



**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO
MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica
Direzione generale della programmazione sanitaria

**MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA’
GESTIONALI ED ECONOMICHE DELLE UNITA’
SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE**

ANNO 2023

FLS.11 - 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 consenta 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.

TIPO 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). Indicare con A il Dipartimento di salute mentale e con B il Dipartimento integrato per la salute mentale e le dipendenze.

DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE: il Dipartimento per le dipendenze, Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti". (Repertorio atti n. 593) – (GU Serie Generale n.61 del 15.03.1999).

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 multiprofessionale 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 altresì comprese le cure erogate al domicilio del paziente in modalità telematica secondo quanto disciplinato dal DM 24 maggio 2022 "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" ai fini del raggiungimento della milestone EU M6C1-4. 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 affetti da disturbo psichiatrico erogati dal Dipartimento di Salute Mentale; i trattamenti domiciliari effettuati da strutture riabilitative.

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

ASSISTITI: si intende per assistito il soggetto che ha diritto all'assistenza sanitaria nell'ambito del SSN ed ha effettuato la scelta del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

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.

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 ☐ TIPO DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	
☐ DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ☐ SERVIZIO TRASPORTO PER CENTRO DIALISI	
☐ DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE ☐ SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	
☐ DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE	
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	ASSISTITI																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>FASCE DI ETA'</th> <th>NUMERO</th> <th>MASCHI</th> <th>FEMMINE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>POPOLAZIONE DI ETA' 0 - 13 anni</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>POPOLAZIONE DI ETA' 14 - 64 anni</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>POPOLAZIONE DI ETA' 65 - 74 anni</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>POPOLAZIONE DI ETA' 75 anni ed oltre</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>TOTALE</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	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			
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							
<table> <tr> <td>ESENZIONI DA TICKET</td> <td>PER ETA' e REDDITO</td> <td> </td> </tr> <tr> <td></td> <td>PER ALTRI MOTIVI</td> <td> </td> </tr> </table>		ESENZIONI DA TICKET	PER ETA' e REDDITO			PER ALTRI MOTIVI	
ESENZIONI DA TICKET	PER ETA' e REDDITO						
	PER ALTRI MOTIVI						

Data

Il Funzionario responsabile

FLS.12 - 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.

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

FLS.18 - 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 ETÀ 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.L.L.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.L.L.SS. su strumenti urbanistici o per la costruzione di opere pubbliche ex art. 228 T.U.L.L.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.L.L.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.L.L.SS. su strumenti urbanistici o per la costruzione di opere pubbliche ex art. 228 T.U.L.L.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 ETÀ 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

FLS.21 - 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 multiprofessionale 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 affetti da disturbo psichiatrico erogati dal Dipartimento di Salute Mentale; i trattamenti domiciliari effettuati da strutture riabilitative.

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 PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA: i pazienti nella fase terminale della vita sono una quota parte del totale. Per paziente nella fase terminale della vita s'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 in fase terminale della vita: pertanto per i pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni la distinzione tra caso "in fase terminale della vita" e caso "anziano" è effettuata sulla base della motivazione della presa in carico del paziente e i "casi in fase terminale della vita" 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 PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA: indicare il numero di accessi relativi ai casi classificati come in fase terminale. 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 PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA: indicare il numero di ore erogate nel corso dell'anno ai casi classificati come in fase terminale. 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 PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA: 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 deambulanti 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.

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		UTENTI IN LISTA DI ATTESA
	di cui anziani		
	di cui persone in fase terminale della vita		
	ACCESSI DEL PERSONALE MEDICO		di cui ad anziani
			di cui a persone in fase terminale della vita
		TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE PROFESSIONALI	INFERMIERI
			ALTRI OPERATORI
			TOTALE
	ORE DI ASSISTENZA EROGATA		
	di cui ad anziani		
	di cui a persone fase terminale vita		
	ACCESSI DEGLI OPERATORI		
	di cui ad anziani		
	di cui a persone in fase terminale della vita		
I	ASSISTENZA PROGRAMMATTA		
	NUMERO DI MEDICI:		
	NUMERO DI AUTORIZZAZIONI CONCESSE:		

Data

Il Funzionario responsabile

STS.11 - 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, 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, C e C.1

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).

Nel quadro C.1 deve essere riportato il codice del Distretto sanitario di appartenenza assegnato dalla Regione.

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, S17*, S19
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, S18
Casa della Comunità	S01, S02, S03, S04, S05, S06, S07, S08, S09, S14, S15, S16

*Gli Ospedali di Comunità (S17) sono identificati come Strutture residenziali ai fini del computo dei posti letto disponibili, tuttavia, non rientrano per definizione in tale categoria poiché prevedono soltanto la tipologia di ricovero breve.

Nell'ambito dei possibili legami, non vi è un numero massimo di codici relativi alle tipologie di assistenza riconducibili ad un'unica struttura.

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 NPJA, le Centrali Operative Territoriali 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 area salute mentale (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, le Comunità terapeutiche (indipendentemente dal tipo di utenza), le strutture extra-ospedaliere adibite all'assistenza di pazienti per emergenze sanitarie (ad es. pandemia Covid-19) ed in generale tutte le strutture che svolgono attività di tipo residenziale. *Gli Ospedali di Comunità (S17) sono identificati come Strutture residenziali ai fini del computo dei posti letto disponibili, tuttavia, non rientrano per definizione in tale categoria poiché prevedono soltanto la tipologia di ricovero breve.

CASA DELLA COMUNITA': rientrano in questa categoria le strutture fisiche territoriali, definite ai sensi del DM, 23 maggio 2022, n.77, nelle quali sono erogati ai cittadini servizi di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale anche in modalità di telemedicina e teleassistenza. Rientrano tra questi i seguenti servizi:

- Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, ecc.)

- Punto Unico di Accesso
- Servizio di assistenza domiciliare
- Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza
- Servizi infermieristici
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale
- Integrazione con i Servizi Sociali
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione
- Servizi diagnostici di base
- Continuità Assistenziale
- Punto prelievi
- Attività di vaccinazione
- Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori
- Programmi di screening
- Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza
- Medicina dello sport.

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
Comunità terapeutica-riabilitativa area salute mentale	Struttura residenziale	S05
Comunità terapeutica riabilitativa area dipendenze patologiche	Struttura residenziale	S06
Centro residenziale di cure palliative (Hospice)	Struttura residenziale	S12
Day Hospice	Struttura semiresidenziale	S12
Centro diurno (es. per anziani, salute mentale)	Struttura semiresidenziale	S05, S06, S09, S10, S11
Centro dialisi	Altro tipo di struttura territoriale	S01
Centro assistenza HIV	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)
Assistenza termale	Altro tipo di struttura territoriale	S08
Ser.D	Altro tipo di struttura territoriale	S06 (S07)
Ospedali di Comunità	Struttura residenziale	S17*
Casa della Comunità	Casa della Comunità	Codici corrispondenti ai tipi di assistenza erogata
Centrali Operative Territoriali	Altro tipo di struttura territoriale	S18
Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (R.E.M.S.)	Struttura residenziale	S19

*S17: Gli Ospedali di Comunità (S17) sono identificati come Strutture residenziali ai fini del computo dei posti letto disponibili, tuttavia, non rientrano per definizione in tale categoria poiché prevedono soltanto la tipologia di ricovero breve.

Quadro H

TIPO DI ASSISTENZA EROGATA: indicare il tipo o i tipi di assistenza erogata dalla struttura. Con riferimento al tipo assistenza S12 – assistenza alle persone nella fase terminale della vita, 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 alle persone nella fase terminale della vita 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 costituiscono articolazioni organizzative. In questa ipotesi, nel quadro L deve essere specificato il codice della struttura di ricovero.

Con riferimento al tipo assistenza S04 – attività di consultorio familiare, occorre fare riferimento ai servizi erogati ai sensi dell'art. 24 del DPCM del 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA) e del DM, 23 maggio 2022, n.77.

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 delle 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 struttura	Tipo assistenza																						
	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07	S08	S09	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19				
Laboratorio	STS.14	STS.14	STS.14																				
	STS.21	STS.21	STS.21																				
Altro tipo di struttura	STS.14	STS.14	STS.14	STS.14	STS.21	STS.21	STS.21	STS.21					STS.21 (**)										
	STS.21	STS.21	STS.21	STS.21 (**)	(**)	(**)	(**)																
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	STS.24	STS.24
Casa della Comunità	STS.14	STS.14	STS.14					STS.21	STS.21	STS.21	STS.21												
	STS.21	STS.21	STS.21																	STS.21			

(**) 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.

Quadro L

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

CODICE STRUTTURA: è il codice riportato nel relativo modello HSP.11 o HSP.11-bis per la struttura di ricovero, oppure nel modello STS.11 per la Casa della Comunità (quadri B, C, D).

Quadro M

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

Quadro N

Per i soli Ospedali di Comunità. Indicare il numero dei posti letto disponibili ad inizio anno.

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 per emergenze sanitarie devono essere rilevate, con il modello STS14, le apparecchiature più rilevanti per l'assistenza relativa a emergenze sanitarie (ad es. assistenza a pazienti con patologie associate a Covid-19: Ventilatori polmonari, Tomografo assiale computerizzato, Ecotomografo, Tomografo a risonanza magnetica).

DATI ANAGRAFICI DELLE STRUTTURE SANITARIE

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

B	C	C.1	D	E
CODICE REGIONE	CODICE U.S.L./AZ.OSP.	CODICE DISTRETTO	CODICE STRUTTURA	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

☐ Casa della Comunità

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 dipendenze patologiche	_	_ _ _
☐ S07 - Assistenza persone con infezione da HIV	_	_ _ _
☐ S08 - Assistenza termale	_	_ _ _
☐ S09 - Assistenza agli anziani	_	_ _ _
☐ S10 - Assistenza ai disabili fisici	_	_ _ _
☐ S11 - Assistenza ai disabili psichici	_	_ _ _
☐ S12 - Assistenza alle persone nella fase terminale della vita	_	_ _ _
☐ S13 - Assistenza per emergenze sanitarie	_	_ _ _
☐ S14 - Vaccinazioni per emergenze pandemiche	_	_ _ _
☐ S15 - Prescrizione farmaci Nota 99 AIFA	_	_ _ _
☐ S16 - Assistenza di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	_	_ _ _
☐ S17 - Attività di Ospedale di Comunità	_	_ _ _
☐ S18 - Attività di Centrale Operativa Territoriale	_	_ _ _
☐ S19 - Attività di Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (R.E.M.S.)	_	_ _ _

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 ☐ 3 – INTERNA A CASA DELLA COMUNITA'
	☐ 2 – NON INTERNA AD ALTRA STRUTTURA
	CODICE STRUTTURA DI RICOVERO
	CODICE CASA DELLA COMUNITA'
M	(barrare la casella corrispondente) ☐ 1 - SINGOLO MEDICO ☐ 2 - SOCIETA' ☐ 3 - SOCIETA' TITOLARE ANCHE DI CASE DI CURA ☐ 4 - ALTRO
	POSTI LETTO OSPEDALE DI COMUNITA'

☐	BARRARE LA CASELLA SE SONO PRESENTI APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE
--------------------------	--

Data

Il Funzionario responsabile

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.

APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE DI DIAGNOSI E CURAPRESENTI 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	ECOTOMOGRFO	_ _
T A C	TOMOGRFO ASSIALE COMPUTERIZZATO	_ _
E M D	EMODIALISI, APPARECCHIO PER	_ _
A M E	ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO	_ _
M O N	MONITOR	_ _
T R M	TOMOGRFO 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 IMMUNOCIMICA	_ _
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	MAMMOGRFO	_ _
A D G	ANGIOGRAFIA DIGITALE, SISTEMA PER	_ _
P E T	TOMOGRFO AD EMISSIONE DI POSITRONI	_ _
O R G	ORTOPANTOMOGRFO	_ _
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 ECURA 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 ECOTOMOGRFO: visualizza con scansioni settoriali, lineari o convex, sezioni di strutture anatomiche mediante un fascio pulsato di ultrasuoni trasmessi e ricevuti da trasduttori.

TAC TOMOGRFO 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 TOMOGRFO 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 IMMUNOCHEMICA: 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 MAMMOGRFO: 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 TOMOGRFO 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.

ORG ORTOPANTOMOGRFO: 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.

STS.21 - 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 Ufficiale 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

STS.24 - 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 accreditati 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. Tale informazione non deve essere rilevata per la tipologia di assistenza "Ospedale di Comunità" e "Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza" (R.E.M.S.).

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).

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 alle persone nella fase terminale della vita				
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 alle persone nella fase terminale della vita						
6 - Assistenza di neuropsichiatria Infantile e dell'adolescenza						
7 - Attività di Ospedale di Comunità					—	
8 - Attività di Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (R.E.M.S.)						

Data

Il Funzionario responsabile

RIA.11 - ISTITUTI O CENTRI DI RIABILITAZIONE

Con il modello vengono rilevati i dati di struttura (Quadri A, B, C, E) e i dati di attività (altri quadri) degli istituti o centri di riabilitazione, incluse le strutture che erogano i servizi previsti dall'art. 34 del DPCM del 12 gennaio 2017, 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 di riferimento 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 C.1

Deve essere riportato il codice del Distretto sanitario di appartenenza assegnato dalla Regione.

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

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.

ISTITUTI O CENTRI DI RIABILITAZIONE

A	DENOMINAZIONE				
----------	----------------------	--	--	--	--

B	CODICE STRUTTURA	C	CODICE U.S.L.	C.1	CODICE DISTRETTO	D	ANNO
	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _

E	PARTITA IVA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ INDIRIZZO: _____ COMUNE: _ _ _ _ _ _ _____ _____ codice ISTAT denominazione del Comune Provincia C.A.P.: _ _ _ _ _ TELEFONO _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ FAX _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ E-MAIL _____@_____ SITOWEB _____ CODICI "OLD" _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ TIPO STRUTTURA: PUBBLICA ☐ PRIVATA ☐ TIPO ASSISTENZA AEROGATA: 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
		_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
	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

HSP.11 - 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'università, denominate **aziende ospedaliere integrate con l'università** (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 emergenze sanitarie

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, 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 alle emergenze sanitarie (ad es. pandemia Covid-19), riportare nella denominazione "Nuova struttura per emergenze sanitarie".

DATI ANAGRAFICI DELLE STRUTTURE DI RICOVERO

A DENOMINAZIONE			
B CODICE STRUTTURA	C CODICE U.S.L./AZ.OSP.	D ANNO	N° modelli bis allegati

PARTITA IVA: [][][][][][][][][][][][][][][]					
INDIRIZZO: _____					
COMUNE: [][][][][][][][]		_____		_____	
codice ISTAT		denominazione del Comune		Provincia	
C.A.P. [][][][][][][][]					
TELEFONO [][][][][][][][] / [][][][][][][][]			DATA DI APERTURA [][][][][] [][][][]		
FAX [][][][][][][][] / [][][][][][][][]			giorno mese anno		
E-MAIL _____@_____			DATA DI CHIUSURA [][][][][] [][][][]		
SITO WEB _____			giorno mese anno		
CODICI "OLD" [][][][][][][][]					
[][][][][][][][]					
[][][][][][][][]					
[][][][][][][][]					

F TIPO STRUTTURA	
(barrare la casella corrispondente)	
☐ 0.- AZIENDA OSPEDALIERA	☐ 4.- OSPEDALE CLASSIFICATO O ASSIMILATO AI SENSI DELL'ART. 1, ULTIMO COMMA, DELLA LEGGE 132/1968
☐ 1.- OSPEDALE A GESTIONE DIRETTA PRESIDIO DELLA U.S.L.	
☐ 2.- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA E POLICLINICO	☐ 5.- CASA DI CURA PRIVATA
☐ A.O. integrata con il SSN	☐ ACCREDITATA
☐ A.O. integrata con l'Università	☐ NON ACCREDITATA
☐ Policlinico universitario privato	
☐ 3.- ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO	☐ 8.- ISTITUTO QUALIFICATO PRESIDIO DELLA U.S.L.
☐ PUBBLICO	
☐ PRIVATO	☐ 9.- ENTE DI RICERCA
☐ FONDAZIONE PUBBLICA	
☐ FONDAZIONE PRIVATA	☐ C - Nuova struttura ospedaliera per emergenze sanitarie

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 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:		NUMERO POSTI IN	
SALE OPERATORIE	CAMERE IPERBARICHE	INCUBATRICI	CULLE
Per il servizio di PRONTO SOCCORSO indicare il numero per le seguenti voci:			
AMBULANZE DI TIPO "A"	AMBULANZE PEDIATRICHE		
di cui con medico	AMBULANZE DI TIPO "B"		
UNITA' MOBILI DI RIANIMAZIONE	AMBULANZE TRASPORTO EMERGENZA NEONATO		

☐ BARRARE LA CASELLA SE SONO PRESENTI APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE

Data

Il Funzionario responsabile

HSP.11bis - 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	SERVIZIO DI ONCOLOGIA MEDICA
	SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
Indicare il numero di:	NUMERO POSTI IN
SALE OPERATORIE	CAMERE IPERBARICHE
	INCUBATRICI
	CULLE
Per il servizio di PRONTO SOCCORSO indicare il numero per le seguenti voci:	
AMBULANZE DI TIPO "A"	AMBULANZE PEDIATRICHE
di cui con medico	AMBULANZE DI TIPO "B"
UNITA' MOBILI DI RIANIMAZIONE	AMBULANZE TRASPORTO EMERGENZA NEONATO

Data

Il Funzionario responsabile

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.

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.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 eccezionalmente all'assistenza per emergenze sanitarie. 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.

CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE (ordine alfabetico)

Codice	Disciplina	Codice	Disciplina
01	Allergologia	48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)
03	Anatomia ed istologia patologica	77	Nefrologia pediatrica
05	Angiologia	62	Neonatologia
51	Astanteria	30	Neurochirurgia
07	Cardiochirurgia	76	Neurochirurgia pediatrica
06	Cardiochirurgia pediatrica	32	Neurologia (d)
08	Cardiologia (a)	33	Neuropsichiatria infantile
09	Chirurgia generale	75	Neuro-riabilitazione
10	Chirurgia maxillo facciale	31	Nido
11	Chirurgia pediatrica	34	Oculistica
12	Chirurgia plastica	35	Odontoiatria e stomatologia
13	Chirurgia toracica	66	Oncoematologia
14	Chirurgia vascolare	65	Oncoematologia pediatrica
99	Cure palliative (m)	64	Oncologia
02	Day hospital (b)	36	Ortopedia e traumatologia
98	Day surgery (b)	04	Osservazione breve intensiva (OBI) (o)
52	Dermatologia	37	Ostetricia e ginecologia
97	Detenuti	38	Otorinolaringoiatria
18	Ematologia	39	Pediatria (e)
54	Emodialisi	67	Pensionanti
55	Farmacologia clinica	68	Pneumologia
57	Fisiopatologia della riproduzione umana	40	Psichiatria (f)
58	Gastroenterologia	69	Radiologia
21	Geriatrics	70	Radioterapia
47	Grandi ustioni	74	Radioterapia oncologica
46	Grandi ustioni pediatriche	56	Recupero e riabilitazione funzionale (g)
20	Immunologia (c)	71	Reumatologia
60	Lungodegenti	96	Terapia del dolore (n)
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	49	Terapia intensiva (i)
24	Malattie infettive e tropicali	73	Terapia intensiva neonatale
25	Medicina del lavoro	72	Terapia intensiva pediatrica (p)
26	Medicina generale	94	Terapia semi-intensiva
27	Medicina legale	42	Tossicologia
61	Medicina nucleare	50	Unità coronarica (l)
15	Medicina sportiva	28	Unità spinale
41	Medicina termale	43	Urologia
29	Nefrologia	78	Urologia pediatrica

CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE (ordine cardinale)

Codice	Disciplina	Codice	Disciplina
01	Allergologia	43	Urologia
02	Day hospital (b)	46	Grandi ustioni pediatriche
03	Anatomia ed istologia patologica	47	Grandi ustioni
04	Osservazione breve intensiva (OBI) (o)	48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)
05	Angiologia	49	Terapia intensiva (i)
06	Cardiochirurgia pediatrica	50	Unità coronarica (l)
07	Cardiochirurgia	51	Astanteria
08	Cardiologia (a)	52	Dermatologia
09	Chirurgia generale	54	Emodialisi
10	Chirurgia maxillo facciale	55	Farmacologia clinica
11	Chirurgia pediatrica	56	Recupero e riabilitazione funzionale (g)
12	Chirurgia plastica	57	Fisiopatologia della riproduzione umana
13	Chirurgia toracica	58	Gastroenterologia
14	Chirurgia vascolare	60	Lungodegenti
15	Medicina sportiva	61	Medicina nucleare
18	Ematologia	62	Neonatologia
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	64	Oncologia
20	Immunologia (c)	65	Oncoematologia pediatrica
21	Geriatría	66	Oncoematologia
24	Malattie infettive e tropicali	67	Pensionanti
25	Medicina del lavoro	68	Pneumologia
26	Medicina generale	69	Radiologia
27	Medicina legale	70	Radioterapia
28	Unità spinale	71	Reumatologia
29	Nefrologia	72	Terapia Intensiva pediatrica (p)
30	Neurochirurgia	73	Terapia intensiva neonatale
31	Nido	74	Radioterapia oncologica
32	Neurologia (d)	75	Neuro-riabilitazione
33	Neuropsichiatria infantile	76	Neurochirurgia pediatrica
34	Oculistica	77	Nefrologia pediatrica
35	Odontoiatria e stomatologia	78	Urologia pediatrica
36	Ortopedia e traumatologia	94	Terapia semi-intensiva
37	Ostetricia e ginecologia	96	Terapia del dolore (n)
38	Otorinolaringoiatria	97	Detenuti
39	Pediatria (e)	98	Day surgery (b)
40	Psichiatria (f)	99	Cure palliative (m)
41	Medicina termale		
42	Tossicologia		

- 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 alle persone nella fase terminale della vita 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 alle persone nella fase terminale della vita e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" approvato dall'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012.
- o) per la disciplina "04 – Osservazione breve intensiva (OBI)" indicare i posti letto dedicati all'osservazione breve intensiva nell'ambito del Pronto soccorso in conformità alle "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" di cui all'Accordo stipulato in sede di Conferenza Stato-Regioni del 1 agosto 2019 (Rep. Atti n.40/1 agosto 2019). Come indicato nelle suddette linee di indirizzo, dal punto di vista organizzativo l'OBI è una unità funzionale del Pronto Soccorso. l'iter di P.S. può esitare nell'invio della persona in OBI. Il trattamento in OBI può esitare a sua volta in:
 - a) Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera (che inizia dall' ora di dimissione dall'OBI) o trasferimento presso altra struttura per acuti;
 - b) Dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il controllo presso strutture ambulatoriali dell'Azienda sanitaria (follow up).
- p) codice da utilizzare anche se i letti sono inclusi in altri reparti pediatrici.

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	DAY HOSPITAL	DAY SURGERY	POSTI LETTO DEGENZE ORDINARIE	DEGENZE ORDINARIE A PAGAMENTO	DATA DI APERTURA MESE	ANNO	DATA DI CHIUSURA MESE	ANNO	

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

HSP.13 - 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. Per le Case di cura che compilano il modello HSP.11-bis, il codice da indicare include sia il codice di cui al quadro B sia il sub-codice di cui al quadro C del modello HSP.11-bis.

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 eccezionalmente all'assistenza per emergenze sanitarie utilizzare la nuova modalità "E" in associazione al codice disciplina 20 – Immunologia.

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.

- 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 alle persone nella fase terminale della vita 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 alle persone nella fase terminale della vita e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" approvato dall'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012.
- o) per la disciplina "04 – Osservazione breve intensiva (OBI)" indicare i posti letto dedicati all'osservazione breve intensiva nell'ambito del Pronto soccorso in conformità alle "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" di cui all'Accordo stipulato in sede di Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2019 (Rep. Atti n.40/1° agosto 2019). Come indicato nelle suddette linee di indirizzo, dal punto di vista organizzativo l'OBI è una unità funzionale del Pronto Soccorso. l'iter di P.S. può esitare nell'invio della persona in OBI. Il trattamento in OBI può esitare a sua volta in:
 - Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera (che inizia dall' ora di dimissione dall'OBI) o trasferimento presso altra struttura per acuti;
 - Dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il controllo presso strutture ambulatoriali dell'Azienda sanitaria (follow up).
- p) codice da utilizzare anche se i letti sono inclusi in altri reparti pediatrici.

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	DEGENZA ORDINARIA	POSTI LETTO PER		DAY SURGERY	DATA INIZIO ACCREDITAMENTO		DATA FINE ACCREDITAMENTO	
			DAY HOSPITAL			MESE	ANNO	MESE	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'		DATA FINE ATTIVITA'			
				MESE	ANNO	MESE	ANNO		

Data

Il Direttore Sanitario

HSP.14 - 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.11/11-bis.

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

TAC TOMOGRFO ASSIALE COMPUTERIZZATO: consente l'effettuazione di esami radiologici tomografici a seguito di elaborazione digitale dei livelli di intensità di radiazione ricevuti 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 TOMOGRFO 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 serigrafio.

AIC ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCHEMICA: 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 MAMMOGRFO: 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 TOMOGRFO 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

ORG ORTOPANTOMOGRFO: 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

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

B DATI RELATIVI ALLE APPARECCHIATURE		
CLASSE	DESCRIZIONE	NUMERO APPARECCHIATURE FUNZIONANTI
C I P	CAMERA IPERBARICA	

Data

Il Funzionario responsabile

HSP.22BIS - 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.

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. Indicare il valore zero se il dato rilevato è nullo.

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. Indicare il valore zero se il dato rilevato è nullo.

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. Indicare il valore zero se il dato rilevato è nullo.

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	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.....

HSP.24 - PRONTO SOCCORSO E SALE OPERATORIE

Con il modello si intende rilevare, con periodicità mensile, l'attività di pronto soccorso e sale operatorie delle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate.
Il modello deve essere inviato trimestralmente entro il trentesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre.

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.11/11-bis.

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

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 F1

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 G

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).

PRONTO SOCCORSO E SALE OPERATORIE

A	DENOMINAZIONE STRUTTURA				
B	CODICE STRUTTURA	C	CODICE U.S.L./AZ.OSP	D	ANNO
F	PRONTO SOCCORSO				
	RICOVERATI	NON RICOVERATI	DI CUI INVIATI AD ALTRA STRUTTURA	DECEDUTI	NUMERO PRESTAZIONI
F1	PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO				
	RICOVERATI	NON RICOVERATI	DI CUI INVIATI AD ALTRA STRUTTURA	DECEDUTI	
G	SALE OPERATORIE				
	ORE EFFETTIVE DI ATTIVITA' DELLE SALE OPERATORIE	NUMERO INTERVENTI CHIRURGICI			
		IN DAY SURGERY	IN REGIME AMBULATORIALE		

Data

Il Direttore sanitario