

## 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**

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

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

<b>F1</b>	<b>PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO</b>
-----------	-----------------------------------

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

<b>G</b>	<b>SALE OPERATORIE</b>
----------	------------------------

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

Data .....

Il Direttore sanitario .....