

**REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4
CHIVASSO**

**CONTRATTO
PER LA EROGAZIONE AL SSR DI ATTIVITA' SANITARIA
PER L'ANNO 2013**

TRA

**ASL TO4
CHIVASSO**

**CENTRO DIAGNOSTICO MALPIGHI
SRL
CHIVASSO**

ACCORDO CONTRATTUALE

CONTRATTO, AI SENSI DELL'ART. 8-QUINQUIES DEL D.LGS. 502/1992 E SMI, PER LA EROGAZIONE AL SSR DI ATTIVITA' SANITARIA.

Tra

- l'Azienda Sanitaria Locale TO 4 con sede legale in Chivasso, via Po 11 CAP 10034, partita IVA e codice fiscale n. 09736160012, rappresentata dal Direttore Generale dott. Flavio Boraso, nato a Moncalieri il 19.03.1961 e domiciliato per la carica e ai fini del presente atto in Chivasso presso la sede legale dell'Azienda, successivamente ASL TO 4

e

- la struttura privata ambulatoriale accreditata Centro Diagnostico Malpighi SRL, sita in Chivasso, via Italia 12, P.I. e C.F. 01089030017, rappresentata da Maria Caldera, nata a Vercelli il 11.12.1949 e domiciliata per la carica e ai fini del presente atto presso la sede legale della Struttura, nella sua qualità di Legale rappresentante dell'Ente (ovvero con mandato speciale di rappresentanza), successivamente Centro Diagnostico Malpighi SRL.

Premesso che

a) il d.lgs 502/1992 e s.m.i., agli art.li 8-bis, 8-quater e 8-quinquies, disciplina la partecipazione al Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) dei soggetti erogatori privati nei seguenti termini:

- le Regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;

- l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli enti del Ssn – Regioni e Asl - a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;

le Asl definiscono contratti con le strutture private nel rispetto dello schema contrattuale approvato con D.G.R. n. 13-6038 del 2 luglio 2013;

b) con D.G.R. n° 34-9619 in data 15.09.2008 e s.m.i. la Regione Piemonte ha provveduto alla assunzione dell'atto di regolazione delle responsabilità riservate all'istituzione regionale nonché alle ASR, in attuazione di quanto previsto dal comma 1 del medesimo art. 8 quinquies;

c) il medesimo provvedimento, anche sulla base di quanto già previsto dalla citata norma di riferimento dell'art. 8 quinquies comma 2 lett. a, b, c, d, e, e bis, ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto del contratto, suscettibili peraltro di essere integrati dagli elementi ulteriori di ravvisata opportunità nella prospettiva di perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi (ristrutturazioni/riconversioni di attività, trasferimenti di sedi con o senza ristrutturazioni/riconversioni, fusioni, concentrazioni etc.), programmazione delle risorse ed equilibrio delle gestioni sanitarie, fortemente ribadito all'art 79 della decretazione sopra citata;

d) la Casa di cura/ Struttura ambulatoriale risulta accreditata definitivamente per l'attività ambulatoriale nei termini indicati nell'allegato A;

Tutto ciò premesso, da considerarsi parte integrante e sostanziale del presente contratto, si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1

(Elementi essenziali oggetto del contratto)

1. Il presente contratto contiene gli elementi essenziali che seguono:

a) Disciplina il rapporto tra l'ASL TO 4 e la Casa di cura/Struttura Malpighi di Chivasso, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per la erogazione al SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria secondo le tipologie di seguito indicate (n.d.r. con stralcio di quanto non previsto) contro corrispettivo preventivato:

- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza ordinaria;
- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza diurna;

prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

- Le prestazioni oggetto del contratto devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi per la parte di interesse della struttura privata, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da acquisire presso la Casa di cura/struttura da parte dell'ASL in quanto parte del territorio subregionale di riferimento definito in sede di coordinamento sovrazonale dalle ASL e ASO (ovvero AOU) interessate, in coerenza con gli obiettivi di salute della legge regionale di piano, tenendo altresì conto della mobilità interregionale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2 art. 8 quinquies cit.

b) Determina il volume massimo delle prestazioni che la Casa di cura/struttura si impegna ad assicurare distinto per tipologia e modalità di erogazione, e tenendo anche conto delle eventuali prestazioni che fossero state individuate dalla Regione come soggette a preventiva autorizzazione dell'ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. b) del comma 2 art. 8 quinquies cit., con la modifica prevista dal comma 1 quinquies dell'art 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.

c) Definisce i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia nonché con il programma di integrazione dei servizi sopra richiamato definito in sede di coordinamento sovrazonale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. c) del comma 2 art. 8 quinquies cit.

d) Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni degenziali e ambulatoriali derivanti dalla tariffazione regionale da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività svolte. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. d) del comma 2 art. 8 quinquies.

e) Definisce il debito informativo della Casa di cura per il monitoraggio del contratto pattuito e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art. 8 quinquies.

f) Precisa le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi e tipologie concordati delle prestazioni, prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo delle prestazioni remunerate, di cui alla lett. b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lett. d). Quanto sopra in corrispondenza della lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.

g) Definisce gli ulteriori profili ravvisati necessari alla garanzia della coerenza agli obiettivi prioritari di sistema dell'assistenza sanitaria regionale e territoriale.

Art. 2

(Il programma di integrazione dei servizi)

Il programma di integrazione dei servizi riguardante :

1. i cittadini residenti nel residuo territorio regionale (compresi stranieri, STP, ENI);
2. i cittadini di residenza extraregionale

è quello definito, sulla base delle indicazioni e della programmazione regionale, in sede di coordinamento sovrazonale dalle ASL e ASO/AOU del territorio subregionale AFS e riportato, per la parte afferente le prestazioni che devono essere erogate della casa di cura/struttura, nell'allegato B) .

Esso rappresenta il fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni che questa ASL intende acquistare dalla Casa di cura/Struttura, che con la sottoscrizione del presente contratto si impegna ad assicurare verso il corrispettivo delle tariffe previste dai tariffari indicati nell'articolo 5) .

Le parti concordano di inserire, nei tempi e con le modalità che saranno definite dalla Regione, le prestazioni della Casa di cura nel sistema integrato del Sovracup regionale o nel Centro Unico di prenotazioni dell'ASL.

Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intero arco temporale dell'annualità e, all'interno di essa, nei singoli mesi con distribuzione coerente all'ordinato andamento fisiologico della domanda.

Art. 3

(Volume delle prestazioni)

Il volume di prestazioni che la Casa di cura si impegna ad assicurare e l'ASL a remunerare, distinto per tipologia e modalità di erogazione , ivi comprese le prestazioni individuate dalla Regione soggette alla preventiva autorizzazione ASL per la fruizione (art. 8 quinquies comma 2 lett b) e s.m.i., è quello previsto nell'allegato B del presente contratto, cui è connesso, nell'allegato A), il quadro dei letti accreditati e dei letti contrattati della struttura (nota allegata) .

NON possono essere effettuate compensazioni tra i budget per i residenti nella regione e quelli previsti per i residenti di altre regioni e tra i budget relativi alle prestazioni di ricovero (RO e DH) e a quelle ambulatoriali.

Art. 4

(Requisiti dei servizi)

I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione in particolare per quanto concerne in materia di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale.

Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art. 5

(Corrispettivo)

Il corrispettivo delle prestazioni erogate non può mai superare quello preventivato, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni degenziali a tariffa o diaria regionale, delle prestazioni ambulatoriali a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni remunerate in via extratariffaria regionale. I valori dei corrispettivi sono determinati **nell'allegato B)** (come illustrato nella nota allegata) a fronte di prestazioni e funzioni precisati come di seguito:

A) RICOVERI

A1) Prestazioni di ricovero per acuti: N. erogabile suddiviso per disciplina e a sua volta per DRG (oppure, se sufficiente, per MDC) e per regime di ricovero (RO oppure DH): = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo prestazioni di ricovero per acuti.

A2) Prestazioni di ricovero per post acuzie : N. giornate di degenza erogabile suddiviso per codice disciplina e a sua volta per regime di ricovero (RO oppure DH) = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo per post acuzie.

B) PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

N. prestazioni suddivise per discipline/branche e raggruppate per gruppi accordo (DRG n. 53-3377 del 11/07/2006) = Costo per tipologia di prestazione e costo complessivo prestazioni ambulatoriali

Le tariffe applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente alla data in cui viene erogata la prestazione (per i ricoveri la data è quella della dimissione) per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente per l'attività di specialistica ambulatoriale al netto degli sconti, se previsti al momento della erogazione della prestazione, dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 e dalla D.G.R. n. 5-6391 del 17/07/2007 di attuazione di detta norma.

Il **COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO** è determinato dalla sommatoria dei costi annui delle singole tipologie di prestazioni ed è suddiviso tra costo massimo per residenti nella regione e per residenti fuori regione.

Detto COSTO è il seguente :

- COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO € 1.574.207 (unmilione cinquecento settantaquattromiladuecento sette) di cui:

a) costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti nella Regione = € 1.569.446 (unmilione cinquecento sessantanove mila quattrocento quarantasei) di cui

a)1 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni ambulatoriali per residenti nella Regione e stranieri = € 1.569.446 (unmilione cinquecento sessantanove mila quattrocento quarantasei)

b) costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione = € 4.761 (quattromilasettecento sessantuno) di cui:

b)1 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni ambulatoriali per residenti fuori Regione = € 4.761 (quattromilasettecento sessantuno)

e costituisce il budget della struttura/casa di cura per l'anno 2013, a valere per tutte le prestazioni convenute per quantità e priorità e con le condizioni di flessibilità previste dagli artt. 3 e 7 del presente contratto. In detti costi annui massimi sono compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci (tracciato F) se prevista e autorizzata preventivamente dalla Direzione Sanità.

Le prestazioni erogate nell'anno 2013 nel periodo antecedente la sottoscrizione del presente contratto sono ricomprese nei costi massimo annuo sudeterminati delle singole aree produttive.

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione. Qualora non venga prodotto per i singoli codici di disciplina

di ricovero almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata. Qualora, per le prestazioni ambulatoriali, non venga prodotto per i singoli gruppi di accordo almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata. Gli scostamenti dei valori della produzione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero rispetto al budget non possono essere oggetto di compensazione per cui le differenze non possono essere riconosciute. L'eventuale minor produzione, rispetto al valore contrattuale, per i residenti nella Regione Piemonte non può essere compensata con la maggior produzione per i residenti di altre regioni. L'eventuale minor produzione, rispetto al valore contrattuale, per i residenti di altre Regioni non può essere compensata con la maggior produzione per i residenti della Regione Piemonte.

Il corrispettivo relativo alla produzione di prestazioni viene liquidato dall'ASL competente per territorio in quote mensili posticipate rispetto alla fatturazione del periodo di riferimento nella misura del 90% del valore complessivo a preventivo; il pagamento delle quote mensili avverrà, secondo la normativa di cui al d. lgs. 9 ottobre 2002 n. 231, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario. Qualora la produzione sia inferiore al 90% del corrispettivo preventivato l'ASL ridurrà le quote mensili al 90% del valore dell'effettiva produzione. I maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 incassati dalle singole strutture/case di cura dovranno essere mensilmente versati alle ASL mediante decurtazione della quota di acconto mensile.

Entro il mese di settembre e entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento sono oggetto di verifica i risultati quantitativi di produzione e le attività svolte rispettivamente nel primo semestre e nell'anno rispetto ai volumi di prestazioni concordate ed alle funzioni previste.

In caso di riscontro positivo si procede alla liquidazione finale del corrispettivo pattuito, sempre entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario.. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione, comprese quelle previste dall'art. 6 ultimo comma del presente contratto, si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione con accordo tra le parti, da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati, ferma restando la piena facoltà delle parti stesse di adire la via giurisdizionale ordinaria.

In presenza di variazioni, complessivamente in aumento, dei tariffari regionali successivamente alla stipulazione dei contratti, si procede in attuazione della procedura di cui alla lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies, così come modificato dalla legge 6 agosto 2008 n. 133 di conversione del D. L. n. 112/2008, mediante rideterminazione del volume massimo delle prestazioni remunerabili nella misura necessaria al mantenimento del limite originario di corrispettivo. Nel caso di riscontro di prestazioni in eccedenza ai volumi previsti delle singole aree produttive, il corrispettivo preventivato permane nella piena validità e l'eventuale attività di fatturazione o richiesta di pagamento correlata alle suddette eccedenze è priva di titolo ad eccezione delle eventuali eccedenze di costo per prestazioni rese ad utenti extra regionali che potranno essere retribuite, in assenza di accordi di confine con le altre Regioni, al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale. Alle strutture verrà riconosciuto l'importo eccedente in misura pari alla percentuale di prestazioni riconosciute alla Regione rispetto a quelle addebitate complessivamente alle altre Regioni.

Art. 6

(Il debito informativo e il controllo esterno di appropriatezza)

Il debito informativo della Casa di cura e l'attività di controllo esterno di appropriatezza sono regolati dall'art. 8 octies del D.Lgs 229/1999, nonché dagli atti e documenti cui la normativa

stessa fa rinvio in materia, derivanti dai livelli nazionali (Ministero della Salute, flussi informativi; Min. Ec Fin.), regionali (Atti della Regione Piemonte) infra-regionali eventuali (Documenti del coordinamento sovrazonale di AFS) previsti in sede di programma di integrazione dei servizi.

La casa di Cura conferma la accettazione di consenso all'attività di vigilanza dell'apposita Commissione prevista dalla normativa vigente, nonché alle ulteriori attività di controllo esercitate nell'ambito della funzione ispettiva regionale, e si impegna ad agevolare l'attuazione mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

La Casa di Cura si impegna a verificare al momento della presa in carico l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale della persona assistita tramite la rilevazione del Codice Fiscale unicamente dalla Tessera Sanitaria (o TS-CNS) rilasciata dalla Agenzia delle Entrate (è opportuno che la Casa di Cura conservi copia della Tessera), come previsto dall'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003 n. 269, convertito con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i..

La Casa di Cura si impegna a rispettare puntualmente le disposizioni della DGR 19-5226 del 16/01/2013 avente per oggetto " Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2013 e 2014". Non saranno riconosciute prestazioni non rilevate nel pieno rispetto degli obblighi suddetti.

In ordine alle procedure di controllo della codificazione delle SDO, si precisa che ogni rettifica di registrazione connessa alla corretta applicazione in riduzione della tariffazione regionale, anche separata e successiva alla procedura contestativa ex art 5 sesto comma del presente contratto, è suscettibile di determinare il recupero dei valori relativi, salva la responsabilità ex art. 1218 cod. civ., entro il quinquennio successivo all'esecuzione delle prestazioni.

Art.7

(assistenza ospedaliera)

L'utilizzo della capacità produttiva può avvenire con i seguenti criteri e condizioni di flessibilità.

Fermo restando il limite complessivo del corrispettivo preventivato ed il limite giornaliero dato dalla capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito esclusivamente nei limiti quantitativi dei posti delle aree funzionali omogenee (A.F.O. come definite dalla regolamentazione vigente) con il limite di un tasso massimo di occupazione dei posti letto contrattati nella misura dello 80% per l'acuzie, del 95% per la riabilitazione, del 98% per la lungodegenza.

Le prestazioni previste in regime di ricovero ordinario e in regime di ricovero diurno possono essere erogate, qualora siano già previsti dalla Regione gli importi tariffari oppure siano state fornite indicazioni in tal senso, rispettivamente in regime diurno ovvero in regime ambulatoriale . Il costo complessivo di dette prestazioni non può essere superiore a quello originalmente previsto dal presente accordo .

Art.8

(risoluzione e inadempimento)

La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento della struttura di cui alla lett. d) della premessa determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente contratto.

Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente contratto.

Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto, come indicati agli artt. da 1 a 7, sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art. 1454 cod.civ.

E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. della parte inadempiente.

In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purchè formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione ricettizia formulata dalla parte che ha contestato.

In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purchè contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL.

Art. 9

(durata e aggiornamento)

Il presente contratto ha validità per tutto l'anno 2013e più esattamente per il periodo intercorrente tra il primo gennaio e il 31 dicembre 2013

La Casa di cura/struttura con la sottoscrizione del presente contratto dà atto di essere perfettamente a conoscenza della normativa nazionale e regionale vigente ed in particolare della D.G.R. n. 13-6038 del 2 luglio 2013 avente per oggetto: " Definizione criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2013 degli erogatori privati e di quelli equiparati a quelli pubblici"

Art. 10

(foro competente e rinvio normativo)

In caso di controversia relativa ai contratti stipulati ex art. 8 quinquies D.lgs 502/1992 e s.m.i. si conviene che il foro competente è quello della giurisdizione civile della sede legale dell'ASL contraente.

Per quanto non previsto dal presente contratto si rinvia alle disposizioni di cui agli artt. 1325 e sgg. Cod. civ. nonché alla vigente normativa generale relativa all'assistenza sanitaria ospedaliera ed ambulatoriale.

Letto, confermato e sottoscritto.

Chivasso, 15.09.2013

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DEL CENTRO DIAGNOSTICO MALPIGHI
(Dott. Giovanni Bo)
Firmato in originale

IL DIRETTORE GENERALE DELL'ASL TO 4
(Dott. Flavio Boraso)
Firmato in originale

NOTE

1 – Capacità produttiva accreditata (allegato A dell'accordo)

Per l'assistenza ospedaliera deve essere composta una tabella (allegato A) con le seguenti colonne:

area funzionale omogenea;

disciplina (codice e descrizione);

posti letto accreditati (ordinari, diurni e totale);

posti letto autorizzati e non accreditati (ordinari, diurni e totale);

posti letto totali (ordinari, diurni e totale)

Nelle righe occorre prevedere:

una riga per ogni disciplina;

per il codice 56, 2 righe (1° e 2° livello);

per il codice 40, 3 righe (acuzie, post acuzie riabilitativa, post acuzie lungodegenza)

totali per AFO;

totali per acuzie;

totali per postacuzie;

totali generali.

Per l'assistenza specialistica una riga per branca, con tutte le specificazioni opportune al caso.

2 – Tabella comparativa (allegato A dell'accordo)

Si procede alla elaborazione della tabella comparativa dei p.l. "accreditati" e dei p.l. contrattati" secondo la nota 1, con la aggiunta dei p.l. accreditati e non contrattati, disponibili per attività non a carico del S.S.N. in regime privato: quanto sopra allo scopo di determinare la composizione della tabella secondo il mod. HSP 13, sez. E ed F.

3 – Determinazione dei valori corrispettivi per l'attività di ricovero/ambulatoriale (allegato B dell'accordo)

La stima viene determinata con il seguente processo:

A) RICOVERI

A1) Determinazione numero di ricovero per acuti suddiviso per codice disciplina (MDC) e a sua volta per DRG e per regime di ricovero (RO oppure DH). Applicazione del valore tariffario ai singoli DRG e definizione del costo per disciplina e del costo complessivo (sommatoria costi delle diverse discipline). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

A2) Prestazioni di ricovero per post acuzie : determinazione N. giornate di degenza erogabile suddiviso per codice disciplina e a sua volta per regime di ricovero (RO oppure DH). Applicazione del valore tariffario e definizione del costo per disciplina e di quello complessivo (sommatoria costi delle diverse discipline).). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il

costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

B) PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

definizione N. prestazioni ambulatoriali suddivise per discipline/branche e raggruppate per gruppi accordo (DRG n. 53-3377 del 11/07/2006). Applicazione tariffe medie nomenclatore tariffario regionale vigente e determinazione costo complessivo per ogni gruppo accordo e costo totale (sommatoria costi gruppi accordo).). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

Le tariffe applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente per l'attività di specialistica ambulatoriale al netto degli sconti previsti dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 e dalla D.G.R. n. 5-6391 del 17/07/2007 di attuazione di detta norma.

C) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti nella Regione = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto A) e B)

D) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto A) e B).

E)) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto C) e D).

Il processo suddetto viene riepilogato nell'allegato B) in cui sono elencate le prestazioni indicando gli elementi previsti dall'articolo 5 e dalla presente nota

ALLEGATI

STATO DI ACCREDITAMENTO DELLA STRUTTURA PRIVATA

ALLEGATO A: CAPACITA' PRODUTTIVA

ALLEGATO B: VOLUME RICOVERI E PRESTAZIONI E CORRISPETTIVO IMPORTO DI BUDGET

STATO DI ACCREDITAMENTO DELLA STRUTTURA PRIVATA

Nell'allegato A vengono riportati gli estremi dell'accreditamento, gli estremi degli atti amministrativi regionali, gli elementi essenziali dell'attività accreditata, completa delle specialità di afferenza.

Bollettino Ufficiale n. 17 del 24 / 04 / 2003

Deliberazione della Giunta Regionale 25 marzo 2003, n. 46-8799

Centro Diagnostico Malpighi S.r.l. - Via Italia n. 12 - Chivasso. Accreditamento attività specialistico-ambulatoriale, diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini di 1° livello

(omissis)

LA GIUNTA REGIONALE

a voti unanimi ...

delibera

- di accreditare, ai sensi della DCR 616/00 e successivi provvedimenti attuativi ed integrativi, la S.r.l. Centro Diagnostico Malpighi con sede in Via Italia n. 12 - Chivasso - per l'attività di diagnostica di laboratorio (laboratorio generale di base con i settori specializzati di Chimica Clinica e Tossicologia, Microbiologia e Sieroimmunologia), in fascia B, per l'attività specialistico-ambulatoriale delle branche di Cardiologia, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Urologia, Otorinolaringoiatria, Endocrinologia, in fascia A e per l'attività di Diagnostica per Immagini di 1° livello in fascia A.

- di disporre che la struttura sopra indicata potrà erogare per conto del Servizio Sanitario Nazionale l'attività oggetto di accreditamento alle condizioni previste dai provvedimenti attuativi regionali disposti in applicazione degli artt. 8 quinquies e 8 sexies del D.L.vo 229/99, nonché delle restanti disposizioni statali in materia di programmazione economico-sanitaria e relativi atti regionali. In particolare l'attività dovrà essere svolta nel rispetto degli obiettivi e degli indirizzi organizzativo-gestionali di cui alla D.G.R. n. 39-6552 dell'8.7.2002.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 65 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

ALLEGATO B

TAB B1. VOLUME PRESTAZIONI AMBULATORIALI E CORRISPETTIVO IMPORTO DI BUDGET: CENTRO DIAGNOSTICO MALPIGHI ANNO 2013

AZ	Budget 2013	Disc.	GA	GA	Res. Regione		Res. fuori Regione		TOTALE	
					Hum	Euro	Hum.	Euro	Hum	Euro
500048	Istituto Malpighi	08	GA04	Diagn. ultras.	5.556	247.131	10	608	5.565	247.740
500048	Istituto Malpighi	08	GA07	Visite	2.702	45.865	14	206	2.716	46.071
500048	Istituto Malpighi	08	GA08	Altro	3.935	67.935	22	258	3.957	68.193
500048	Istituto Malpighi	19	GA07	Visite	1.797	26.536	0	0	1.797	26.536
500048	Istituto Malpighi	36	GA07	Visite	3.582	46.358	6	89	3.588	46.447
500048	Istituto Malpighi	36	GA08	Altro	3.072	75.831	0	0	3.072	75.831
500048	Istituto Malpighi	37	GA07	Visite	227	2.526	0	0	227	2.526
500048	Istituto Malpighi	37	GA08	Altro	7	48	0	0	7	48
500048	Istituto Malpighi	38	GA07	Visite	572	7.182	5	19	576	7.201
500048	Istituto Malpighi	38	GA08	Altro	328	1.866	3	5	331	1.870
500048	Istituto Malpighi	43	GA07	Visite	492	6.731	2	11	494	6.742
500048	Istituto Malpighi	69	GA02	Diagn. immag. Rad. Trad.	23.904	262.186	78	708	23.982	262.894
500048	Istituto Malpighi	69	GA03	TAC-RMN	3.033	289.503	22	1.692	3.055	291.195
500048	Istituto Malpighi	69	GA04	Diagn. ultras.	11.084	362.170	16	683	11.100	362.853
500048	Istituto Malpighi	69	GA98		354	4.241	0	0	354	4.241
500048	Istituto Malpighi	98	GA01	Laboratorio	87.891	100.496	566	482	88.457	100.977
500048	Istituto Malpighi	98	GA02	Diagn. immag. Rad. Trad.	1.788	22.841	0	0	1.788	22.841
500048	Istituto Malpighi			TOTALE	150.325	1.569.446	743	4.761	151.068	1.574.207

