

**Servizio Centro Epidemiologico  
Programmazione e Controllo  
Servizio Informativo**

**Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale  
(NSIS)**

**Allegato 1 - PROCEDURA PER LA CORRETTA GESTIONE DEI FLUSSI MINISTERIALI**

**MODELLI DI RILEVAZIONE DEI DATI DELLE ATTIVITA' GESTIONALI DELLE  
STRUTTURE SANITARIE**

**(FLS – STS – RIA – HSP)**

Con l'Accordo siglato nel febbraio 2001 la Conferenza Stato-Regioni dà il via alla costruzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS) quale strumento essenziale per il governo della sanità a livello nazionale, regionale e locale.

Il Patto della Salute 2006 ribadisce l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, e stabilisce che la trasmissione dei dati al Sistema Informativo Sanitario è un adempimento a cui sono tenute le Regioni.

I Flussi del Ministero della Salute rivestono sempre di più negli ultimi anni, finalità gestionali, oltre che di programmazione sanitaria. Essi costituiscono la base dati su cui si regge il monitoraggio degli "Adempimenti LEA", strumento attraverso il quale, come previsto nell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, le Regioni possono accedere al maggior finanziamento del SSN.

Con la presente procedura, viene specificata la finalità, il livello di responsabilità, le fasi di elaborazione e indicata la tempistica di trasmissione dei modelli di rilevazione delle attività gestionali delle Aziende Sanitarie, così come aggiornati dal Decreto Ministeriale del 5 Dicembre 2006.

Le Aziende Sanitarie sono tenute ad inserire i dati rilevati attraverso i modelli sottoelencati nel portale NSIS, rispettando le richieste e le tempistiche tipiche di ciascun modello, nonché a certificare la completezza e la correttezza dei dati inseriti relativi a ciascun modello, ciò al fine di consentire anche un costante e puntuale monitoraggio da parte del Ministero della Salute e dell'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Le strutture sanitarie pubbliche devono far pervenire, al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale, Programmazione e Controllo Servizio Informativo, i citati modelli ministeriali, completi di data, firma del Responsabile e del numero di protocollo in uscita, entro e non oltre i termini indicati da tale Servizio per garantire il rispetto delle scadenze stabilite dalla norma.

Le strutture private convenzionate sono tenute, per quanto di loro competenza, a rispettare le indicazioni fornite dalla presente procedura per la corretta gestione dei flussi, ed in caso di mancato invio nei tempi indicati risulterà inibito il pagamento delle correlate fatture.

Le strutture sanitarie pubbliche e le private convenzionate sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti in ciascun modello ministeriale. Per controlli di coerenza si intende l'effettuazione di verifiche sui volumi dei dati, sulla completezza e chiarezza dei dati e sulla confrontabilità degli stessi con quelli degli anni precedenti.

Le strutture sanitarie pubbliche e le private convenzionate sono tenute a compilare i campi relativi ai riferimenti **telefonici, fax, e-mail** ed eventuale **sito web** per le strutture private che ne siano dotate.

**Il ritardo o l'inadempienza sono sanzionabili ai sensi dell'art. 6 comma 1 del D.M. del 5 dicembre 2006.**

Con l'approssimarsi delle scadenze dei termini per l'invio dei modelli NSIS, sarà cura del Servizio Centro Epidemiologico Aziendale, Programmazione e Controllo Servizio Informativo avvisare le strutture sanitarie, pubbliche e private, mediante mail o posta ordinaria.

#### Descrizione Flussi

- Modelli STS
- Modelli FLS
- Modelli RIA
- Modelli HSP

## STS.11 - DATI ANAGRAFICI DELLE STRUTTURE SANITARIE

Il modello intende costituire l'anagrafe delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e delle strutture sociosanitarie che erogano prestazioni in regime di convenzione, con esclusione delle attività di ricovero la cui rilevazione è prevista nei modelli HSP e delle strutture di riabilitazione ex art. 26, la cui rilevazione è prevista con il modello RIA.11.

La rilevazione interessa anche le strutture ubicate presso istituti di cura e i singoli medici specialisti. Non vanno inclusi i medici di base (medici di medicina generale e pediatri). Le strutture per anziani, disabili, tossicodipendenti non convenzionate non vanno censite. Le case di riposo convenzionate vanno censite se hanno una componente sanitaria.

La compilazione del modello e la gestione del codice sono a cura della ASL.

La rilevazione è annuale, deve essere effettuata al 1° gennaio e la trasmissione del modello deve avvenire entro il **15 gennaio successivo**.

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.

*In fondo al modello cartaceo è presente una casella da barrare in caso di presenza di apparecchiature tecnico biomediche per le quali va compilato il modello STS.14.*

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Responsabili Distretti Sanitari, Responsabile Dip. Salute Mentale e Dipendenze, Responsabile Centri Dialisi e Strutture Convenzionate	COMPILAZIONE STS 11	Compilazione STS 11.
Responsabili Distretti Sanitari, Responsabile Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Responsabile Centri Dialisi e Strutture Convenzionate	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. STS 11	Le strutture sanitarie pubbliche e le private convenzionate sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti nel modello STS 11.
Responsabili Distretti Sanitari, Responsabile Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Responsabile Centri Dialisi e Strutture Convenzionate	INVIO STS 11	Invio STS 11 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il 15 gennaio dell'anno di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà i Responsabili dei Distretti Sanitari, del DSMD, dei Centri Dialisi e le Strutture Convenzionate per porre le eventuali correzioni.

**STS.14 - APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE DI DIAGNOSI E CURA  
PRESENTI  
NELLE STRUTTURE SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE**

Con il modello STS 14 vengono rilevate 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.

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.

La rilevazione è annuale, deve essere effettuata al 1° gennaio e la trasmissione del modello deve avvenire entro il **15 aprile successivo**.

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Responsabili Distretti Sanitari, Responsabile Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Responsabile Centri Dialisi e Strutture Convenzionate	COMPILAZIONE STS 14	Compilazione STS 14.
Responsabili Distretti Sanitari, Responsabile Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Responsabile Centri Dialisi e Strutture Convenzionate	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. STS 14	Le strutture sanitarie pubbliche e le private convenzionate sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti nel modello STS 14.
Responsabili Distretti Sanitari, Responsabile Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Responsabile Centri Dialisi e Strutture Convenzionate	INVIO STS 14	Invio STS 14 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il 15 aprile dell'anno di riferimento, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà i Responsabili dei Distretti Sanitari, del DSMD, dei Centri Dialisi e le Strutture Convenzionate per porre le eventuali correzioni.

**STS.21 - ASSISTENZA SPECIALISTICA TERRITORIALE  
ATTIVITÀ CLINICA, DI LABORATORIO, DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI  
DIAGNOSTICA STRUMENTALE**

Con il modello STS 21 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. **Il modello va compilato anche da tutte le altre strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale e deve contenere le stesse prestazioni ambulatoriali per esterni inserite nel File C.**

La rilevazione è annuale e la trasmissione del modello deve avvenire entro il **20 gennaio** dell'anno successivo a quello di riferimento.

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Responsabili Distretti Sanitari, Direzioni Mediche di Presidio e Strutture Convenzionate	COMPILAZIONE STS 21	Compilazione STS 21.
Responsabili Distretti Sanitari, Direzioni Mediche di Presidio e Strutture Convenzionate	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. STS 21	Le strutture sanitarie pubbliche e le private convenzionate sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti nel modello STS 21.
Responsabili Distretti Sanitari, Direzioni Mediche di Presidio e Strutture Convenzionate	INVIO STS 21	Invio STS21 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il 20 gennaio dell'anno successivo a quello di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà i Responsabili Distretti Sanitari, le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture Convenzionate per porre le eventuali correzioni.

## STS.24 - ASSISTENZA SANITARIA SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE

Con il modello STS 24 vengono rilevate le attività di tutte le strutture pubbliche o private accreditate, relativamente alle attività di assistenza semiresidenziale e residenziale, ed in particolare, il numero di posti attivati, gli utenti e le giornate di assistenza classificate per tipologia. La rilevazione è annuale e la trasmissione del modello deve avvenire entro il **15 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento**.

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Responsabili Distretti Sanitari e Strutture Convenzionate	COMPILAZIONE STS 24	Compilazione STS 24.
Responsabili Distretti Sanitari e Strutture Convenzionate	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. STS 24	Le strutture sanitarie pubbliche e le private convenzionate sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti nel modello STS 24.
Responsabili Distretti Sanitari e Strutture Convenzionate	INVIO STS 24	Invio STS 24 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il <b>15 gennaio</b> dell'anno successivo a quello di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato e firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà i Responsabili dei Distretti Sanitari le Strutture Convenzionate per porre le eventuali correzioni.

## FLS.11 - DATI DI STRUTTURA E DI ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE

Con il modello vengono rilevati i dati di struttura della azienda sanitaria locale. Il modello rileva la presenza di alcuni centri di supporto all'assistenza sanitaria di competenza dell'ASL, la quantità e la tipologia delle ambulanze in dotazione (quadro F) nonché il numero di assistibili per fasce d'età e il numero di assistiti esenti (per età e/o condizione) (quadro G). La rilevazione è annuale e deve essere effettuata al 1° gennaio e la trasmissione del modello deve avvenire entro il **15 gennaio successivo**.

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Responsabili Distretti Sanitari e Dipartimento di Emergenza e Urgenza	COMPILAZIONE FLS 11	Compilazione Mod. FLS 11.
Responsabili Distretti Sanitari e Dipartimento di Emergenza e Urgenza	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. FLS 11	Le strutture sanitarie pubbliche sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti nel modello FLS 11.
Responsabili Distretti Sanitari e Dipartimento di Emergenza e Urgenza	INVIO FLS 11	Invio FLS 11 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il <b>15 gennaio</b> dell'anno successivo a quello di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà i Responsabili dei Distretti Sanitari per porre le eventuali correzioni.

## FLS.12 - CONVENZIONI NAZIONALI DI MEDICINA GENERALE E DI PEDIATRIA

Con il modello si intende rilevare alcune caratteristiche relative all'assistenza sanitaria di base. Rileva il numero di Medici di Medicina Generale (MMG) e di Pediatri di Libera Scelta (PLS) relativamente all'anzianità di laurea e il numero di MMG e PLS per numero di assistiti. La rilevazione è annuale e deve essere effettuata al 1° gennaio e la trasmissione del modello deve avvenire entro il **15 aprile successivo**.

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Responsabili Distretti Sanitari	COMPILAZIONE FLS 12	Compilazione Mod. FLS 12.
Responsabili Distretti Sanitari	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. FLS 12	Le strutture sanitarie pubbliche sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti nel modello FLS 12.
Responsabili Distretti Sanitari	INVIO FLS 12	Invio FLS 12 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il <b>15 aprile</b> dell'anno successivo a quello di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà i Responsabili dei Distretti Sanitari per porre le eventuali correzioni.



## 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.

La rilevazione è annuale e la trasmissione del modello deve avvenire entro il **15 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento**.

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Responsabile Dipartimento di Prevenzione	COMPILAZIONE FLS 18	Compilazione Mod. FLS 18.
Responsabile Dipartimento di Prevenzione	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. FLS 18	Le strutture sanitarie pubbliche sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti nel modello FLS 18.
Responsabile Dipartimento di Prevenzione	INVIO FLS 18	Invio FLS 18 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il <b>15 gennaio</b> dell'anno successivo a quello di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione per porre le eventuali correzioni.

## FLS.21 - ATTIVITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

Il modello rileva con periodicità annuale, le attività relative alla guardia medica, alla farmaceutica convenzionata e all'assistenza domiciliare integrata.

La rilevazione è annuale e la trasmissione del modello deve avvenire entro il **15 Gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.**

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Responsabili Distretti Sanitari e Farmacia Territoriale	COMPILAZIONE FLS 21	Compilazione Mod. FLS 21.
Responsabili Distretti Sanitari e Farmacia Territoriale	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. FLS 21	Le strutture sanitarie pubbliche sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti ne modello FLS 21.
Responsabili Distretti Sanitari e Farmacia Territoriale	INVIO FLS 21	Invio FLS 21 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il <b>15 gennaio</b> dell'anno successivo a quello di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà i Responsabili Distretti Sanitari per porre le eventuali correzioni.

## RIA.11 - ISTITUTI O CENTRI DI RIABILITAZIONE EX ART. 26, LEGGE N. 833/1978

Rileva i dati di struttura (Quadri A, B, C, E) e i dati di attività (quadri F, G, H, I) degli istituti o centri di riabilitazione disciplinati dall'art. 26 della legge 833/78.

La rilevazione è annuale: per i dati anagrafici di struttura (quadri A, B, C, E) la trasmissione del modello deve avvenire entro il **15 gennaio dell'anno di riferimento**; per quanto riguarda i dati di attività (quadri F, G, H, I) i dati devono essere inviati entro il **15 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento**.

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Responsabili Distretti Sanitari e Strutture Convenzionate	COMPILAZIONE RIA 11	Compilazione Mod. RIA 11.
Responsabili Distretti Sanitari e Strutture Convenzionate	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. RIA 11	Le strutture sanitarie pubbliche e le private convenzionate sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti nel modello RIA 11.
Responsabili Macrostrutture e Strutture Convenzionate	INVIO RIA 11	Invio RIA 11 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro le seguenti date: - <b>15 gennaio dell'anno di riferimento (Quadri A,B,C,E)</b> - <b>15 gennaio dell'anno successivo a quello di rilevazione (Quadri F,G,H,I)</b> in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà i Responsabili Distretti Sanitari e le Strutture Convenzionate per porre le eventuali correzioni.

## HSP.11 - DATI ANAGRAFICI DELLE STRUTTURE DI RICOVERO

In tale modello è riportata l'anagrafica delle strutture di ricovero pubbliche e private, il tipo di struttura, l'attività in regime di esclusività svolta e il numero di sale operatorie.

La rilevazione è annuale e deve essere effettuata al 1° gennaio e la trasmissione del modello deve avvenire entro il **15 gennaio successivo**.

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.

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Direzione Ospedaliera e Casa di Cura Madonna del Rimedio	COMPILAZIONE HSP 11	Compilazione Mod. HSP 11.
Direzione Ospedaliera e Casa di Cura Madonna del Rimedio	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. HSP 11	Le strutture sanitarie pubbliche e le private convenzionate sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti nel modello HSP 11.
Direzione Ospedaliera e Casa di Cura Madonna del Rimedio	INVIO HSP 11	Invio HSP 11 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il <b>15 gennaio</b> successivo a quello di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture Convenzionate (case di cura private) per porre le eventuali correzioni.

## HSP.12 - POSTI LETTO PER DISCIPLINA DELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE ED EQUIPARATE

Con il modello vengono rilevati i posti letto esistenti ed utilizzabili (occupati o meno da degenti) delle strutture di ricovero indicate nel quadro F del modello HSP.11, escluse quelle di tipo istituto 5 - Case di cura private.

La rilevazione è annuale, deve essere effettuata al 1° gennaio e la trasmissione del modello deve avvenire entro il **15 aprile** successivo.

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

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Direzione Ospedaliera	COMPILAZIONE HSP 12	Compilazione Mod. HSP 12.
Direzione Ospedaliera	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. HSP 12	Le strutture sanitarie pubbliche sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti nel modello HSP 12.
Direzione Ospedaliera	INVIO HSP12	Invio HSP 12 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il <b>15 aprile</b> dell'anno di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà le Direzioni Mediche di Presidio per porre le eventuali correzioni.

## HSP.13 - POSTI LETTO PER DISCIPLINA DELLE CASE DI CURA PRIVATE

Il Modello riporta il numero di posti letto per ricovero ordinario, esistenti ed utilizzabili (occupati o meno da degenti) delle Case di Cura per attività accreditate e non accreditate (tipo istituto 5 del quadro F, modello HSP.11).

La rilevazione è annuale, deve essere effettuata al 1° gennaio e la trasmissione del modello deve avvenire entro il **15 aprile successivo**.

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.

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Casa di Cura Madonna del Rimedio	COMPILAZIONE HSP 13	Compilazione Mod. HSP 13.
Casa di Cura Madonna del Rimedio	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. HSP 13	Le Case di Cura private sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti nel modello HSP 13.
Casa di Cura Madonna del Rimedio	INVIO HSP13	Invio HSP 13 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il <b>15 aprile</b> dell'anno di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà le Case di Cura private per porre le eventuali correzioni.

## HSP.14 - APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE DI DIAGNOSI E CURA PRESENTI NELLE STRUTTURE DI RICOVERO

Il modello rileva il numero di apparecchiature tecnico biomediche presenti e funzionanti presenti nelle strutture di ricovero.

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

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.

Se la struttura non dispone di alcuna delle apparecchiature elencate, il modello deve essere comunque trasmesso dopo aver compilato i quadri A,B,C e D lasciando in bianco il quadro E.

La rilevazione è annuale, deve essere effettuata al 1° gennaio e la trasmissione del modello deve avvenire entro il **15 aprile** successivo.

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Direzione Ospedaliera e Casa di Cura Madonna del Rimedio	COMPILAZIONE HSP 14	Compilazione Mod. HSP14.
Direzione Ospedaliera e Casa di Cura Madonna del Rimedio	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. HSP 14	Le strutture sanitarie pubbliche e le private convenzionate sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti nel modello HSP14.
Direzione Ospedaliera e Casa di Cura Madonna del Rimedio	INVIO HSP14	Invio HSP 14 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il <b>15 aprile</b> dell'anno successivo a quello di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà i Responsabili dei Distretti Sanitari, le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture Convenzionate per porre le eventuali correzioni.

## HSP.16 - PERSONALE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO EQUIPARATE ALLE PUBBLICHE E DELLE CASE DI CURA PRIVATE

Con il modello si intende rilevare la situazione al 1 gennaio, del corrispondente anno, del personale in servizio di ruolo e non di ruolo, di quello temporaneamente assunto, interno e supplente, purché legato da un rapporto d'impiego con la Cura Madonna del Rimedio. Nelle colonne afferenti al personale a tempo determinato e indeterminato vanno indicate le unità con rapporto di impiego con la struttura.

Nella colonna "altro tipo di rapporto" vanno indicate le unità in servizio presso la struttura e dipendenti da altre istituzioni oppure a rapporto di collaborazione professionale coordinativa e continuativa.

La rilevazione è annuale, deve essere effettuata al 1° gennaio e la trasmissione del modello deve avvenire entro il **15 aprile successivo**.

Qualora, in corso d'anno, inizi l'attività di una nuova struttura deve essere trasmesso un modello HSP.16, compilato in ogni sua parte, indicando l'anno nel corso del quale è avvenuta l'apertura.

Tale modello deve essere inviato entro un mese dall'avvenuta apertura della struttura.

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Casa di Cura Madonna del Rimedio	COMPILAZIONE HSP 16	Compilazione Mod. HSP 16.
Casa di Cura Madonna del Rimedio	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. HSP 16	Le strutture private convenzionate sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti ne modello HSP 16.
Casa di Cura Madonna del Rimedio	INVIO HSP16	Invio HSP 16 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il <b>15 aprile</b> dell'anno di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà le Strutture Convenzionate per porre le eventuali correzioni.



## HSP.23 - ATTIVITÀ DELLE CASE DI CURA PRIVATE

Il modello riporta l'attività accreditate o non accreditate delle Casa di Cura Madonna del Rimedio (tipo istituto 5 del quadro F del modello HSP.11) il numero di pazienti entrati, dimessi, deceduti nonché le relative giornate di degenza.

L'attività svolta nei reparti ospedalieri che utilizzano strutture presso cliniche private deve essere rilevata dall'ospedale da cui dipende il reparto.

Tutti i dati del modello devono essere riferiti all'attività di ricovero escludendo l'attività relativa al nido e al day hospital e al day surgery.

Il modello rileva l'attività con cadenza mensile, e deve essere effettuato un invio trimestrale entro il **quindicesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre**.

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Casa di Cura Madonna del Rimedio	COMPILAZIONE HSP 23	Compilazione Mod. HSP 23.
Casa di Cura Madonna del Rimedio	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. HSP 23	Le strutture private convenzionate sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti ne modello HSP 23.
Casa di Cura Madonna del Rimedio	INVIO HSP 23	Invio HSP 23 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo entro il <b>quindicesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre</b> dell'anno di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà le Case di Cura private per porre le eventuali correzioni.

## HSP.24 - DAY HOSPITAL, NIDO, PRONTO SOCCORSO, SALE OPERATORIE, OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE E NATI IMMATURI

Il modello riporta, l'attività di day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e il numero dei nati immaturi delle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate.

Nella compilazione del modello, per ogni disciplina che viene riportata nei quadri F o G, devono essere forniti obbligatoriamente tutti gli altri dati richiesti nella riga corrispondente. Indicare il valore zero se il dato rilevato è nullo.

Il modello rileva l'attività con cadenza mensile, e deve essere effettuato un invio trimestrale **entro il quindicesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre.**

Livello di Responsabilità	Fase	Specifiche fase
Direzione Ospedaliera e Casa di Cura Madonna del Rimedio	COMPILAZIONE HSP 24	Compilazione Mod. HSP 24.
Direzione Ospedaliera e Casa di Cura Madonna del Rimedio	CONTROLLI DI COERENZA SUI DATI DEL MOD. HSP 24	Le strutture sanitarie pubbliche e le private convenzionate sono tenute ad effettuare i controlli di coerenza dei dati contenuti nel modello HSP 24.
Direzione Ospedaliera e Casa di Cura Madonna del Rimedio	INVIO HSP 24	Invio HSP 24 al Servizio Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo <b>entro il quindicesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre</b> dell'anno di rilevazione, in formato cartaceo debitamente datato, firmato e protocollato.
Centro Epidemiologico Aziendale - Programmazione e Controllo – Servizio Informativo	INSERIMENTO NEL SISTEMA NSIS	Inserimento in NSIS dei dati raccolti e verifica della coerenza dei dati. In caso di incoerenza dei dati il Servizio contatterà le Direzioni mediche di Presidio e le Strutture Convenzionate per porre le eventuali correzioni.

Si specifica ulteriormente che qualora in corso d'anno si apra una nuova Struttura, entro un mese dalla data di apertura deve essere trasmesso il relativo modello di rilevazione dei dati anagrafici – HSP11; HSP11Bis; STS11; RIA11 (quadri A,B,C,E) - completo della data di apertura della struttura. Entro un mese dalla data di apertura devono essere altresì trasmessi i relativi modelli di rilevazione dei dati delle dotazioni strutturali: STS.14, HSP.12, HSP.13, HSP.14, HSP.16.

Analogamente se in corso d'anno si chiude definitivamente una struttura, entro un mese dalla data di chiusura deve essere aggiornato il relativo modello di rilevazione dei dati anagrafici HSP.11, HSP.11Bis, STS.11, RIA.11, comunicando la data di chiusura.

### **SCADENZE FLUSSI MINISTERIALI NSIS**

<b>Flusso</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Riferimenti</b>	<b>Periodicità</b>	<b>Scadenza invio</b>	<b>Note</b>
STS.11	Dati anagrafici delle strutture sanitarie	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 15 gennaio anno di rilevazione (per le strutture attive dal 1° gennaio dell'anno)	Per le strutture che aprono in corso d'anno (entro il 1° del mese successivo alla data di apertura) Per le strutture che chiudono, in corso d'anno (trasmettere entro il 1° del mese successivo alla data di chiusura)
STS.14	Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 15 aprile anno di rilevazione	
STS.21	Assistenza specialistica territoriale. Attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e diagnostica strumentale	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 20 gennaio anno successivo a quello di rilevazione	
STS.24	Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 15 gennaio anno successivo a quello di rilevazione	
FLS.11	Dati di struttura e di organizzazione dell'azienda sanitaria locale	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 15 gennaio anno di rilevazione	
FLS.12	Convenzioni nazionali di medicina generale e di Pediatria	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 15 aprile anno di rilevazione	
FLS.18	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 15 gennaio anno successivo a quello di rilevazione	
FLS.21	Assistenza specialistica territoriale. Attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e di diagnostica strumentale	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 15 gennaio anno successivo a quello di rilevazione	
RIA.11	Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26, legge n. 833/1978	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 15 gennaio anno di rilevazione (quadri A,B,C,E per le strutture attive al 1° gennaio dell'anno). Per gli altri dati (quadri F,G,H,I) entro il 15 gennaio anno successivo di riferimento	Per le strutture che aprono in corso d'anno (entro il 1° del mese successivo alla data di apertura) Per le strutture che chiudono, in corso d'anno (trasmettere entro il 1° del mese successivo alla data di chiusura)

HSP.11	Dati anagrafici delle strutture di ricovero	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 15 gennaio anno di rilevazione (per le strutture attive dal 1° gennaio dell'anno)	Per le strutture che aprono in corso d'anno (entro il 1° del mese successivo alla data di apertura) Per le strutture che chiudono, in corso d'anno (trasmettere entro il 1° del mese successivo alla data di chiusura)
HSP.12	Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 15 aprile anno di rilevazione	
HSP.13	Posti letto per disciplina delle case di cura private	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 15 aprile anno di rilevazione	
HSP.14	Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 15 aprile anno di rilevazione	
HSP.16	Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Annuale	Entro il 15 aprile anno di rilevazione	
HSP.23	Attività delle case di cura private	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Mensile	Entro 15 giorni dalla data di scadenza del trimestre	
HSP.24	Day hospital, nido, pronto soccorso, ospedalizzazione domiciliare	DM 23/12/1996 DM 5/12/2006 e s.m.i.	Mensile	Entro 15 giorni dalla data di scadenza del trimestre	

**MODELLI FLUSSI MINISTERIALI NSIS**

Direzione Generale del Sistema Informativo.

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

**DATI ANAGRAFICI DELLE STRUTTURE SANITARIE**

<b>A</b>	DENOMINAZIONE STRUTTURA _____				
<b>B</b>	<b>CODICE REGIONE</b>	<b>C</b>	<b>CODICE U.S.L./AZ.OSP.</b>	<b>D</b>	<b>ANNO</b>
	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _
<b>F</b>	PARTITA IVA:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
	INDIRIZZO: _____				
	COMUNE:  _ _ _ _ _ _ _ _  _____ _____ _____				
	codice ISTAT	denominazione del Comune	Provincia		
	C.A.P.  _ _ _ _ _				
	TELEFONO  _ _ _ _ _  /  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	DATA DI APERTURA		_ _ _	_ _ _
	FAX  _ _ _ _ _  /  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			giorno	mese
	E-MAIL _____@_____	DATA DI CHIUSURA		_ _ _	_ _ _
	SITO WEB _____			giorno	mese
	CODICI "OLD"  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
<b>G</b>	<b>TIPO DI STRUTTURA</b>				
	<input type="checkbox"/> Ambulatorio e laboratorio <input type="checkbox"/> Altro tipo di struttura territoriale <input type="checkbox"/> Struttura semiresidenziale <input type="checkbox"/> Struttura residenziale				
	MESI DI FUNZIONAMENTO NELL'ANNO:  _ _ _				
<b>H</b>	<b>TIPO DI ASSISTENZA EROGATA</b>				
		GIORNI SETTIMANALI DI APERTURA		ORE SETTIMANALI DI APERTURA	
	<input type="checkbox"/> S01 - Attività clinica	_ _		_ _ _ _	
	<input type="checkbox"/> S02 - Diagnostica strumentale e per immagini	_ _		_ _ _ _	
	<input type="checkbox"/> S03 - Attività di laboratorio	_ _		_ _ _ _	
	<input type="checkbox"/> S04 - Attività di consultorio familiare	_ _		_ _ _ _	
	<input type="checkbox"/> S05 - Assistenza psichiatrica	_ _		_ _ _ _	
	<input type="checkbox"/> S06 - Assistenza per tossicodipendenti/alcolodipendenti	_ _		_ _ _ _	
	<input type="checkbox"/> S07 - Assistenza AIDS	_ _		_ _ _ _	
	<input type="checkbox"/> S08 - Assistenza idrotermale	_ _		_ _ _ _	
	<input type="checkbox"/> S09 - Assistenza agli anziani	_ _		_ _ _ _	
	<input type="checkbox"/> S10 - Assistenza ai disabili fisici	_ _		_ _ _ _	
	<input type="checkbox"/> S11 - Assistenza ai disabili psichici	_ _		_ _ _ _	
	<input type="checkbox"/> S12 - Assistenza ai malati terminali	_ _		_ _ _ _	
<b>I</b>	<b>TIPO DI RAPPORTO CON IL S.S.N.</b>				
	<input type="checkbox"/> 1 - STRUTTURA DIRETTAMENTE GESTITA		<input type="checkbox"/> 2 - STRUTTURA NON DIRETTAMENTE GESTITA		
<b>L</b>					
	<input type="checkbox"/> 1 - INTERNA A STRUTTURA DI RICOVERO		<input type="checkbox"/> 2 - EXTRAOSPEDALIERA		
	CODICE STRUTTURA DI RICOVERO  _ _ _ _ _ _ _ _				
<b>M</b>					
	(barrare la casella corrispondente)				
	<input type="checkbox"/> 1 - SINGOLO MEDICO				
	<input type="checkbox"/> 2 - SOCIETA'				
	<input type="checkbox"/> 3 - SOCIETA' TITOLARE ANCHE DI CASE DI CURA				
	<input type="checkbox"/> 4 - ALTRO				
	<input type="checkbox"/> BARRARE LA CASELLA SE SONO PRESENTI APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE				

Data .....

Il Funzionario responsabile .....

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

**A** DENOMINAZIONE STRUTTURA

<b>B</b> CODICE REGIONE	<b>C</b> CODICE U.S.L.	<b>D</b> CODICE STRUTTURA	<b>E</b> ANNO
_ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _

**F** DATI RELATIVI ALLE APPARECCHIATURE

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



Data .....

Il Funzionario responsabile .....

SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO  
MINISTERO DELLA SALUTE

STS.21

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

**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	
01 Anestesia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
02 Cardiologia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
03 Chirurgia generale	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
04 Chirurgia plastica	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
05 Chirurgia vascolare - Angiologia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
06 Dermosifilopatia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
07 Diagnostica per immagini - Medicina nucleare	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _
08 Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _
09 Endocrinologia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
10 Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
11 Lab. analisi chimico cliniche e microbiologiche - Microbiologia - Virologia - Anatomia e istologia patologica - Genetica- Immunoematologia e s. trasf.	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _
12 Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
13 Nefrologia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
14 Neurochirurgia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
15 Neurologia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
16 Oculistica	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
17 Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
18 Oncologia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
19 Ortopedia e traumatologia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
20 Ostetricia e ginecologia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
21 Otorinolaringoiatria	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
22 Pneumologia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
23 Psichiatria	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
24 Radioterapia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
25 Urologia	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	

26	Altro	□□□□□□□□	□□□□□□□□
----	-------	----------	----------

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

SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO  
MINISTERO DELLA SALUTE

**STS.24**

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

### ASSISTENZA SANITARIA SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE

<b>A</b>	<b>DENOMINAZIONE STRUTTURA</b>	
----------	--------------------------------	--

<b>B</b>	<b>CODICE REGIONE</b>
	□□□□

<b>C</b>	<b>CODICE U.S.L.</b>
	□□□□

<b>D</b>	<b>CODICE STRUTTURA</b>
	□□□□□□□□

<b>E</b>	<b>ANNO</b>
	□□□□

<b>F</b>	<b>ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE</b>
----------	-----------------------------------

TIPO ASSISTENZA	NUMERO POSTI	NUMERO UTENTI	UTENTI RESIDENTI NELLA USL	NUMERO DI GIORNATE
1 - Assistenza psichiatrica	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□□□
2 - Assistenza agli anziani	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□□□
3 - Assistenza ai disabili psichici	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□□□
4 - Assistenza ai disabili fisici	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□□□
5 - Assistenza ai malati terminali	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□□□

<b>G</b>	<b>ATTIVITA' RESIDENZIALE</b>
----------	-------------------------------

TIPO ASSISTENZA	NUMERO POSTI	NUMERO UTENTI	UTENTI IN LISTA DI ATTESA	AMMISSIONI NEL PERIODO	GIORNATE DI ASSISTENZA	DIMISSIONI
1 - Assistenza psichiatrica	□□□□	□□□□		□□□□	□□□□□□□□	□□□□
2 - Assistenza agli anziani	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□□□□
3 - Assistenza ai disabili psichici	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□□□□
4 - Assistenza ai disabili fisici	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□□□□
5 - Assistenza ai malati terminali	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□□□□

Data .....

Il Funzionario responsabile .....



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

<b>A</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	
----------	----------------------	--

<b>B</b>	<b>CODICE REGIONE</b>	<b>C</b>	<b>CODICE U.S.L.</b>	<b>D</b>	<b>ANNO</b>	<b>E</b>	<b>DISTRETTI</b>
	_ _ _		_ _ _		_ _ _ _		_ _ _

<b>F</b>	<b>CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE</b>		
(barrare la casella se il servizio è funzionante; in presenza di CUP indicare il tipo)			
<input type="checkbox"/>	TIPO CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE	<input type="checkbox"/>	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
<input type="checkbox"/>	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	<input type="checkbox"/>	SERVIZIO TRASPORTO PER CENTRO DIALISI
<input type="checkbox"/>	DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE	<input type="checkbox"/>	SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
Se la gestione dell'emergenza è direttamente curata dalla Usi, indicare il numero di :			
AMBULANZE DI TIPO "A"	_ _ _	AMBULANZE DI TIPO "B"	_ _ _
di cui con medico	_ _ _	AMBULANZE PEDIATRICHE	_ _ _
UNITA' MOBILE DI RIANIMAZIONE	_ _ _	AMBULANZE TRASPORTO EMERGENZA NEONATO	_ _ _ /
-			

<b>G</b>	<b>ASSISTIBILI</b>			
	FASCE DI ETA'	FEMMINE	MASCHI	NUMERO
	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	_ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _

<b>H</b>		
ESENZIONI DA TICKET	PER ETA' e REDDITO	_ _ _ _ _ _
	PER ALTRI MOTIVI	_ _ _ _ _ _

Data .....

Il Funzionario responsabile .....

**CONVENZIONI NAZIONALI DI MEDICINA GENERALE E DI PEDIATRIA**

<b>A</b>	<b>DENOMINAZIONE U.S.L.</b>
----------	-----------------------------

<b>B</b>	<b>CODICE REGIONE</b>
	_ _ _ _

<b>C</b>	<b>CODICE U.S.L.</b>
	_ _ _ _

<b>D</b>	<b>ANNO</b>
	_ _ _ _

<b>E   MEDICINA GENERALE</b>					
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			_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	

<b>F   PEDIATRIA</b>					
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 .....

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

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

<b>A</b>	<b>DENOMINAZIONE USL</b>	
----------	--------------------------	--

<b>B</b>	<b>CODICE REGIONE</b>
_ _ _ _	

<b>C</b>	<b>CODICE U.S.L</b>
_ _ _ _	

<b>E</b>	<b>ANNO</b>
_ _ _ _	

<b>F</b>	<b>ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO</b>
----------	--

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

Data .....

Il Funzionario responsabile .....

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

**ATTIVITA' DI ASSISTENZA SANITARIA DI BASE**

<b>A</b> DENOMINAZIONE U.S.L.				
<b>B</b> CODICE REGIONE		<b>C</b> CODICE U.S.L.		<b>D</b> ANNO
_ _ _ _		_ _ _ _		_ _ _ _
<b>F</b> GUARDIA MEDICA - CONTINUITA' ASSISTENZIALE				
				NUMERO
PUNTI				_ _ _ _
MEDICI TITOLARI				_ _ _ _
ORE TOTALI				_ _ _ _ _ _ _
CONTATTI EFFETTUATI				_ _ _ _ _ _ _
RICOVERI PRESCRITTI				_ _ _ _ _ _ _
MEDICI CON DISPONIBILITA' DOMICILIARE				_ _ _ _
ORE DI APERTURA DEL SERVIZIO				_ _ _ _ _ _ _
<b>G</b> ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA				
		NUMERO	IMPORTO (in Euro)	
RICETTE DI SPECIALITA MEDICINALI E GALENICI		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
ASSISTENZA INTEGRATIVA			_ _ _ _ _ _ _ _	
TICKET E QUOTE FISSE			_ _ _ _ _ _ _ _	
RICETTE ESENTI		_ _ _ _ _ _ _		
-				
<b>H</b> ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA				
CASI TRATTATI		_ _ _ _ _ _ _	UTENTI IN LISTA DI ATTESA	
di cui anziani		_ _ _ _ _ _ _		
di cui malati terminali		_ _ _ _ _ _ _		
ACCESSI DEL PERSONALE MEDICO		_ _ _ _ _ _ _	di cui ad anziani	
			di cui a malati terminali	
			_ _ _ _ _ _ _ _	
			_ _ _ _ _ _ _ _	
			_ _ _ _ _ _ _ _	
			_ _ _ _ _ _ _ _	
ORE DI ASSISTENZA EROGATA		TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI	ALTRI OPERATORI
di cui ad anziani		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
di cui a malati terminali		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
ACCESSI DEGLI OPERATORI		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
di cui ad anziani		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
di cui a malati terminali		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<b>I</b> ASSISTENZA PROGRAMMATA				
NUMERO DI MEDICI :			_ _ _ _ _ _ _	
NUMERO DI AUTORIZZAZIONI CONCESSE :			_ _ _ _ _ _ _	

Data .....

Il Funzionario responsabile .....

SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO  
MINISTERO DELLA SALUTE

RIA.11

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

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

<b>A</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>				
<b>B</b>	<b>CODICE STRUTTURA</b>	<b>C</b>	<b>CODICE U.S.L.</b>	<b>D</b>	<b>ANNO</b>
	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _		_ _ _ _
<b>E</b>	<p style="text-align:center;">PARTITA IVA:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>INDIRIZZO: _____</p> <p>COMUNE:  _ _ _ _ _ _ _ _       _____      _____</p> <p style="text-align:center; font-size:small;">codice ISTAT      denominazione del Comune      Provincia</p> <p style="text-align:center; font-size:small;">C.A.P.  _ _ _ _ </p> <p>TELEFONO  _ _ _ _ _  /  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _       DATA DI APERTURA  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>FAX  _ _ _ _ _  /  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _       giorno mese anno</p> <p>E-MAIL _____ @ _____      DATA DI CHIUSURA  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>SITO WEB _____      giorno mese anno</p> <p style="text-align:center; font-size:small;">CODICI "OLD"  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align:center; font-size:small;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align:center; font-size:small;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align:center; font-size:small;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align:center; font-size:small;">TIPO STRUTTURA :    PUBBLICA  _     PRIVATA  _ </p> <p>TIPO ASSISTENZA EROGATA :    RESIDENZIALE  _     SEMIRESIDENZIALE  _     AMBULATORIALE  _     EXTRAMURALE E/O DOMICILIARE  _ </p>				
<b>F</b>	<b>DATI DI STRUTTURA</b>				
		POSTI	ORE DI FUNZIONAMENTO	UTENTI IN LISTA DI ATTESA	
	ASSISTENZA RESIDENZIALE :	_ _ _ _		_ _ _ _	
	ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE :	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
<b>G</b>	<b>PERSONALE</b>				
	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 :	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
<b>H</b>	<b>ATTIVITA' DI ASSISTENZA RIABILITATIVA</b>				
	----- RESIDENZIALE -----	----- SEMIRESIDENZIALE -----	----- AMBULATORIALE -----		NUMERO
	NUMERO	GIORNATE DI	NUMERO	GIORNATE DI	ACCESSI
	UTENTI	ASSISTENZA	UTENTI	ASSISTENZA	
	RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
	RIABILITAZIONE PNEUMOLOGICA	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
	RIABILITAZIONE MOTORIA	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
	RIABILITAZIONE PSICO-SENORIALE	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
	RIABILITAZIONE NEUROPSICH. INFANTILE	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
	ALTRO	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
<b>I</b>	<b>ATTIVITA' DI ASSISTENZA RIABILITATIVA EXTRAMURALE E DOMICILIARE</b>				
	NUMERO UTENTI :  _ _ _ _ _				





BARRARE LA CASELLA SE SONO PRESENTI APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE

Data .....

Il Funzionario responsabile .....

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

A		B		C		D							
DENOMINAZIONE		CODICE STRUTTURA		CODICE U.S.L./AZ.OSP.		ANNO							
_ _ _   _ _ _		_ _ _   _ _ _		_ _ _		_ _ _ _							
E													
CODICE DEL REPARTO													
CODICE DISCIPLINA	PROGRESSIVO DIVISIONE	SUB-CODICE	TIPO DIVISIONE	ASSISTENZA FAMILIARE	POSTI LETTO			DEGENZE ORDINARIE A PAGAMENTO	DATA DI APERTURA		DATA DI CHIUSURA		
					DAY HOSPITAL	DAY SURGERY	DEGENZE ORDINARIE		MESE	ANNO	MESE	ANNO	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	
_ _	_ _	_ _	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	

Data .....

Il Direttore Sanitario .....

**POSTI LETTO PER DISCIPLINA DELLE CASE DI CURA PRIVATE**

<b>A</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	
----------	----------------------	--

<b>B</b>	<b>CODICE STRUTTURA</b>				
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px;"> _ _ _ </td> <td style="width: 20px;"> _ _ _ </td> <td style="width: 20px;"> _ _ _ </td> <td style="width: 20px;"> _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _		

<b>C</b>	<b>CODICE U.S.L.</b>		
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px;"> _ _ _ </td> <td style="width: 20px;"> _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _		

<b>D</b>	<b>ANNO</b>		
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px;"> _ _ _ </td> <td style="width: 20px;"> _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _		

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

CODICE DISCIPLINA	FASCIA DI APPARTENENZA	POSTI LETTO PER			DATA INIZIO ACCREDITAMENTO		DATA FINE ACCREDITAMENTO	
		DEGENZA ORDINARIA	DAY HOSPITAL	DAY SURGERY	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 .....

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

A	DENOMINAZIONE STRUTTURA		C	D
B	CODICE STRUTTURA		CODICE U.S.L./AZ.OSP.	ANNO
	□□□□ □□□□		□□□□	□□□□
E DATI RELATIVI ALLE APPARECCHIATURE				
CLASSE	DESCRIZIONE	NUMERO APPARECCHIATURE FUNZIONANTI		
C I P	CAMERA IPERBARICA	□□□□		
E C T	ECOTOMOGRAFO	□□□□		
T A C	TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO	□□□□		
E M D	EMODIALISI, APPARECCHIO PER	□□□□		
A M E	ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO	□□□□		
M O N	MONITOR	□□□□		
T R M	TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA	□□□□		
T O P	TAVOLO OPERATORIO	□□□□		
G R D	GRUPPO RADIOLOGICO	□□□□		
V P O	VENTILATORE POLMONARE	□□□□		
P R D	PORTATILE PER RADIOSCOPIA, APPARECCHIO	□□□□		
A L I	ACCELERATORE LINEARE	□□□□		
T T E	TAVOLO TELECOMANDATO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO	□□□□		
A I C	ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCHEMICA	□□□□		
G C C	GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA	□□□□		
A N S	ANESTESIA, APPARECCHIO PER	□□□□		
L S C	LAMPADA SCIALITICA	□□□□		
G C D	CONTAGLOBULI AUTOMATICO DIFFERENZIALE	□□□□		
M A G	MAMMOGRAFO	□□□□		
A D G	ANGIOGRAFIA DIGITALE, SISTEMA PER	□□□□		
P E T	TOMOGRAFO AD EMISSIONE DI POSITRONI	□□□□		
O R G	ORTOPANTOMOGRAFO	□□□□		
R X D	RADIOLOGIA DENTALE PANORAMICA, APPARECCHIO PER	□□□□		
G T T	SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO	□□□□		
S S P	SISTEMA CT/PET INTEGRATO	□□□□		

Data .....

Il Funzionario responsabile .....

Direzione Generale del Sistema Informativo.

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

STRUTTURA RILEVATA

STRUTTURA DI RICOVERO	USL/AZ.OSP.	ANNO	

**PERSONALE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO EQUIPARATE ALLE PUBBLICHE E DELLE CASE DI CURA PRIVATE**

TIPOLOGIA DI PERSONALE	CODICE	TEMPO INDETERMINATO		TEMPO DETERMINATO		ALTRO TIPO DI RAPPORTO
		T. PIENO	T. PARZ.	T. PIENO	T. PARZ.	
<b>RUOLO SANITARIO</b>						
MEDICO	S00MD0					
ODONTOIATRA	S00OD0					
FARMACISTA	S00FM0					
BIOLOGO	S00BI0					
CHIMICO	S00CH0					
FISICO	S00FI0					
PSICOLOGO	S00PS0					
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	S00DP0					
PERS.INFERMIERISTICO	S00I10					
PERS.TECNICO SANITARIO	S00T10					
PERS. DI VIGILANZA ED ISPEZIONE	S00V10					
PERS. DELLA RIABILITAZIONE	S00R10					
TIPOLOGIA ATIPICA DEL RUOLO SANITARIO	S99AT0					
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>						
AVVOCATO /PROCURATORE LEGALE	P00AV0					
INGEGNERE	P00IG0					
ARCHITETTO	P00AH0					
GEOLOGO	P00GE0					
ASSISTENTE RELIGIOSO	P00AR0					
TIPOLOGIA ATIPICA RUOLO PROFESSIONALE	R99AT0					
<b>RUOLO TECNICO</b>						
ANALISTA	T00AN0					
STATISTICO	T00ST0					
SOCIOLOGO	T00SO0					
ASSISTENTE SOCIALE	T00AS0					
COLLABORATORE TECNICO - PROFESSIONALE	T00CT0					
ASSISTENTE TECNICO	T00AT0					
PROGRAMMATORE	T00PS0					
OPERATORE TECNICO	T00OT0					
OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL' ASSISTENZA	T00OA0					
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	T00AU0					
TIPOLOGIA ATIPICA RUOLO TECNICO	T99AT0					
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>						
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	A00DA0					
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO - PROFESSIONALE	A00CO0					
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	A00AA0					
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	A00CA0					
COMMESSE	A00CM0					
TIPOLOGIA ATIPICA RUOLO AMMINISTRATIVO	A99AT0					
<b>RESTANTE PERSONALE</b>						
ALTRO PERSONALE	R99RP0					
<b>TOTALE</b>						

Data .....

Il Funzionario responsabile .....

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

### ATTIVITA' DELLE CASE DI CURA PRIVATE

<b>A</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>
----------	----------------------

<b>B</b>	<b>CODICE STRUTTURA</b>
_ _ _ _   _ _ _ _	

<b>C</b>	<b>CODICE U.S.L.</b>
_ _ _ _	

<b>D</b>	<b>ANNO</b>
_ _ _ _	

<b>E</b>	<b>MESE</b>
_ _	

<b>F</b>	<b>ATTIVITA' ACCREDITATA</b>
----------	------------------------------

CODICE	PRESENTI INIZIO MESE	ENTRATI NEL MESE TOTALE	DI CUI TRASFERITI	DIMESSI NEL MESE TOTALE	DI CUI TRASFERITI	ENTRATI E USCITI NELLO STESSO GIORNO	DECEDUTI	GIORNATE DI DEGENZA
_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _
_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _
_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _
_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _
_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _

<b>G</b>	<b>ATTIVITA' NON ACCREDITATA</b>
----------	----------------------------------

CODICE	PRESENTI INIZIO MESE	ENTRATI NEL MESE TOTALE	DI CUI TRASFERITI	DIMESSI NEL MESE TOTALE	DI CUI TRASFERITI	ENTRATI E USCITI NELLO STESSO GIORNO	DECEDUTI	GIORNATE DI DEGENZA
_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _
_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _
_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _
_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _
_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _

Data .....

Il Direttore sanitario .....





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

<b>A</b>	<b>DENOMINAZIONE STRUTTURA</b>
----------	--------------------------------

<b>B</b>	<b>CODICE STRUTTURA</b>	<b>C</b>	<b>CODICE U.S.L./AZ.OSP</b>	<b>D</b>	<b>ANNO</b>	<b>E</b>	<b>MESE</b>
	□□□□ □□□□		□□□□		□□□□□□		□□□□

<b>F</b>	<b>DAY-HOSPITAL</b>
----------	---------------------

CODICE DEL REPARTO			
CODICE DISCIPLINA	PROGRESSIVO DI DIVISIONE	POSTI LETTO MEDI	GIORNATE DI PRESENZA
□□	□□	□□□□	□□□□
□□	□□	□□□□	□□□□

<b>G</b>	<b>NIDO</b>
----------	-------------

CODICE DEL REPARTO				
CODICE DISCIPLINA	PROGRESSIVO DI DIVISIONE	NATI NEL MESE	NEONATI PRESENTI A INIZIO PERIODO	GIORNATE DI PRESENZA
□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□
□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□

<b>H</b>	<b>PRONTO SOCCORSO</b>
----------	------------------------

RICOVERATI	NON RICOVERATI	DI CUI INVIATI AD ALTRA STRUTTURA	DECEDUTI	NUMERO PRESTAZIONI
□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□

<b>H1</b>	<b>PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO</b>
-----------	-----------------------------------

RICOVERATI	NON RICOVERATI	DI CUI INVIATI AD ALTRA STRUTTURA	DECEDUTI
□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□

<b>I</b>	<b>SALE OPERATORIE</b>
----------	------------------------

ORE EFFETTIVE DI ATTIVITA' DELLE SALE OPERATORIE	NUMERO INTERVENTI CHIRURGICI	
	IN DAY SURGERY	IN REGIME AMBULATORIALE
□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□

<b>L</b>	<b>OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE</b>
----------	-------------------------------------

NUOVI PAZIENTI	PAZIENTI GIA' IN TRATTAMENTO	PAZIENTI DIMESSI
□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□

<b>M</b>	<b>NATI IMMATURI</b>
----------	----------------------

NATI CON PESO INFERIORE A 2500 GRAMMI	
TOTALE	DI CUI DECEDUTI
□□□□	□□□□

Data .....

Il Direttore sanitario .....