**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

**MINISTERO DELLA SALUTE**

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

Direzione generale della programmazione sanitaria

# 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.

**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**

**RIA.11**

**RIA.11**

**MINISTERO DELLA SALUTE**

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

Direzione generale della programmazione sanitaria

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 |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| DATA DI APERTURA | \_|\_ | | \_| \_| | \_|\_ | \_| \_|** |
| **FAX |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| giorno mese anno** |
| **E-MAIL @ DATA DI CHIUSURA | \_| \_| |\_ | \_| | \_| \_| \_|\_ |** |
| **SITO WEB giorno mese anno** |
| **CODICI “OLD” | | | || | | |** |
| **| | | | | | | |** |
| **| | | | | | | |** |
| **| | | | | | | |** |
| **TIPO STRUTTURA: PUBBLICA | | PRIVATA | |** |
| **TIPO ASSISTENZA EROGATA: RESIDENZIALE | | SEMIRESIDENZIALE | | AMBULATORIALE | | EXTRAMURALE E/O DOMICILIARE | |** |
| **F** | **DATI DI STRUTTURA** |
| **ASSISTENZA RESIDENZIALE: ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE:** | **POSTI****| | | |****| | | |** |  |  |  | **ORE DI FUNZIONAMENTO** **| | | |** | **UTENTI IN LISTA DI ATTESA****| | | |****| | | |** |
| **G** | **PERSONALE** |
| **ASSISTENZA RESIDENZIALE: ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE: ASSISTENZA AMBULATORIALE:****ASSISTENZA EXTRAMURALE E/O DOMICILIARE:** | **NUMERO MEDICI****| | | | | ORE LAVORATE****| | | | | |** **| | | | | |** **| | | | | |**  **| \_ | \_ | \_ |\_ | \_ |**  | **|** | **|****|****|** |  | **NUMERO TERAPISTI NUMERO LOGOPEDISTI****| | | | | | | | | |****ORE LAVORATE ORE LAVORATE****| | | | | | | | | | | |** **| | | | | | | | | | | |** **| | | | | | | \_ | \_ | \_ |\_ | \_ |\_|****| | | | | | | \_ | \_ | \_ |\_ | \_ |\_|** | **ALTRO PERSONALE****| | | | |** **ORE LAVORATE****| | | | | | |** **| | | | | | |** **| | | | | | |** **| | \_ |\_ | \_ |\_ |\_ |\_ |** |
| **H** | **ATTIVITA’ DI ASSISTENZA RIABILITATIVA** |
| **------------------- RESIDENZIALE ----------------------- ----------------- SEMIRESIDENZIALE ----------------- ------ AMBULATORIALE -------****NUMERO GIORNATE DI NUMERO GIORNATE DI NUMERO UTENTI ASSISTENZA UTENTI ASSISTENZA ACCESSI****RIABILITAZIONE NEUROLOGICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |** **RIABILITAZIONE PNEUMOLOGICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |** **RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |** **RIABILITAZIONE MOTORIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |** **RIABILITAZIONE PSICO-SENSORIALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |****RIABILITAZIONE NEUROPSICH. INFANTILE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |****ALTRO | \_| \_| \_| \_| | \_| \_| \_| \_| \_| \_| \_| \_| | \_| \_| \_| \_| | \_| \_| \_| \_| \_| \_|\_ |\_ | | \_| \_| \_| \_| \_| \_| \_| \_|** |
|  **I**  | **ATTIVITA’ DI ASSISTENZA RIABILITATIVA EXTRAMURALE E DOMICILIARE** |
| **NUMERO UTENTI:** | **| | | | |** |  |  |  |  |  |

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