERO UTENTI : numero di persone che durante l'anno hanno usufruito dell'assistenza semiresidenziale presso la struttura. Sono gli utenti all'inizio dell'anno più i nuovi utenti inseriti nell'anno (se un soggetto viene dimesso in corso d'anno e successivamente riammesso viene conteggiato una sola volta).
UTENTI RESIDENTI NELLA USL : è un di cui del NUMERO UTENTI.
NUMERO DI GIORNATE : numero di giornate di assistenza semiresidenziale usufruite presso la struttura dagli utenti durante l'anno (ad ogni utente corrisponderanno più giornate per ogni episodio/ciclo di cura presso la struttura).

**Quadro G**
L'attività svolta deve essere congruente con quanto indicato nel modello STS.11 al quadro G "Tipo di struttura" e al quadro H "Tipo di assistenza erogata".
NUMERO POSTI : indicare il numero di posti disponibili presso la struttura.
NUMERO UTENTI : numero di persone che durante l'anno hanno usufruito dell'assistenza residenziale presso la struttura (se un soggetto viene dimesso in corso d'anno e successivamente riammesso viene conteggiato una sola volta).
UTENTI IN LISTA DI ATTESA : numero di utenti che al 31.12 dell'anno indicato nel quadro E risultano in lista di attesa per l'accesso alla struttura.
AMMISSIONI NEL PERIODO : numero di ammissioni nell'anno (corrisponde al numero di episodi di "ricovero" e ad ogni soggetto possono corrispondere più ammissioni); non è un "di cui" del numero utenti.
DIMISSIONI: numero di dimissioni nell'anno.
Se durante l'anno un soggetto viene ammesso e dimesso più volte a seguito di episodi successivi di trattamento presso la struttura l'utente resta unico mentre vengono riportati i totali delle ammissioni e delle dimissioni effettuate per quel soggetto.
GIORNATE DI ASSISTENZA: numero complessivo delle giornate di assistenza erogate dalla struttura.

**NOTE GENERALI**
Le attività di **ASSISTENZA PSICHIATRICA** devono essere attribuite alle strutture che si occupano di pazienti con disturbi psicotici, nevrotici, della personalità.

Le attività di **ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI** devono essere attribuite a quelle strutture che ospitano disabili con menomazioni connotabili come neuropsichiche (ad esempio: insufficienza mentale grave, demenze, cerebrolesioni).

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

**STS.24**

Direzione Generale del Sistema Informativo.
Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema.

# ASSISTENZA SANITARIA SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE

| A | DENOMINAZIONE STRUTTURA | |
|---|---|---|

| B | CODICE REGIONE | C | CODICE U.S.L. | D | CODICE STRUTTURA | E | ANNO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | \|__\|__\|__\| | | \|__\|__\|__\| | | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\|__\|__\| |

## F ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE

| TIPO ASSISTENZA | NUMERO POSTI | NUMERO UTENTI | UTENTI RESIDENTI NELLA USL | NUMERO DI GIORNATE |
|---|---|---|---|---|
| 1 - Assistenza psichiatrica | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| |
| 2 - Assistenza agli anziani | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| |
| 3 - Assistenza ai disabili psichici | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| |
| 4 - Assistenza ai disabili fisici | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| |
| 5 - Assistenza ai malati terminali | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| |
| 6 - Assistenza di neuropsichiatria Infantile e dell'adolescenza | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| |

## G ATTIVITA' RESIDENZIALE

| TIPO ASSISTENZA | NUMERO POSTI | NUMERO UTENTI | UTENTI IN LISTA DI ATTESA | AMMISSIONI NEL PERIODO | GIORNATE DI ASSISTENZA | DIMISSIONI |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - Assistenza psichiatrica | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| 2 - Assistenza agli anziani | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| 3 - Assistenza ai disabili psichici | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| 4 - Assistenza ai disabili fisici | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| 5 - Assistenza ai malati terminali | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| 6 - Assistenza di neuropsichiatria Infantile e dell'adolescenza | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |

Data .....  Il Funzionario responsabile .....

# ISTITUTI O CENTRI DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 L. 833/78

Con il modello vengono rilevate i dati di struttura (Quadri A, B, C, E) e i dati di attività (altri quadri) degli istituti o centri di riabilitazione disciplinati dall'art. 26 della legge 833/78 relativamente all'anno di riferimento.
I soli dati anagrafici, di cui ai quadri A, B, C, E, devono inoltre essere rilevati al 1 gennaio dell'anno di riferimento e i modelli con tali informazioni devono essere inviati entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento.
I dati di attività (restanti quadri) relativamente all'anno 2013 devono essere rilevati ed inviati entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.
Qualora, in corso d'anno, si apra una nuova struttura deve essere trasmesso un modello RIA.11, compilato nei quadri A, B, C, E in ogni sua parte, che riporta nel quadro D l'anno nel corso del quale è avvenuta l'apertura.
Analogamente se, in corso d'anno, si chiude una struttura già esistente, deve essere trasmesso un modello RIA.11 che riporta nel quadro D l'anno nel corso del quale è avvenuta la chiusura, nel quadro E la data di avvenuta chiusura, lasciando invariate le altre informazioni: i restanti dati di attività devono essere compilati entro la data di invio generale (31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento).
Tali modelli devono essere inviati entro un mese dall'avvenuta apertura/chiusura della struttura.

**Quadro A**
DENOMINAZIONE : riportare la denominazione ufficiale dell'istituto.

**Quadro B**
CODICE STRUTTURA : è composto dal codice regione di cui al DM 17/9/1986 (primi tre caratteri) e da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale (ultimi tre caratteri).

**Quadro C**
Deve essere riportato il codice di cui al D.M. 17/9/1986 e successive modifiche.

**Quadro D**
Deve essere riportato l'anno al quale si riferiscono le informazioni richieste.

**Quadro E**
PARTITA IVA: indicare la partita IVA della struttura (se privata) o la partita IVA della ASL se struttura pubblica.
CODICI "OLD": indicare il/i codice/codici delle strutture ricodificate e/o accorpate
TIPO DI ASSISTENZA EROGATA: indicare il/i tipo/i di assistenza erogata dall'Istituto o Centro di riabilitazione ex art. 26 della legge 833/78

**Quadro F**
Devono riempire il quadro solo gli istituti o centri che erogano assistenza riabilitativa in regime residenziale e/o semiresidenziale.
POSTI : indicare il numero di posti disponibili distintamente per l'assistenza di tipo residenziale e semiresidenziale. Se nel corso dell'anno di riferimento si è avuto un ampliamento o una riduzione dei posti disponibili, indicare il numero medio dei posti rispetto ai mesi di funzionamento della struttura.
ORE DI FUNZIONAMENTO : per la sola attività di assistenza semiresidenziale, indicare le ore settimanali di funzionamento della struttura.
UTENTI IN LISTA DI ATTESA : indicare il numero di utenti che al 31/12 dell'anno di riferimento risultano in lista di attesa, distintamente per l'assistenza di tipo residenziale e semiresidenziale.

**Quadro G**
Indicare il numero totale di medici, di terapisti, di logopedisti e di altro personale in servizio presso la struttura. La voce "Terapisti" comprende i fisioterapisti, i terapisti della riabilitazione e i massofisioterapisti.
Le ore lavorate distintamente da medici, terapisti, logopedisti e altro personale, vanno suddivise per tipologia di assistenza. Per ore lavorate si intende il totale delle ore lavorate nell'anno.

**Quadro H**
NUMERO UTENTI : indicare per ogni patologia disabilitante il numero di utenti assistiti nell'anno di riferimento, distintamente per l'assistenza di tipo residenziale e semiresidenziale.
GIORNATE DI ASSISTENZA : indicare il numero totale di giornate di assistenza erogate, per ogni tipo di patologia disabilitante.
NUMERO ACCESSI : per l'attività ambulatoriale, indicare il numero di accessi alla struttura, dove sia stata erogata almeno una prestazione di assistenza riabilitativa.

**Quadro I**
Devono riempire il quadro solo gli istituti o centri che erogano assistenza riabilitativa in regime extramurale e/o domiciliare.
NUMERO UTENTI : indicare il numero di utenti che nell'anno di riferimento sono stati assistiti in regime extramurale e/o domiciliare, anche se questi nel corso dell'anno hanno ricevuto anche assistenza di tipo residenziale o semiresidenziale.

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo.
Direzione Generale della Programmazione sanitaria

**RIA.11**

# ISTITUTI O CENTRI DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 L. 833/78

| A | DENOMINAZIONE | |
|---|---|---|

| B | CODICE STRUTTURA | C | CODICE U.S.L. | D | ANNO |
|---|---|---|---|---|---|
| | \|_\|_\|_\| \|_\|_\|_\| | | \|_\|_\|_\| | | \|_\|_\|_\|_\| |

**E**

PARTITA IVA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

INDIRIZZO: _____

COMUNE: |_|_|_|_|_| _____ _____
codice ISTAT — denominazione del Comune — Provincia

C.A.P. |_|_|_|_|_|
TELEFONO |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|
FAX |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|
E-MAIL _____@_____
SITO WEB _____

DATA DI APERTURA |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (giorno mese anno)
DATA DI CHIUSURA |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (giorno mese anno)

CODICI "OLD" |_|_|_||_|_|_|
|_|_|_||_|_|_|
|_|_|_||_|_|_|
|_|_|_||_|_|_|

TIPO STRUTTURA : PUBBLICA |___| PRIVATA |___|

TIPO ASSISTENZA EROGATA : RESIDENZIALE |___| SEMIRESIDENZIALE |___| AMBULATORIALE |___| EXTRAMURALE E/O DOMICILIARE |___|

**F DATI DI STRUTTURA**

| | POSTI | ORE DI FUNZIONAMENTO | UTENTI IN LISTA DI ATTESA |
|---|---|---|---|
| ASSISTENZA RESIDENZIALE : | \|_\|_\|_\| | | \|_\|_\|_\| |
| ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE : | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| |

**G PERSONALE**

| | NUMERO MEDICI | NUMERO TERAPISTI | NUMERO LOGOPEDISTI | ALTRO PERSONALE |
|---|---|---|---|---|
| | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| |
| | ORE LAVORATE | ORE LAVORATE | ORE LAVORATE | ORE LAVORATE |
| ASSISTENZA RESIDENZIALE : | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE : | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| ASSISTENZA AMBULATORIALE : | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| ASSISTENZA EXTRAMURALE E/O DOMICILIARE : | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |

**H ATTIVITA' DI ASSISTENZA RIABILITATIVA**

| | RESIDENZIALE | | SEMIRESIDENZIALE | | AMBULATORIALE |
|---|---|---|---|---|---|
| | NUMERO UTENTI | GIORNATE DI ASSISTENZA | NUMERO UTENTI | GIORNATE DI ASSISTENZA | NUMERO ACCESSI |
| RIABILITAZIONE NEUROLOGICA | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| RIABILITAZIONE PNEUMOLOGICA | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| RIABILITAZIONE MOTORIA | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| RIABILITAZIONE PSICO-SENSORIALE | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| RIABILITAZIONE NEUROPSICH. INFANTILE | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| ALTRO | \|___\| | \|_____\| | \|___\| | \|_____\| | \|_____\| |

**I ATTIVITA' DI ASSISTENZA RIABILITATIVA EXTRAMURALE E DOMICILIARE**

NUMERO UTENTI : |_|_|_|

Data .....  Il Funzionario responsabile .....

# DATI ANAGRAFICI DELLE STRUTTURE DI RICOVERO

Con il modello vengono rilevati i dati delle strutture di ricovero pubbliche e private esistenti sul territorio nazionale al 1 gennaio dell'anno di riferimento.
Il modello deve essere inviato entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento.
Qualora, in corso d'anno, si apra una nuova struttura deve essere trasmesso un modello HSP.11, compilato in ogni sua parte, che riporta nel quadro D l'anno nel corso del quale è avvenuta l'apertura.
Analogamente se, in corso d'anno, si chiude una struttura già esistente, deve essere trasmesso un modello HSP.11 che riporta nel quadro D l'anno nel corso del quale è avvenuta la chiusura, nel quadro E la data di avvenuta chiusura, lasciando invariate le altre informazioni.
Tali modelli devono essere inviati entro un mese dall'avvenuta apertura/chiusura della struttura.

**Quadro A**
DENOMINAZIONE: indicare la denominazione ufficiale della struttura di ricovero.

**Quadro B**
CODICE STRUTTURA: è composto dal codice regione di cui al DM 17/9/1986 (primi tre caratteri) e da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale (ultimi tre caratteri).

**Quadro C**
CODICE USL / AZIENDA OSPEDALIERA: deve essere riportato il codice di cui al DM 17/9/1986 e successive modifiche; in caso di azienda ospedaliera, policlinico universitario o istituto a carattere scientifico, riportare il progressivo numerico attribuito in ambito regionale (da "901" a "998"), che è lo stesso riportato negli ultimi tre caratteri del quadro B.
N° MODELLI BIS ALLEGATI: indicare il numero dei modelli HSP.11/bis che vengono allegati al modello principale.

**Quadro E**
PARTITA IVA: indicare la partita IVA della ASL se ospedale a gestione diretta, presidio della USL, altrimenti indicare la partita IVA della struttura.
CODICI "OLD": indicare il/i codice/codici delle strutture accorpate o ricodificate

**Quadro F**
TIPO STRUTTURA: indicare se la struttura di cui trattasi è:
0 - ospedale a gestione diretta, costituito in azienda ai sensi dell'art. 4, comma 1 e 4 del D.lgs 502/92;
1 - ospedale a gestione diretta, presidio della USL;
2 – azienda ospedaliero-universitaria e policlinico universitario; specificare se trattasi di:
- aziende ospedaliere costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta,denominate **aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale** (Art. 2 comma 2 lettera a) del Decreto Legislativo n. 517 21/12/99);
- aziende ospedaliere costituite mediante trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza dell'universita', denominate **aziende ospedaliere integrate con l'universita'** (Art. 2 comma 2 lettera b) del Decreto Legislativo n. 517 21/12/99);
- policlinico universitario privato

3 - istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (art. 42 Legge 833/78);
4 - ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art. 1, ultimo comma L. 132/68 (art.41 L. 833/78);
5 - casa di cura privata;
8 - istituto sanitario privato qualificato presidio USL (art.43, comma 2 L.833/78 e DPCM 20/10/1988);
9 - ente di ricerca (art.40 Legge 833/78).
C - Nuova struttura ospedaliera per emergenza Covid-19

**Quadro G**
Barrare la casella se la struttura svolge esclusivamente attività di riabilitazione. La rilevazione interessa le strutture ospedaliere di riabilitazione che operano relativamente alla fase acuta e post-acuta di pronto intervento (terzo livello) e non i centri e gli istituti di riabilitazione disciplinati dall' art. 26 della legge 833/1978, i quali vengono rilevati con un apposito modello (RIA.11).
Barrare la casella se la struttura svolge esclusivamente attività chirurgica in Day Surgery.
Barrare la casella se l'attività dell'ospedale è prevalentemente pediatrica.

**Quadro H**
Con questo quadro si rileva la presenza di alcuni servizi di supporto all'assistenza ospedaliera di competenza della struttura.
Le informazioni a risposta numerica (da Sale operatorie in poi) devono essere la somma di quelle riportate negli eventuali HSP.11bis.
Sale operatorie : comprende le sale operatorie effettivamente riconosciute come tali e le sale di emodinamica ma non gli altri spazi effettivamente utilizzati anche per interventi di tipo chirurgico. Non comprende le sale parto.
Incubatrici : comprende anche le incubatrici utilizzate per il trasporto del neonato.
Culle : comprende le culle utilizzate per l'attività di nido e non quelle attribuite ai reparti di Neonatologia o Terapia intensiva neonatale per l'attività propria di tali reparti.
Per le ambulanze indicare solo quelle ad uso esclusivo (interno) dell'ospedale. Per le Aziende Ospedaliere indicare tutte le ambulanze di proprietà (o in convenzione) anche per servizi esterni ma non attribuite al servizio del 118. In particolare:
Ambulanze di tipo "A":
indicare il numero di ambulanze di soccorso, cioè quelle attrezzate per il trasporto di infermi e infortunati e per il servizio di pronto soccorso, dotate di specifiche attrezzature di assistenza (decreto del Ministero dei trasporti 17 dicembre 1987, n. 553).
Nelle ambulanze di tipo "A" non devono essere incluse le AMBULANZE PEDIATRICHE , le UNITA' MOBILI DI RIANIMAZIONE, le AMBULANZE PER IL TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO

Ambulanze di tipo "B":
indicare il numero delle ambulanze di trasporto, cioè attrezzate per il trasporto di infermi o infortunati con eventuale dotazione di semplici attrezzature di assistenza (decreto del Ministero dei trasporti 17 dicembre 1987, n. 553).
Ambulanze per il trasporto di emergenza del neonato:
indicare il numero delle ambulanze di trasporto dedicate ed appositamente attrezzate in dotazione per il Servizio di Trasporto ed Emergenza Neonatale - S.T.E.N. (decreto del Ministro della Sanità 24 aprile 2000: "Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000").

**PRESENZA APPARECCHIATURE:** barrare la casella se nella struttura sono presenti apparecchiature tecniche biomediche, rilevate con il modello HSP14.

**HSP11/bis**
Nel caso di struttura unica, compilare solo il modello HSP.11.
Nel caso, invece, di azienda ospedaliera, istituto a carattere scientifico o complesso ospedaliero che riunisce più strutture, compilare oltre ad un modello HSP.11 riepilogativo, anche tanti modelli HSP.11 bis quante sono le strutture componenti.

Le informazioni richieste nel modello "bis" sono dello stesso tipo di quelle del modello HSP11 principale; per la compilazione seguire le stesse indicazioni con particolare attenzione al quadro C "SUB-CODICE" in cui va riportato il numero progressivo degli istituti facenti parte della struttura di ricovero.

Per gli stabilimenti dedicati a pazienti Covid-19 riportare nella denominazione "Nuova struttura per emergenza Covid-19".

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

**HSP.11**

# DATI ANAGRAFICI DELLE STRUTTURE DI RICOVERO

**A DENOMINAZIONE**

| **B CODICE STRUTTURA** | **C CODICE U.S.L./AZ.OSP.** | **D ANNO** | **N° modelli bis allegati** |
|---|---|---|---|
| \|_\|_\| \|_\|_\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|_\|_\|_\| | \|__\|__\| |

**E**

PARTITA IVA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
INDIRIZZO: _____

COMUNE: |_|_|_|_|_|_| _____ _____
codice ISTAT denominazione del Comune Provincia

C.A.P. |_|_|_|_|_|
TELEFONO |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|
FAX |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|
E-MAIL _____@_____
SITO WEB _____
CODICI "OLD" |_|_|_||_|_|_|
|_|_|_||_|_|_|
|_|_|_||_|_|_|
|_|_|_||_|_|_|

DATA DI APERTURA |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
giorno mese anno

DATA DI CHIUSURA |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
giorno mese anno

**F** TIPO STRUTTURA

(barrare la casella corrispondente)

|_| 0.- AZIENDA OSPEDALIERA

|_| 1.- OSPEDALE A GESTIONE DIRETTA PRESIDIO DELLA U.S.L

|_| *2.- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA E POLICLINICO*
|_| A.O. integrata con il SSN
|_| A.O. integrata con l'Università
|_| Policlinico universitario privato

|_| 3.- ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
|_| PUBBLICO
|_| PRIVATO
| | FONDAZIONE

|_| 4.- OSPEDALE CLASSIFICATO O ASSIMILATO AI SENSI DELL'ART. 1, ULTIMO COMMA, DELLA LEGGE 132/1968

|_| 5.- CASA DI CURA PRIVATA
|_| ACCREDITATA
|_| NON ACCREDITATA

|_| 8.- ISTITUTO QUALIFICATO PRESIDIO DELLA U.S.L.

|_| 9.- ENTE DI RICERCA

|_| C - Nuova struttura ospedaliera per emergenza Covid-19

**G**

BARRARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA SVOLGE ESCLUSIVAMENTE ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE : |_|
BARRARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA SVOLGE ESCLUSIVAMENTE ATTIVITÀ CHIRURGICA IN DAY SURGERY: |_|
BARRARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA SVOLGE PREVALENTEMENTE ATTIVITÀ PEDIATRICA (Ospedale pediatrico): | |

**H CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE**

(barrare la casella se il servizio è attivo )

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA : PRIMO LIVELLO |_| SECONDO LIVELLO |_|

|_| PRONTO SOCCORSO
|_| PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO
|_| CENTRO O SERVIZIO TRASFUSIONALE
|_| SERVIZIO DI RIANIMAZIONE
|_| SERVIZIO DI RADIOTERAPIA
|_| SERVIZIO DI DIALISI
|_| SERVIZIO DI ONCOLOGIA MEDICA
|_| SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Indicare il numero di:
SALE OPERATORIE |_|_|_| NUMERO POSTI IN CAMERE IPERBARICHE |_|_|_| INCUBATRICI |_|_|_| CULLE |_|_|_|

Per il servizio di PRONTO SOCCORSO indicare il numero per le seguenti voci:

AMBULANZE DI TIPO "A" |_|_|_|_|
di cui con medico |_|_|_|_|
UNITA' MOBILI DI RIANIMAZIONE |_|_|_|_|
AMBULANZE PEDIATRICHE |_|_|_|_|
AMBULANZE DI TIPO "B" |_|_|_|_|
AMBULANZE TRASPORTO EMERGENZA NEONATO |_|_|_|_|

|_| BARRARE LA CASELLA SE SONO PRESENTI APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE

Data ..... Il Funzionario responsabile .....

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

**HSP11.bis**

# DATI ANAGRAFICI DEGLI ISTITUTI FACENTI PARTE DELLA STRUTTURA DI RICOVERO

| A | DENOMINAZIONE | |
|---|---|---|

| B | CODICE STRUTTURA | C | SUB-CODICE | D | CODICE U.S.L./AZ.OSP | E | ANNO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | \|_\|_ \|_ \| \|_\|_ \|_ \| | | \|_\|_\| | | \|_\|_\|_\| | | \|_\|_ \|_ \|_ \| |

**F**

PARTITA IVA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
INDIRIZZO: _____

COMUNE: |_|_|_|_|_| _____ _____
codice ISTAT — denominazione del Comune — Provincia

C.A.P. |_|_|_|_|_|
TELEFONO |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|
FAX |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|
E-MAIL _____@_____
SITO WEB _____
CODICI "OLD" |_|_|_||_|_|_|
|_|_|_||_|_|_|
|_|_|_||_|_|_|
|_|_|_||_|_|_|

DATA DI APERTURA |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| (giorno mese anno)
DATA DI CHIUSURA |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| (giorno mese anno)

**G**

BARRARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA SVOLGE ESCLUSIVAMENTE ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE : |_|
BARRARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA SVOLGE ESCLUSIVAMENTE ATTIVITÀ CHIRURGICA IN DAY SURGERY: |_|
BARRARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA SVOLGE PREVALENTEMENTE ATTIVITÀ PEDIATRICA (Ospedale pediatrico): |_|

| H | CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE |
|---|---|

(barrare la casella se il servizio è attivo )

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA : PRIMO LIVELLO |_| SECONDO LIVELLO |_|

|_| PRONTO SOCCORSO
|_| PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO
|_| CENTRO O SERVIZIO TRASFUSIONALE
|_| SERVIZIO DI RIANIMAZIONE
|_| SERVIZIO DI RADIOTERAPIA
|_| SERVIZIO DI DIALISI
|_| SERVIZIO DI ONCOLOGIA MEDICA
|_| SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Indicare il numero di:
SALE OPERATORIE |_|_|_|
NUMERO POSTI IN CAMERE IPERBARICHE |_|_|_|
INCUBATRICI |_|_|_|
CULLE |_|_|_|

Per il servizio di PRONTO SOCCORSO indicare il numero per le seguenti voci:

AMBULANZE DI TIPO "A" |_|_|_|_|
di cui con medico |_|_|_|_|
UNITA' MOBILI DI RIANIMAZIONE |_|_|_|_|
AMBULANZE PEDIATRICHE |_|_|_|_|
AMBULANZE DI TIPO "B" |_|_|_|_|
AMBULANZE TRASPORTO EMERGENZA NEONATO |_|_|_|_|

Data .....

Il Funzionario responsabile .....

**CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE**

| Codice | Descrizione |
|---|---|
| 01 | Allergologia |
| 03 | Anatomia ed istologia patologica |
| 05 | Angiologia |
| 51 | Astanteria |
| 06 | Cardiochirurgia pediatrica |
| 07 | Cardiochirurgia |
| 08 | Cardiologia (a) |
| 09 | Chirurgia generale |
| 10 | Chirurgia maxillo facciale |
| 11 | Chirurgia pediatrica |
| 12 | Chirurgia plastica |
| 13 | Chirurgia toracica |
| 14 | Chirurgia vascolare |
| 02 | Day hospital (b) |
| 98 | Day surgery (b) |
| 99 | Cure pallative (m) |
| 52 | Dermatologia |
| 97 | Detenuti |
| 18 | Ematologia |
| 54 | Emodialisi |
| 55 | Farmacologia clinica |
| 57 | Fisiopatologia della riproduzione umana |
| 58 | Gastroenterologia |
| 21 | Geriatria |
| 46 | Grandi ustioni pediatriche |
| 47 | Grandi ustioni |
| 20 | Immunologia (c) |
| 60 | Lungodegenti |
| 19 | Malattie endocrine,del ricambio e della nutrizione |
| 24 | Malattie infettive e tropicali |
| 25 | Medicina del lavoro |
| 26 | Medicina generale |
| 27 | Medicina legale |
| 61 | Medicina nucleare |
| 15 | Medicina sportiva |
| 41 | Medicina termale |

| Codice | Descrizione |
|---|---|
| 77 | Nefrologia pediatrica |
| 29 | Nefrologia |
| 48 | Nefrologia (abilitazione trapianto rene) |
| 62 | Neonatologia |
| 76 | Neurochirurgia pediatrica |
| 30 | Neurochirurgia |
| 32 | Neurologia (d) |
| 33 | Neuropsichiatria infantile |
| 75 | Neuro-riabilitazione |
| 31 | Nido |
| 34 | Oculistica |
| 35 | Odontoiatria e stomatologia |
| 64 | Oncologia |
| 65 | Oncoematologia pediatrica |
| 66 | Oncoematologia |
| 36 | Ortopedia e traumatologia |
| 37 | Ostetricia e ginecologia |
| 38 | Otorinolaringoiatria |
| 39 | Pediatria (e) |
| 67 | Pensionanti |
| 68 | Pneumologia |
| 40 | Psichiatria (f) |
| 69 | Radiologia |
| 70 | Radioterapia |
| 74 | Radioterapia oncologica |
| 56 | Recupero e riabilitazione funzionale (g) |
| 71 | Reumatologia |
| 96 | Terapia del dolore (n) |
| 49 | Terapia intensiva (i) |
| 73 | Terapia intensiva neonatale |
| 94 | Terapia semi-intensiva |
| 42 | Tossicologia |
| 50 | Unità coronarica (l) |
| 28 | Unità spinale |
| 43 | Urologia |
| 78 | Urologia pediatrica |

a) utilizzare il codice 08 per il reparto o specialità di cardiologia, esclusi eventuali letti di unità coronarica; per quest'ultima, anche se inclusa nel reparto di cardiologia, utilizzare il codice 50.
b) da utilizzare per i reparti esclusivamente dedicati ad attività di day hospital/day surgery multispecialistico.
c) per immunoematologia utilizzare il codice 18.
d) per psichiatria utilizzare il codice 40, per neuropsichiatria infantile il codice 33.
e) per neonatologia utilizzare il codice 62.
f) per neuropsichiatria infantile utilizzare il codice 33.
g) per recupero e riabilitazione funzionale intensiva (>3h/die) utilizzare il codice 56; per unità spinale utilizzare il codice 28; per la neuro-riabilitazione usare il codice 75;
i) per l'unità intensiva cardiologica utilizzare il codice 50.
l) codice da utilizzare anche se i letti sono inclusi in un reparto di cardiologia.
m) codice da utilizzare per i ricoveri in regime diurno per cure palliative, in conformità con le indicazioni presenti nel "documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" approvato dall'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012.
n) codice da utilizzare per i ricoveri per terapia del dolore, in conformità con le indicazioni presenti nel "documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" approvato dall'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012.

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

**HSP.12**

# POSTI LETTO PER DISCIPLINA DELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE ED EQUIPARATE

Con il modello vengono rilevati al 1 gennaio dell'anno di riferimento i posti letto delle strutture di ricovero indicate nel quadro F del modello HSP.11, escluse quelle di tipo 5.
I l modello deve essere inviato entro il 30 aprile dell'anno di riferimento.
Qualora, in corso d'anno, inizi l'attività di una nuova struttura deve essere trasmesso un modello HSP.12, compilato in ogni sua parte, che riporta nel quadro D l'anno nel corso del quale è avvenuta l'apertura.
Analogamente se, in corso d'anno, si apre un nuovo reparto deve essere trasmesso un modello HSP.12 che riporta nel quadro D l'anno nel corso del quale è avvenuta l'apertura del reparto e nel quadro E le informazioni relative al nuovo reparto.
In ultimo se, in corso d'anno, si chiude un reparto già esistente, deve essere trasmesso un modello HSP.12 che riporta nel quadro D l'anno nel corso del quale è avvenuta la chiusura del reparto, nel quadro E la data di avvenuta chiusura del reparto, lasciando invariate le altre informazioni. Tale data deve essere indicata anche in caso di nuova codifica del reparto.
Tali modelli devono essere inviati entro un mese dall'avvenuta apertura/chiusura della struttura e/o del reparto

**Quadro A**
DENOMINAZIONE : riportare la denominazione ufficiale della struttura.

**Quadro B**
Deve essere riportato il codice indicato al quadro B del modello HSP.11.

**Quadro C**
Deve essere riportato il codice di cui al D.M. 17/9/1986 e successive modifiche (quadro C del modello HSP.11); nel caso di azienda ospedaliera, policlinico universitario o istituto a carattere scientifico, riportare il codice attribuito in ambito regionale (da "901" a "998").

**Quadro E**
CODICE DISCIPLINA: vedere tabella seguente.
PROGRESSIVO DI DIVISIONE: indicare il progressivo con cui viene distinto il reparto nell'ambito della stessa disciplina.
SUB-CODICE: in caso di aziende ospedaliere, istituti a carattere scientifico o altri complessi ospedalieri che riuniscono più istituti, si richiede il sub-codice che viene indicato nel modello HSP.11-bis per identificare l'istituto nel quale è ubicato il reparto.
TIPO DIVISIONE: indicare il valore "2" per la divisione universitaria oppure il valore "9" per la divisione dislocata presso casa di cura privata; utilizzare la modalità "C" per indicare che il reparto è dedicato all'assistenza di pazienti Covid-19. In tutti gli altri casi lasciare in bianco la casella.
ASSISTENZA FAMILIARE: barrare la casella nel caso di reparti che ricoverino esclusivamente soggetti in età pediatrica e consentano ad un genitore di assistere il bambino nell'intero arco delle 24 ore.
*POSTI LETTO PER DAY HOSPITAL*: indicare il numero dei posti letto esistenti ed utilizzabili nel reparto (occupati o meno da degenti) per l'attività day hospital, relativi a ricoveri o cicli di ricovero programmati, ciascuno di durata inferiore a una giornata, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche.
*POSTI LETTO PER DAY SURGERY*: indicare il numero dei posti letto esistenti ed utilizzabili nel reparto (occupati o meno da degenti) per l'attività di day surgery, relativi a ricoveri o cicli di ricovero programmati, ciascuno di durata inferiore a una giornata, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche (Accordo Conferenza Stato Regioni del 1° Agosto 2002).
Per l'unità dedicata al day surgery utilizzare il codice disciplina indicato nella tabella dei codici.
POSTI LETTO PER DEGENZE ORDINARIE: indicare il numero dei posti letto esistenti ed utilizzabili nel reparto (occupati o meno da degenti) in regime di ricovero ordinario, esclusi i posti letto a pagamento e quelli utilizzati per day hospital.
POSTI LETTO PER DEGENZE ORDINARIE A PAGAMENTO: indicare, limitatamente al regime di ricovero, il numero dei posti letto esistenti ed utilizzabili nel reparto (occupati o meno da degenti) per ricoveri non a carico del SSN.

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

**HSP.12**

# POSTI LETTO PER DISCIPLINA DELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE ED EQUIPARATE

| A | DENOMINAZIONE | |
|---|---|---|

| B | CODICE STRUTTURA | C | CODICE U.S.L./AZ.OSP. | D | ANNO |
|---|---|---|---|---|---|
| | \|_ _ \| \|_ _ \| | | \|_ _ _ _\| | | \|_ _ \|_ _ \|_ _ \| |

**E**

**CODICE DEL REPARTO**

| CODICE DISCIPLINA | PROGRESSIVO DIVISIONE | SUB-CODICE | TIPO DIVISIONE | ASSISTENZA FAMILIARE | POSTI LETTO *DAY HOSPITAL* | POSTI LETTO *DAY SURGERY* | POSTI LETTO DEGENZE ORDINARIE | POSTI LETTO DEGENZE ORDINARIE A PAGAMENTO | DATA DI APERTURA MESE | DATA DI APERTURA ANNO | DATA DI CHIUSURA MESE | DATA DI CHIUSURA ANNO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |
| \|_ _\| | \|_ _\| | \|_ _\| | \|_\| | \|_\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| | \|_ _\| | \|_ _ _\| |

Data .....

Il Direttore Sanitario .....

# POSTI LETTO PER DISCIPLINA DELLE CASE DI CURA PRIVATE

Con il modello vengono rilevati al 1 gennaio dell'anno di riferimento i posti letto delle case di cura (tipo istituto 5 del quadro F, modello HSP.11).

Il modello deve essere inviato entro il 30 aprile dell'anno di riferimento.
Qualora, in corso d'anno, subentrino variazioni, procedere nei seguenti modi:

- se ha inizio l'attività di un nuovo istituto deve essere trasmesso un modello HSP.13, compilato in ogni sua parte, che riporta nel quadro D l'anno nel corso del quale è avvenuta l'apertura;
- se, per l'attività accreditata, si estende l'accreditamento ad altre discipline deve essere trasmesso un modello HSP.13 che riporta nel quadro D l'anno nel corso del quale è avvenuta la variazione e nel quadro E le informazioni relative alle nuove discipline e alle discipline già presenti;
- se, per l'attività accreditata, cessa l'accreditamento su una o più discipline, deve essere trasmesso un modello HSP.13 che riporta nel quadro D l'anno nel corso del quale è avvenuta la cessazione, nel quadro E la data di avvenuta cessazione delle discipline, lasciando invariate le altre informazioni.
- analogamente se, per l'attività non accreditata, inizia l'attività su una o più discipline deve essere trasmesso un modello HSP.13 che riporta nel quadro D l'anno nel corso del quale è avvenuta la variazione e nel quadro F le informazioni relative alle nuove discipline e alle discipline già presenti.
- se, per l'attività non accreditata, si chiude l'attività su una o più discipline, deve essere trasmesso un modello HSP.13 che riporta nel quadro D l'anno nel corso del quale è avvenuta la cessazione, nel quadro F la data di fine attività delle discipline suddette, lasciando invariate le altre informazioni.

Tali modelli devono essere inviati entro un mese dall'avvenuta variazione della struttura

**Quadro A**
DENOMINAZIONE: riportare la denominazione ufficiale della struttura.

**Quadro B**
Deve essere riportato il codice indicato al quadro B del modello HSP.11.

**Quadro C**
Deve essere riportato il codice di cui al D.M. 17/9/1986 e successive modifiche.

**Quadro E e F**
CODICE DISCIPLINA: vedere tabella precedente.

**FASCIA DI APPARTENENZA**: indicare per gli istituti tipo 5 i valori "A", "B", "C" previsti dalla relativa convenzione.
Per indicare che il reparto è dedicato all'assistenza di pazienti Covid-19 utilizzare la nuova modalità "E".

**POSTI LETTO PER DEGENZA ORDINARIA**: indicare il numero dei posti letto esistenti ed utilizzabili nel reparto (occupati o meno da degenti) in regime di ricovero ordinario.

***POSTI LETTO PER DAY HOSPITAL***: indicare il numero dei posti letto esistenti ed utilizzabili nel reparto (occupati o meno da degenti) per l'attività day hospital, relativi a ricoveri o cicli di ricovero programmati, ciascuno di durata inferiore a una giornata, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche.

***POSTI LETTO PER DAY SURGERY***: indicare il numero dei posti letto esistenti ed utilizzabili nel reparto (occupati o meno da degenti) per l'attività di day surgery, relativi a ricoveri o cicli di ricovero programmati, ciascuno di durata inferiore a una giornata, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche (Accordo Conferenza Stato Regioni del 1° Agosto 2002).
Per l'unità dedicata al day surgery utilizzare il codice disciplina indicato nella tabella dei codici.

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

**HSP.13**

# POSTI LETTO PER DISCIPLINA DELLE CASE DI CURA PRIVATE

| A | DENOMINAZIONE | |
|---|---|---|

| B | CODICE STRUTTURA | C | CODICE U.S.L. | D | ANNO |
|---|---|---|---|---|---|
| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | | \|_\|_\|_\|_\| | | \|_\|_\|_\|_\| |

**E DATI RELATIVI AI POSTI LETTO PER L'ATTIVITA' ACCREDITATA**

| CODICE DISCIPLINA | FASCIA. DI APPARTENENZA | POSTI LETTO PER DEGENZA ORDINARIA | POSTI LETTO PER DAY HOSPITAL | POSTI LETTO PER DAY SURGERY | DATA INIZIO ACCREDITAMENTO MESE | DATA INIZIO ACCREDITAMENTO ANNO | DATA FINE ACCREDITAMENTO MESE | DATA FINE ACCREDITAMENTO ANNO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| \|_\|_\| | \|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |

**F DATI RELATIVI AI POSTI LETTO PER L'ATTIVITA' NON ACCREDITATA**

| CODICE DISCIPLINA | POSTI LETTO PER DEGENZA ORDINARIA | POSTI LETTO PER DAY HOSPITAL | POSTI LETTO PER DAY SURGERY | DATA INIZIO ATTIVITA' MESE | DATA INIZIO ATTIVITA' ANNO | DATA FINE ATTIVITA' MESE | DATA FINE ATTIVITA' ANNO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\| |

Data .....  Il Direttore Sanitario .....

# APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE DI DIAGNOSI E CURA PRESENTI NELLE STRUTTURE DI RICOVERO

Con il modello si intende censire al 1 gennaio dell'anno di riferimento le apparecchiature tecnico biomediche presenti e funzionanti nelle strutture di ricovero.

Temporanee interruzioni della attività di una apparecchiatura per interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria non devono essere segnalate.

Il modello deve essere inviato entro il 30 aprile dell'anno di riferimento.
Qualora, in corso d'anno, inizi l'attività di una nuova struttura deve essere trasmesso un modello HSP.14, compilato in ogni sua parte, che riporta nel quadro D l'anno nel corso del quale è avvenuta l'apertura.
Tali modelli devono essere inviati entro un mese dall'avvenuta apertura della struttura

**Quadro A**
DENOMINAZIONE STRUTTURA: riportare la denominazione ufficiale della struttura.

**Quadro B**
CODICE STRUTTURA: riportare il codice indicato al quadro B del modello HSP.11.

**Quadro C**
CODICE USL/AZIENDA OSPEDALIERA: deve essere riportato il codice di cui al DM 17.9.1986 e successive modifiche (quadro C del modello HSP.11); nel caso di azienda ospedaliera, policlinico universitario o istituto a carattere scientifico, riportare il progressivo numerico attribuito in ambito regionale (da "901" a "998").

**Quadro E**
Devono essere considerate anche le apparecchiature utilizzate esclusivamente per pazienti non ricoverati.

# DESCRIZIONE DELLE APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE DI DIAGNOSI E CURA ELENCATE NEL MODELLO HSP.14

**CIP** CAMERA IPERBARICA: ambiente in cui il paziente viene sottoposto a pressioni superiori a quella atmosferica a scopi terapeutici

**ECT** ECOTOMOGRAFO: visualizza con scansioni settoriali, lineari o convex, sezioni di strutture anatomiche mediante un fascio pulsato di ultrasuoni trasmessi e ricevuti da trasduttori

**TAC** TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO: consente l'effettuazione di esami radiologici tomografici a seguito di elaborazione digitale dei livelli di intensità di radiazione recepiti da detettori nel corso di una scansione circolare con emissione radiogena.

**EMD** EMODIALISI, APPARECCHIO PER: effettua la dialisi e la filtrazione del sangue in circuito extracorporeo, in carenza della funzione renale

**AME** ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO: determina automaticamente la concentrazione di più parametri chimico-clinici su più campioni in sequenza, con possibilità di scelta preprogrammata dei parametri stessi

**MON** MONITOR: permette la visualizzazione ed il controllo dei parametri fisiologici funzionali in tempo reale mediante elettrodi e trasduttori opportunamente collegati al paziente

**TRM** TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA: produce immagini tomografiche del corpo sfruttando il principio della risonanza magnetica applicato ai nuclei di idrogeno; richiede la presenza di un campo magnetico di elevata intensità e di un sistema di emissione e ricezione dei campi a radiofrequenza.

**TOP** TAVOLO OPERATORIO: sostiene il paziente durante l'intervento chirurgico e ne permette i diversi posizionamenti

**GRD** GRUPPO RADIOLOGICO : insieme di tutti i componenti per il comando e la generazione dell'energia elettrica da fornire al tubo radiogeno, solitamente costituito da un generatore di alta tensione dal tavolo di comando.

**VPO** VENTILATORE POLMONARE: consente di ventilare artificialmente il paziente in insufficienza respiratoria totale o parziale, sostituendosi ad esso nel lavoro meccanico di introdurre attraverso le vie aeree superiori opportuni volumi di gas.

**PRD** PORTATILE PER RADIOSCOPIA: consente l'effettuazione di esami radioscopici con intensificatore di immagini e catena televisiva in procedure chirurgiche, ortopediche, di terapia intensiva o di medicina d'urgenza

**ALI** ACCELERATORE LINEARE: genera e controlla emissione di elettroni e/o radiazioni x a scopi radioterapeutici, mediante accelerazione di elettroni contro un bersaglio metallico.

**TTE** TAVOLO TELECOMANDATO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO: tavolo per il paziente che consente l'effettuazione di un esame radiologico mediante telecomando dei movimenti del piano paziente, del complesso radiogeno e del seriografo.

**AIC** ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCHIMICA: determina automaticamente la concentrazione di analisi in liquidi biologici, sfruttando la formazione di un complesso antigene/anticorpo marcato con enzimi, gruppi fluorofori o chemi-luminescenti.

**GCC** GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA: dispositivo costituito da una gamma camera e da un insieme di componenti in grado di trasformare in forma numerica l'immagine da essa fornita e di elaborarla mediante computer.

**ANS** ANESTESIA, APPARECCHIO PER: permette di anestetizzare e ventilare il paziente con opportune miscele di gas.

**LSC** LAMPADA SCIALITICA: genera un fascio luminoso privo di ombre concentrandolo sul campo operatorio.

**GCD** CONTAGLOBULI AUTOMATICO DIFFERENZIALE: esegue automaticamente il conteggio delle cellule del sangue, determina la concentrazione dell'emoglobina e discrimina i leucociti nelle cinque popolazioni.

**M A G** MAMMOGRAFO: consente l'esecuzione di esami radiografici alla mammella

**A D G** ANGIOGRAFIA DIGITALE, SISTEMA PER: produce immagini anatomo-funzionali del sistema cardiovascolare mediante elaborazione numerica di immagini acquisite con intensificatore d'immagine e catena televisiva

**PET** TOMOGRAFO AD EMISSIONE DI POSITRONI: Consente di ricostruire per via numerica immagini anatomo-funzionali di sezioni del corpo mediante il rilevamento dell'annichilazione di positroni in esso iniettati con radiocomposti

**O R G** ORTOPANTOMOGRAFO: consente l'effettuazione di radiografie dentali panoramiche, radiografie delle articolazioni temporo/mandibolari e tomografie longitudinali o trasversali delle ossa maxillo facciali

**R X D** RADIOLOGIA DENTALE PANORAMICA, APPARECCHIO PER: effettua radiografie panoramiche dell'arcata dentale, della mandibola e delle articolazioni temporo/mandibolari

**G T T** SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO: Sistema che consente l'acquisizione contemporanea di immagini da Tac e Gamma camera

**SSP** SISTEMA CT/PET INTEGRATO **:** Sistema che consente l'acquisizione contemporanea di immagini Pet e Ct

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo.
Direzione Generale della Programmazione sanitaria

**HSP.14**

# APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE DI DIAGNOSI E CURA PRESENTI NELLE STRUTTURE DI RICOVERO

| A | DENOMINAZIONE STRUTTURA | |
|---|---|---|

| B | CODICE STRUTTURA | C | CODICE U.S.L./AZ.OSP. | D | ANNO |
|---|---|---|---|---|---|
| | \|__\|__\| \|__\|__\| | | \|__\|__\| | | \|__\|__\| |

**E DATI RELATIVI ALLE APPARECCHIATURE**

| CLASSE | DESCRIZIONE | NUMERO APPARECCHIATURE FUNZIONANTI |
|---|---|---|
| C I P | CAMERA IPERBARICA | \|__\|__\| |
| E C T | ECOTOMOGRAFO | \|__\|__\| |
| T A C | TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO | \|__\|__\| |
| E M D | EMODIALISI, APPARECCHIO PER | \|__\|__\| |
| A M E | ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO | \|__\|__\| |
| M O N | MONITOR | \|__\|__\| |
| T R M | TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA | \|__\|__\| |
| T O P | TAVOLO OPERATORIO | \|__\|__\| |
| G R D | GRUPPO RADIOLOGICO | \|__\|__\| |
| V P O | VENTILATORE POLMONARE | \|__\|__\| |
| P R D | PORTATILE PER RADIOSCOPIA, APPARECCHIO | \|__\|__\| |
| A L I | ACCELERATORE LINEARE | \|__\|__\| |
| T T E | TAVOLO TELECOMANDATO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO | \|__\|__\| |
| A I C | ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCHIMICA | \|__\|__\| |
| G C C | GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA | \|__\|__\| |
| A N S | ANESTESIA, APPARECCHIO PER | \|__\|__\| |
| L S C | LAMPADA SCIALITICA | \|__\|__\| |
| G C D | CONTAGLOBULI AUTOMATICO DIFFERENZIALE | \|__\|__\| |
| M A G | MAMMOGRAFO | \|__\|__\| |
| A D G | ANGIOGRAFIA DIGITALE, SISTEMA PER | \|_\|_\| |
| P E T | TOMOGRAFO AD EMISSIONE DI POSITRONI | \|__\|__\| |
| O R G | ORTOPANTOMOGRAFO | \|__\|__\| |
| R X D | RADIOLOGIA DENTALE PANORAMICA, APPARECCHIO PER | \|__\|__\| |
| G T T | SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO | \|__\|__\| |
| S S P | SISTEMA CT/PET INTEGRATO | \|__\|__\| |

Data .....  Il Funzionario responsabile .....

# POSTI LETTO MEDI DELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE ED EQUIPARATE

Con il modello si intende rilevare, con periodicità mensile, l'attività di ricovero delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate.
Il modello deve essere inviato trimestralmente entro il trentesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre.
Tutti i dati del modello devono essere riferiti all'attività relativa ai soli posti letto per degenze ordinarie, per day hospital e day surgery
Si ricorda che l'attività di day hospital/day surgery è l'attività ospedaliera diurna, relativa a ricoveri o cicli di ricovero programmati, ciascuno di durata inferiore ad una giornata, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche.

**Quadro A**
DENOMINAZIONE : riportare la denominazione ufficiale della struttura.

**Quadro B**
CODICE STRUTTURA : riportare il codice indicato al quadro B del modello HSP.11.

**Quadro C**
CODICE USL/AZIENDA OSPEDALIERA : deve essere riportato il codice di cui al DM 17/9/1986 e successive modifiche; nel caso di azienda ospedaliera, policlinico universitario o istituto a carattere scientifico, riportare il progressivo numerico attribuito in ambito regionale (da "901 a 998").

**Quadro F**
CODICE REPARTO: fare riferimento al modello HSP.12, riportando gli stessi codici di disciplina ed i progressivi di divisione.
Nella compilazione del modello, per ogni disciplina che viene riportata nel quadro devono essere forniti obbligatoriamente tutti gli altri dati richiesti nella riga corrispondente. Indicare il valore zero se il dato rilevato è nullo.

POSTI LETTO MEDI PER DEGENZE ORDINARIE: va indicata la media aritmetica dei posti letto esistenti ed utilizzabili nel reparto (occupati o meno da degenti) nel corso del mese di rilevazione per le degenze ordinarie. I posti letto ordinari devono essere forniti come somma dei posti letto di degenza ordinaria e dei posti letto di degenza ordinaria a pagamento.

POSTI LETTO MEDI PER DAY HOSPITAL: va indicata la media aritmetica dei posti letto esistenti ed utilizzabili nel reparto (occupati o meno da degenti) nel corso del mese di rilevazione per il day-hospital.

POSTI LETTO MEDI PER DAY SURGERY: va indicata la media aritmetica dei posti letto esistenti ed utilizzabili nel reparto (occupati o meno da degenti) nel corso del mese di rilevazione per il day surgery.

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

**HSP.22 bis**

# POSTI LETTO MEDI DELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE ED EQUIPARATE

| A | DENOMINAZIONE | |
|---|---|---|

| B | CODICE STRUTTURA | C | CODICE U.S.L. | D | ANNO | E | MESE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | \|__\|__\| \|__\|__\| | | \|__\|__\|__\| | | \|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| |

F

| CODICE REPARTO: CODICE DISCIPLINA | CODICE REPARTO: PROGRESSIVO DI DIVISIONE | POSTI LETTO MEDI PER DEGENZE ORDINARIE | POSTI LETTO MEDI PER DAY HOSPITAL | POSTI LETTO MEDI PER DAY SURGERY |
|---|---|---|---|---|
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\| |

Data .....  Il Direttore sanitario

.....

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo
Direzione Generale della Programmazione sanitaria

**HSP.23**

# ATTIVITA' DELLE CASE DI CURA PRIVATE

Con il modello si intende rilevare, con periodicità mensile, l'attività delle case di cura private, accreditate e non (tipo istituto 5 del quadro F del modello HSP.11)
Il modello deve essere inviato trimestralmente entro il trentesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre.
L'attività svolta nei reparti ospedalieri che utilizzano strutture presso cliniche private deve essere rilevata dall'ospedale da cui dipende il reparto.
Tutti i dati del modello devono essere riferiti all'attività di ricovero escludendo l'attività relativa al nido, al day hospital e al day surgery.
Si ricorda che l'attività di day hospital e di day surgery è l'attività diurna, relativa a ricoveri o cicli di ricovero programmati, ciascuno di durata inferiore ad una giornata, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche.

**Quadro A**
DENOMINAZIONE : riportare la denominazione ufficiale della struttura.

**Quadro B**
CODICE STRUTTURA : riportare il codice indicato al quadro B del modello HSP.11.

**Quadro C**
CODICE USL : deve essere riportato il codice USL di cui al DM 17/9/1986 e successive modifiche (quadro C del modello HSP.11).

**Quadro F**
CODICE DISCIPLINA: riportare i codici delle discipline indicati nel modello HSP.13.
Nella compilazione del modello, per ogni disciplina che viene riportata nel quadro devono essere forniti obbligatoriamente tutti gli altri dati richiesti nella riga corrispondente. Indicare il valore zero se il dato rilevato è nullo.
PRESENTI INIZIO MESE: vanno conteggiati solo i presenti alla mezzanotte dell'ultimo giorno del mese precedente a quello considerato, escludendo quindi gli entrati il primo giorno del mese.
ENTRATI NEL MESE: non vanno conteggiati gli entrati e usciti nello stesso giorno.
ENTRATI NEL MESE DI CUI TRASFERITI: si intendono gli entrati per trasferimento da altro reparto dello stesso istituto; sono una parte del totale degli entrati nel mese.
DIMESSI NEL MESE: devono essere compresi i deceduti purchè l'evento non si sia verificato nello stesso giorno di ingresso; sono esclusi gli entrati ed usciti nello stesso giorno.
Il numero dei dimessi nel mese non può essere superiore al numero degli entrati nel mese più i ricoverati presenti all'inizio del mese. La differenza tra il numero risultante dalla somma dei presenti all'inizio del mese più gli entrati nel mese, e il numero dei dimessi nel mese deve corrispondere al numero dei presenti all'inizio del mese successivo.
DIMESSI NEL MESE DI CUI TRASFERITI: si intendono i dimessi per trasferimento ad altra disciplina dello stesso istituto; sono una parte del totale dei dimessi.
ENTRATI E USCITI NELLO STESSO GIORNO: devono essere compresi i deceduti e i trasferiti all'interno dell'istituto nello stesso giorno di ingresso; non va considerata l'attività di day hospital in quanto oggetto di rilevazione in altro modello.
DECEDUTI: compresi i ricoverati deceduti nello stesso giorno d'ingresso.
GIORNATE DI DEGENZA: sono quelle registrate nel corso del mese; non sono quindi correlate ai degenti dimessi. Vanno escluse quelle relative agli entrati ed usciti nello stesso giorno e all'attività di day hospital.

**Quadro G**
Valgono le stesse indicazioni date per il quadro F.

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale del Sistema Informativo
Direzione Generale della Programmazione sanitaria

**HSP.23**

# ATTIVITA' DELLE CASE DI CURA PRIVATE

| A | DENOMINAZIONE | |
|---|---|---|

| B | CODICE STRUTTURA | C | CODICE U.S.L. | D | ANNO | E | MESE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | \|__\|__\| \|__\|__\| | | \|__\|__\|__\| | | \|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| |

**F ATTIVITA' ACCREDITATA**

| CODICE | PRESENTI INIZIO MESE | ENTRATI NEL MESE – TOTALE | ENTRATI NEL MESE – DI CUI TRASFERITI | DIMESSI NEL MESE – TOTALE | DIMESSI NEL MESE – DI CUI TRASFERITI | ENTRATI E USCITI NELLO STESSO GIORNO | DECEDUTI | GIORNATE DI DEGENZA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |

**G ATTIVITA' NON ACCREDITATA**

| CODICE | PRESENTI INIZIO MESE | ENTRATI NEL MESE – TOTALE | ENTRATI NEL MESE – DI CUI TRASFERITI | DIMESSI NEL MESE – TOTALE | DIMESSI NEL MESE – DI CUI TRASFERITI | ENTRATI E USCITI NELLO STESSO GIORNO | DECEDUTI | GIORNATE DI DEGENZA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |
| \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\| |

Data .....

Il Direttore sanitario .....

# DAY HOSPITAL, NIDO, PRONTO SOCCORSO, SALE OPERATORIE, OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE E NATI IMMATURI

Con il modello si intende rilevare, con periodicità mensile, l'attività di day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e il numero dei nati immaturi delle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate.
Il modello deve essere inviato trimestralmente entro il trentesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre.
Nella compilazione del modello, per ogni disciplina che viene riportata nei quadri F o G, devono essere forniti obbligatoriamente tutti gli altri dati richiesti nella riga corrispondente. Indicare il valore zero se il dato rilevato è nullo.

**Quadro A**
DENOMINAZIONE STRUTTURA : riportare la denominazione ufficiale della struttura di ricovero.

**Quadro B**
CODICE STRUTTURA : riportare il codice indicato al quadro B del modello HSP.11.

**Quadro C**
CODICE USL/AZIENDA OSPEDALIERA : deve essere riportato il codice di cui al DM 17/9/1986 e successive modifiche; nel caso di azienda ospedaliera, policlinico universitario o istituto a carattere scientifico, riportare il progressivo numerico attribuito in ambito regionale (da "901 a 998").

**Quadro F**
L'attività ospedaliera diurna (day hospital) è quella relativa a ricoveri o cicli di ricovero programmati, ciascuno di durata inferiore ad una giornata, con erogazione di prestazioni multiprofessionali o plurispecialistiche. Si deve indicare solamente l'attività dei posti letto di day hospital. L'attività relativa ai posti letto di day surgery non deve essere indicata.
POSTI LETTO MEDI : va indicata la media aritmetica dei posti letto esistenti ed utilizzabili nel reparto (occupati o meno da degenti) nel corso del mese di rilevazione
GIORNATE DI PRESENZA : indicare il numero complessivo delle giornate di presenza di tutti i pazienti nell'arco del mese.

**Quadro G**
Riportare l'attività svolta nelle strutture deputate all'assistenza neonatale, ivi compresi i neonati ospitati nel nido e/o nelle culle situate vicino al letto della madre (rooming-in).
CODICE DEL REPARTO : elencare le divisioni alle quali è affidato il neonato, facendo riferimento ai codici utilizzati nel modello HSP.12. Per le case di cura private accreditata (tipo istituto 5 del modello HSP.11), indicare solo il codice disciplina in accordo con il modello HSP.13,
Nel caso che esista uno specifico reparto di assistenza neonatale (Nido) indicare il codice di disciplina 31.
NUMERO NEONATI : nel numero dei neonati vanno conteggiati i neonati presenti nel nido e/o nelle culle presso le madri. I neonati patologici ricoverati direttamente in "Neonatologia" (codice 62), in "Terapia intensiva neonatale" (codice 73) non vanno conteggiati.
NATI NEL MESE : neonati entrati al nido nel corso del mese. Comprende anche i neonati trasferiti dai reparti di neonatologia o di terapia intensiva neonatale.
NATI PRESENTI A INIZIO PERIODO : vanno inclusi solo i neonati presenti nel nido e/o nelle culle presso le madri alla mezzanotte dell'ultimo giorno del mese precedente a quello considerato.
GIORNATE DI PRESENZA : si considerino le giornate i presenza dei neonati nell'arco di tutto il mese includendo solo i neonati presenti nel nido e/o i neonati ospitati in culle presso le madri ed escludendo i neonati patologici ricoverati in Neonatologia, terapia intensiva neonatale o in altri reparti.
Il numero delle giornate di presenza non può essere inferiore al numero dei nati nel mese più il numero dei neonati presenti a inizio periodo.

**Quadro H**
Il numero di pazienti va ricavato dal registro di pronto soccorso escludendo l'attività di accettazione ordinaria programmata, eventualmente espletata.
RICOVERATI : pazienti avviati per il ricovero ai reparti della struttura da cui dipende il pronto soccorso.
NON RICOVERATI : pazienti non ricoverati nei reparti della struttura da cui dipende il pronto soccorso.
DI CUI INVIATI AD ALTRA STRUTTURA : pazienti non ricoverati ma avviati per il ricovero a reparti di altra struttura.
Sono una quota parte dei non ricoverati.
DECEDUTI : nei deceduti sono da includere anche i soggetti che giungono al pronto soccorso già deceduti.
Il numero complessivo dei pazienti che hanno usufruito del pronto soccorso risulterà dalla somma ricoverati + non ricoverati + deceduti.
NUMERO PRESTAZIONI : indicare il totale delle prestazioni erogate a pazienti non ricoverati nella struttura. Si devono considerare le prestazioni ricevute in pronto soccorso e anche quelle richieste ad altri servizi (per es. una lastra eseguita dal servizio di Radiologia dell'Ospedale).

**Quadro H1**
Il numero di pazienti va ricavato dal registro di pronto soccorso escludendo l'attività di accettazione ordinaria programmata, eventualmente espletata.
RICOVERATI : pazienti avviati per il ricovero ai reparti della struttura da cui dipende il pronto soccorso.
NON RICOVERATI : pazienti non ricoverati nei reparti della struttura da cui dipende il pronto soccorso.
DI CUI INVIATI AD ALTRA STRUTTURA : pazienti non ricoverati ma avviati per il ricovero a reparti di altra struttura.
Sono una quota parte dei non ricoverati.
DECEDUTI : nei deceduti sono da includere anche i soggetti che giungono al pronto soccorso già deceduti.
Il numero complessivo dei pazienti che hanno usufruito del pronto soccorso risulterà dalla somma ricoverati + non ricoverati + deceduti.

**Quadro I**
Indicare il totale delle ore di effettiva attività delle sale operatorie.
Per gli istituti accreditati, indicare il totale delle ore di attività delle sale operatorie, comprendendo anche l'attività privata.
Va esclusa l'attività delle sale parto.
Non devono essere contati gli interventi chirurgici ambulatoriali senza l'utilizzo di sale operatorie.
Per il calcolo delle ore effettive di attività è da considerare l'intervallo di tempo che intercorre tra il momento dell'incisione e quello della sutura (cfr. Parere del C.S.S. del 23 ottobre 1996).

**Quadro L**
Non va compresa l'attività di dialisi domiciliare.
NUOVI PAZIENTI : indicare il numero di pazienti per i quali, nel corso del mese, è stata iniziata l'erogazione di assistenza ospedaliera a domicilio.
PAZIENTI GIA' IN TRATTAMENTO : indicare il numero dei pazienti che all'inizio del mese risultavano in trattamento di assistenza domiciliare.
PAZIENTI DIMESSI : indicare il numero dei pazienti che nel corso del mese hanno terminato il trattamento di assistenza domiciliare.

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**
**MINISTERO DELLA SALUTE**

**HSP.24**

Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

# DAY HOSPITAL, NIDO, PRONTO SOCCORSO, SALE OPERATORIE, OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE E NATI IMMATURI

| A | DENOMINAZIONE STRUTTURA | |
|---|---|---|

| B | CODICE STRUTTURA | C | CODICE U.S.L./AZ.OSP | D | ANNO | E | MESE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | \|__ _\| \|__ _\| | | \|___\| | | \|__ __ __ _\| | | \|___\| |

## F DAY-HOSPITAL

CODICE DEL REPARTO

| CODICE DISCIPLINA | PROGRESSIVO DI DIVISIONE | POSTI LETTO MEDI | GIORNATE DI PRESENZA |
|---|---|---|---|
| \|__\| | \|__\| | \|___\| | \|____\| |
| \|__\| | \|__\| | \|___\| | \|____\| |

## G NIDO

CODICE DEL REPARTO

| CODICE DISCIPLINA | PROGRESSIVO DI DIVISIONE | NATI NEL MESE | NEONATI PRESENTI A INIZIO PERIODO | GIORNATE DI PRESENZA |
|---|---|---|---|---|
| \|__\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|____\| |
| \|__\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|____\| |

## H PRONTO SOCCORSO

| RICOVERATI | NON RICOVERATI | DI CUI INVIATI AD ALTRA STRUTTURA | DECEDUTI | NUMERO PRESTAZIONI |
|---|---|---|---|---|
| \|_____\| | \|_____\| | \|_____\| | \|_____\| | \|_____\| |

## H1 PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO

| RICOVERATI | NON RICOVERATI | DI CUI INVIATI AD ALTRA STRUTTURA | DECEDUTI |
|---|---|---|---|
| \|_____\| | \|_____\| | \|_____\| | \|_____\| |

## I SALE OPERATORIE

| ORE EFFETTIVE DI ATTIVITA' DELLE SALE OPERATORIE | NUMERO INTERVENTI CHIRURGICI IN DAY SURGERY | NUMERO INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME AMBULATORIALE |
|---|---|---|
| \|_____\| | \|_____\| | \|_____\| |

## L OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

| NUOVI PAZIENTI | PAZIENTI GIA' IN TRATTAMENTO | PAZIENTI DIMESSI |
|---|---|---|
| \|_____\| | \|_____\| | \|_____\| |

## M NATI IMMATURI

NATI CON PESO INFERIORE A 2500 GRAMMI

| TOTALE | DI CUI DECEDUTI |
|---|---|
| \|____\| | \|____\| |

Data .....  Il Direttore sanitario .....