|  |  |
| --- | --- |
| **SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO** |  |
| **MINISTERO DELLA SALUTE** |  | **STS.11** |
|

|  |
| --- |
| Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica. |
| Direzione Generale della programmazione sanitaria. |

 |  |

**DATI ANAGRAFICI DELLE STRUTTURE SANITARIE**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B** |  | **CODICE REGIONE** |  |  | **C** |  | **CODICE U.S.L./AZ.OSP.** |  | **C.1** |  | **CODICE DISTRETTO** |  | **D** |  | **CODICE STRUTTURA** |  | **E** |  | **ANNO** |
| **1 9 0** |  |  | **2 0 6** |  | **| | | | | | |** |  | **| | | | | | |** |  | **| | | | |** |

|  |  |
| --- | --- |
|  **F** |  |
|  | PARTITA IVA: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|INDIRIZZO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COMUNE: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ codice ISTAT denominazione del Comune ProvinciaC.A.P. **| | | | | |**TELEFONO **| | | | / | | | | | | | |** DATA DI APERTURA |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|FAX **| | | | / | | | | | | | |** giorno mese annoE-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA DI CHIUSURA |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|SITO WEB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorno mese annoCODICI “OLD” |\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_| |

|  |  |
| --- | --- |
|  **G** |  **TIPO DI STRUTTURA** |
|  | |  | Ambulatorio e laboratorio|\_\_| Altro tipo di struttura territoriale|\_\_| Struttura semiresidenziale|\_\_| Struttura residenziale|\_\_| Casa della ComunitàMESI DI FUNZIONAMENTO NELL’ANNO : |\_| **\_**| |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **H** |  **TIPO DI ASSISTENZA EROGATA** |
|  |  GIORNI SETTIMANALI ORE SETTIMANALI DI APERTURA 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 COMUITA’ |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |

|  |  |
| --- | --- |
|  **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 ..................................................