

**ACCORDO CONTRATTUALE PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI  
ASSISTENZIALI IN REGIME DI RICOVERO / SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

(D.L gs. 502/92 come modificato dal D.Lgs. 229/99 e s m.e i.)

L'anno duemiladieci il giorno ..... del mese di.....

**TRA**

La Regione Molise, C.F e P.I. 000169440708, con sede e domicilio fiscale in via Toscana, 9 - 86100 Campobasso, in persona del Direttore Generale pro tempore della Direzione Generale V°, incaricato a sottoscrivere il presente accordo giusta Decreto n. del , **(di seguito denominata "Regione")**;

o

l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, in sigla AS.Re.M CF e PI 01546900703, con sede e domicilio fiscale in via U.Petrella, 1 - 86100 Campobasso, in persona del Direttore Generale pro tempore, incaricato a sottoscrivere il presente accordo giusta Decreto n. del **(di seguito denominata "Azienda")**;

**E**

La Struttura \_\_\_\_\_ C.F. e P.I. \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_, in persona del legale rappresentante \_\_\_\_\_, provvisoriamente accreditata **(di seguito denominata "Struttura")**;

Premesso che:

1.con delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009 il Presidente della Regione Molise è stato nominato Commissario ad acta per la attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, avvalendosi delle strutture tecniche ed amministrative della Regione;

2.con tale deliberazione il Commissario ad acta è stato incaricato, di dare attuazione e realizzazione ad una serie di interventi tra i quali al punto 3) *"la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione in caso di mancata stipula delle procedure di cui all'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*;

3. la Regione assicura i livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, in sigla AS.Re.M, istituita con legge regionale n. 9/2005 e s.m.i, con sede a Campobasso - via U. Petrella n. 1 -, dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale e con articolazione sull'intero territorio regionale, che si avvale:

a) dei propri servizi e presidi;

b) dei soggetti erogatori privati operanti nel Molise, di rilievo nazionale e regionale, accreditati dalla Regione e nei limiti dei contratti stipulati ai sensi dell'art. 8 *quinquies* del decreto legislativo n. 502/1992, e successive modifiche ed integrazioni, per l'erogazione di prestazioni sanitarie;

4. l'art. 8 *quinquies*, comma 1 del D.lgs 502/92 e s.m.i., stabilisce che la Regione definisca l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individui i soggetti interessati con specifico riferimento a determinati aspetti. In relazione a tale previsione, le parti si danno reciprocamente atto di adeguarsi a quanto stabilito dalla Regione in termini di:

- responsabilità riservate alla Regione e responsabilità attribuite alla Struttura circa le attività di verifica per il rispetto del presente accordo contrattuale;
- individuazione delle eventuali attività e funzioni da potenziare o depotenziare secondo gli indirizzi della programmazione regionale, stabilendo fin da ora, che in tale ultimo caso si farà ricorso, in via privilegiata a programmi di riconversione di attività;

5. l'art. 8 *quinquies*, comma 2, del D.lgs 502/92 e s.m.i, stabilisce che, in attuazione di quanto previsto dal primo comma del medesimo articolo, la Regione e le Aziende Sanitarie Locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità dei costi, definiscono accordi con le Strutture Pubbliche ed Equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative che indichino:

- gli obiettivi di salute ed i programmi di integrazione dei servizi;
- il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima Azienda Sanitaria Locale si impegnano ad assicurare, distinte per tipologia e per modalità di assistenza;
- i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e dalla remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali;
- il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'art. 8 *octies* del D.lgs 502/92 e s.m.i.;

6. La Regione Molise garantisce l'applicazione di principi stabiliti nel Patto per la Salute, che promuovono il passaggio dal regime di ricovero ordinario al diurno e da questo all'ambulatoriale, che determinerà per alcune strutture provate una profonda riorganizzazione delle proprie attività, che comporterà un effetto sull'assegnazione dei relativi budgets; oltre che l'attuazione dei principi riportati nel Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria, con l'adozione della nuova TUC;

7. La Regione Molise garantisce l'attuazione del Decreto Ministeriale che determina il passaggio della classificazione delle patologie afferenti al grouper 19 a quelle afferenti al grouper 24;

8.E' è stato sottoscritto l'accordo di Confine tra la Regione Campania e la Regione Molise, e successivo atto integrativo, per il governo della mobilità e la Regione si impegna ai sensi dell'art. 19 del suddetto Patto per la Salute a stipulare ulteriori accordi con le regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- Evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
- Favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- Facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività della Regione;
- Individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo della domanda;

9.Tali accordi, tra l'altro, stabiliscono i tetti massimi per la maggior parte delle prestazioni non di alta complessità erogate dalle strutture private, che determinerà una diversa produzione delle stesse, sicuramente orientata all'alta specialità, con influssi positivi sull'appropriatezza.

10.La Regione Molise garantisce l'applicazione graduale ma costante dei principi di appropriatezza clinica ed organizzativa e passaggio dei 108 DRG inappropriati al regime assistenziale più idoneo.

11.Le Strutture dovranno adeguarsi alla normativa regionale vigente in materia di appropriatezza, al fine di garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza e la riduzione dell'inappropriatezza delle prestazioni.

12.E' stata avvertita la diffusa esigenza di giungere ad una definizione comune e concordata del contenuto degli accordi contrattuali di cui sopra e della definizione degli aspetti regolamentari più rilevanti dei rapporti tra la AS.Re.M/ Regione e le Strutture private erogatrici delle prestazioni sanitarie.

13.La "Struttura" accetta il sistema di remunerazione delle prestazioni a tariffa, così come stabilito dalla normativa vigente ed applicabile in materia.

SI CONVIENE E SI CONCORDA QUANTO SEGUE:

Art. 1

*(Oggetto)*

1. Le premesse sono approvate dalle parti e costituiscono parte integrante e sostanziale del presente accordo.
2. La Struttura si impegna ad erogare le prestazioni sanitarie di assistenza in regime di ricovero/ specialistica ambulatoriale come specificate nell'allegato Piano delle prestazioni, (All.1) nei limiti del budget stabilito.
3. Le prestazioni sanitarie oggetto di contrattazione verranno erogate secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e/o regionali vigenti ed applicabili in materia e, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di qualità ed appropriatezza, nonché buona e diligente pratica professionale.

Art. 2

*(Condizioni di erogabilità delle prestazioni)*

1. Le prestazioni sanitarie di cui all'art. 1 del presente accordo si intendono rese esclusivamente nell'ambito dei trattamenti provvisoriamente accreditati della struttura, ove pertanto l'accreditamento è condizione indispensabile per l'erogazione delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
2. Ferma restando la facoltà di libera scelta del luogo e della Struttura da parte dei cittadini, l'erogazione della prestazione sanitaria è subordinata all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio Sanitario Nazionale, da parte del proprio medico curante, dello specialista ospedaliero, dello specialista ambulatoriale della AS.Re.M o attraverso lettera di trasferimento o verbale di emergenza del sanitario della struttura accettante, sul quale dovranno essere specificate le seguenti indicazioni:
  - Dati anagrafici del paziente;
  - Tipo di trattamento richiesto;
4. La gestione dell'intera attività, sia amministrativa che sanitaria, è completamente demandata alla Struttura, che curerà l'accesso dei propri utenti nei confronti dei quali dovrà esigere la apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sulla base di quanto detto precedentemente.
5. La Struttura provvederà, altresì, alla conservazione delle cartelle cliniche ed alla registrazione nelle stesse dei risultati degli accertamenti eseguiti.
6. Saranno inviati ai competenti Uffici della Regione/ AS.Re.M, i seguenti documenti:

- per i ricoveri: i tabulati riepilogativi delle prestazioni effettuate, copia delle schede di accettazione e delle SDO nonché le fatture, distinte per pazienti regionali o extra-regionali, relative alle prestazioni rese ai pazienti trattati;

-per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: la distinta riepilogativa, le ricette originali, le autocertificazioni, le fatture distinte per pazienti regionali o extra-regionali, nonché l'attestazione fornita dal Sistema Tessera Sanitaria inerente il corretto invio dei dati relativi al periodo di riferimento della rendicontazione;

- per le prestazioni riabilitative ex art. 26 della L.833/1978:

- per i ricoveri in internato o seminternato: i tabulati riepilogativi delle prestazioni effettuate, copia dei progetti riabilitativi validati dalla competente struttura AS.Re.M, le impegnative o le richieste di ricovero da parte delle strutture ospedaliere e le fatture;

- per le prestazioni riabilitative ambulatoriali, domiciliari ed extramurali: i tabulati riepilogativi delle prestazioni effettuate, i progetti riabilitativi validati dalla competente struttura AS.Re.M, l'impegnativa del Medico curante che ha consentito l'accesso, la scheda firmata in originale relativa al mese di riferimento e le fatture.

### Art. 3

#### *(Personale della Struttura e requisiti di compatibilità)*

1. Le prestazioni di cui all'art. 1, saranno erogate da personale operante presso la Struttura munito dei titoli professionali previsti dalla legge e che non versino in nessuna delle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente.

2. La Struttura si impegna ad accertare sistematicamente il possesso dei suddetti requisiti da parte di tutto il personale impiegato in qualsiasi forma e si dichiara a conoscenza della circostanza che l'esistenza di eventuali situazioni di incompatibilità determina, ai sensi, tra l'altro, del D.lgs. n. 81/08 e s.m.i., la risoluzione del presente contratto con attivazione degli adempimenti di competenza regionale in materia di accreditamento.

### Art. 4

#### *(Obblighi della Struttura)*

1. La Struttura in relazione alle prestazioni oggetto del presente contratto, si obbliga a porre in essere ogni utile iniziativa al fine di evitare disagi all'utenza in termini di accessibilità ai propri servizi, adoperandosi, ove ciò sia compatibile con le condizioni cliniche del paziente, per ridurre al massimo il numero degli accessi anche attraverso l'unificazione delle prenotazioni.

2. Per le prestazioni sanitarie da erogarsi nell'ambito di programmi protratti nel tempo, la "Struttura" si obbliga ad individuare nel proprio ambito un unico referente, deputato alla presa in carico del paziente in maniera da assicurare la necessaria continuità assistenziale.

3. La Struttura, in ogni caso, impronterà la propria organizzazione interna al rispetto dei principi di appropriatezza clinica, uniformandosi ai contenuti di eventuali protocolli professionali e linee guida concernenti le prestazioni oggetto del presente contratto e favorendo la partecipazione dei propri operatori ad iniziative in merito promosse dall'AS.Re.M e/o dalla Regione stessa.

#### Art. 5

##### *(Documentazione relativa agli utenti)*

1. La Struttura si impegna ad operare in ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs. n. 196/03 e s.m.i.

#### Art. 6

##### *(Obblighi informativi della Struttura-Controlli e verifiche ispettive)*

1. La Struttura si impegna a predisporre condizioni organizzative interne, relative alle prestazioni oggetto del presente contratto e alle modalità di esecuzione dello stesso, in maniera da consentire l'acquisizione da parte dell'Ente Pubblico anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici, di ogni dato utile e necessario per verificarne il corretto adempimento.
2. A tal fine la Struttura si impegna a conservare, per un periodo non inferiore ad anni 10 dalla data di scadenza del presente contratto, tutta la documentazione amministrativa relativa alle prestazioni rese in favore dei cittadini utenti del SSN, anche relativamente alla quota parte eventualmente corrisposta direttamente dal cittadino a titolo di partecipazione alla spesa sanitaria.
3. In tale contesto l'Ente stipulante, si riserva di richiedere in qualunque momento eventuale documentazione e di attivare sopralluoghi e controlli, anche senza preavviso, che la Struttura si impegna a consentire.
4. La Struttura, inoltre, si impegna a fornire tutti i dati necessari (nella periodicità richiesta) al fine di adempiere alle statistiche e flussi regionali e nazionali, nonché consentire il monitoraggio continuo delle prestazioni erogate e del numero di pazienti trattati, diversificati per tipologia di prestazioni e classi di età.
5. I controlli e verifiche di cui sopra, verranno svolte sul piano sanitario e amministrativo (visionando la citata documentazione e le modalità di archiviazione e fascicolazione degli utenti in trattamento), al fine di verificare la regolare funzionalità nel pieno rispetto della normativa vigente.
6. Ogni controllo effettuato dovrà essere verbalizzato e trascritto in apposito registro, da depositarsi presso la Struttura.

7. Copia di ogni singola verbalizzazione sottoscritta dal Responsabile della Struttura, dovrà essere conservata presso l'Ente Pubblico.
8. In particolare, si procederà ad una verifica eventualmente anche su base campionaria delle prestazioni in termini di appropriatezza e di legittimità. Il campione oggetto di verifica non potrà essere inferiore alla percentuale legislativamente prevista del numero delle prestazioni complessivamente erogate nell'anno. La Struttura si impegna a compiere tutto quanto necessario per permettere ed agevolare le predette operazioni di verifica.
9. Qualora le verifiche effettuate su base campionaria diano esito negativo, le prestazioni saranno non interamente esigibili come meglio specificato in seguito.

#### Art.7

##### *(Volume di prestazioni erogabili e conseguente previsione di spesa)*

1. Il piano delle prestazioni allegato al presente accordo, quale parte integrante e sostanziale (All. 1), definito secondo una procedura concordata con le Strutture, stabilisce il volume massimo, con relativa previsione di spesa, delle prestazioni di assistenza in regime di ricovero/ specialistica ambulatoriale annualmente erogabili da parte delle Strutture presenti nell'ambito territoriale regionale e provvisoriamente accreditate.

2. Il budget per l'anno 2010, determinato sulla base del predetto piano delle prestazioni allegato al presente accordo, quale parte integrante e sostanziale (All. 1) per le prestazioni erogate in regime di ricovero/specialistica ambulatoriale per tipologie e nei limiti dei posti letto autorizzati, provvisoriamente accreditati e contrattualizzati di cui in premessa, viene fissato in € \_\_\_\_\_ per il regime di ricovero, (di cui € quota regionale ed € \_\_\_\_\_ quota extraregionale); ed € \_\_\_\_\_ per l'assistenza specialistica ambulatoriale, (di cui € \_\_\_\_\_ quota regionale ed € \_\_\_\_\_ quota extraregionale).

3. Il tetto di spesa oggetto di contrattazione costituisce il limite massimo di prestazioni erogabili dalla Struttura, pertanto non superabile e comprensivo anche delle prestazioni erogate a residenti fuori regione.

4. Sono fatti salvi gli effetti dell'accordo di confine sottoscritto, tra la Regione Campania e la Regione Molise per il governo della mobilità, e successivo atto integrativo, approvati rispettivamente con decreto commissariale n. 2 del 01/02/10 recante: " *Recepimento accordo di confine tra Regione Campania e Regione Molise*" pubblicato sul BURM n. 4 del 16/02/10 e con decreto commissariale n. 10 del 19/03/10 recante: " *Piano delle prestazioni 2010 ex art. 2 dell'Accordo di Confine Campania-Molise, recepito con decreto commissariale n. 2 del 01/02/10 pubblicato sul BURM n. 4 del 16/02/10* ", pubblicato sul BURM n. 12 del 16/04/10, e quindi conosciuto da parte della Struttura, che pertanto è tenuta ad adeguarsi alle nuove regole introdotte.

5. L'importo globale oggetto di contrattazione pari ad € \_\_\_\_\_ è iscritto nel conto di bilancio aziendale destinato alla liquidazione delle prestazioni sanitarie erogate dalla Struttura, previa verifica della produzione e fatti salvi i controlli di legge.

6. Eventuali variazioni rispetto alle previsioni delle indicazioni di spesa prevista per le singole attività, dopo le necessarie verifiche a consuntivo, saranno oggetto di compensazione tra l'una e l'altra attività, fermo restando il tetto di spesa complessivo non superabile.

7. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera e) *bis* del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i, il tetto di spesa oggetto di contrattazione, negoziato, ai sensi della lettera d) dell'art. 8 *quinquies*, comma 2, costituisce il limite massimo di prestazioni erogabili dalla Struttura, pertanto non superabile e comprensivo anche delle prestazioni erogate a residenti fuori regione e, 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 si intende rideterminato, nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati nel corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato.

#### Art. 8

##### *(Criteri di ripartizione della spesa preventivata)*

1. Per quanto concerne le prestazioni di cui all'art. 1 del presente accordo, al fine di rispettare la previsione di spesa, di cui al precedente art. 8 e, nel contempo, di assicurare la continuità dell'erogazione delle prestazioni per tutto l'arco dell'anno, si provvederà al monitoraggio periodico dell'andamento del fatturato della Struttura.

2. Le parti convengono sulla necessità di rispettare le previsioni di cui al D.Lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs. 229/99, attivando dei sistemi di monitoraggio idoneo a consentire il rispetto dei limiti prestazionali ed economici di cui al presente articolo. Tali verifiche potranno coincidere, tra l'altro, con le verifiche a campione sulla appropriatezza e legittimità delle prestazioni di cui al precedente art. 7.

#### Art. 9

##### *(Modalità di fatturazione e pagamenti)*

1. L'attivazione dell'istruttoria amministrativo-contabile, come da relativi provvedimenti regionali, finalizzata all'erogazione degli acconti sulle prestazioni sanitarie erogate, è condizionata alla presentazione, da parte della Struttura interessata, della documentazione contabile, amministrativa e tecnico-sanitaria necessaria e richiesta a norma di legge (rendicontazione contabile, distinte riepilogative, ricette, allegati alle ricette (referti, autocertificazioni, fotocopie di esenzioni, schede SDO etc. ), che dovrà avvenire mensilmente, entro il 30° giorno del mese successivo a quello cui le prestazioni si riferiscono.

2. I pagamenti in acconto saranno effettuati con cadenza bimestrale per un importo pari all'80% del limite massimo di spesa attribuito alla Struttura, sia per le prestazioni di assistenza ospedaliera che di specialistica ambulatoriale.

3. Il pagamento del saldo avverrà dopo i necessari controlli amministrativi e tecnico-sanitari, nei limiti stabiliti dalle norme regolamentari vigenti ed applicabili in materia.

#### Art.10

*(Modifiche dei successivi piani preventivi annuali)*

1. La Regione/AS.Re.M, d'intesa con la controparte, potrà apportare modificazioni rispetto ai contenuti del precedente piano preventivo, relativamente agli aspetti prestazionali ed economici di cui all'art. 8, in relazione ad eventuali indicazioni della Regione circa attività e funzioni da potenziare o da depotenziare, in conformità alla programmazione sanitaria nazionale e regionale, e fermo restando le disposizioni in materia finanziaria e contabile dettate, in particolare, dalla legislazione finanziaria annuale, per il perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e comunitaria.

#### Art. 11

*(Durata)*

1. Il presente contratto, fatte salve diverse prescrizioni di legge, ha validità per l'anno 2010 ( a far data dal 01/01/10 al 31/12/10).
2. Le clausole dell'accordo possono essere modificate per effetto del sopravvenire di norme di legge aventi carattere imperativo.

#### Art. 12

*(Rinuncia al contenzioso)*

La struttura rinuncia ad attivare ogni forma di contenzioso e/o di giudizio relativo al presente contratto di assegnazione del budget 2010 ed agli atti e/o provvedimenti regionali richiamati, prodromici, connessi e/o consequenziali al predetto accordo negoziale, pena la risoluzione del contratto ai sensi degli artt. 1455 e 1456 del codice civile.

#### Art. 13

*(Clausola di salvaguardia)*

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la Struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti regionali di determinazione

dei tetti di spesa, di attribuzione dei budget, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto trattasi di atti che determinano il contenuto del presente contatto.

2. In conseguenza dell'accettazione la Struttura presta acquiescenza ai provvedimenti in parola, e per l'effetto rinunzia alle azioni già intraprese e/o ai futuri contenziosi avverso gli atti e/o i provvedimenti suddetti.

3. Ai sensi dell'art. 8 *quinquies*, comma 2-*quinquies* del D.lgs 502/92 e s.m.i., in caso di mancata stipula del presente contratto, l'accreditamento istituzionale, di cui all'art. 8 *quater* del D.lgs 502/92 e s.m.i. della Struttura è sospeso.

Letto, confermato e sottoscritto:

Campobasso,

Per la Regione /AS.Re.M  
Il Direttore Generale  
(\_\_\_\_\_)

Per la Struttura Accreditata  
Il legale rappresentante  
(\_\_\_\_\_)

Gli artt. 12 e 13 sono specificamente approvati dalle parti, ai sensi dell'art. 1341, comma 2 del codice civile.

Letto, confermato e sottoscritto:

Campobasso,

Per la Regione /AS.Re.M  
Il Direttore Generale  
(\_\_\_\_\_)

Per la Struttura Accreditata  
Il legale rappresentante  
(\_\_\_\_\_)

## All. 1) PIANO PREVENTIVO ANNUALE DELLE ATTIVITA' ANNO 2010

Struttura: \_\_\_\_\_

Attività di ricovero ospedaliero: per le prestazioni autorizzate ed accreditate secondo le tariffe previste dalla normativa attualmente vigente ed applicabile in materia:

\_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_;

Importo oggetto di contrattazione: \_\_\_\_\_

Quota regionale: \_\_\_\_\_

Quota extraregionale: \_\_\_\_\_

Attività di assistenza specialistica ambulatoriale: secondo le tariffe previste dalla normativa attualmente vigente ed applicabile in materia, relative alle specialità autorizzate ed accreditate:

\_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_;

Importo oggetto di contrattazione: \_\_\_\_\_

Quota regionale: \_\_\_\_\_

Quota extraregionale: \_\_\_\_\_

Importo globale oggetto di contrattazione: \_\_\_\_\_

Per la Regione/AS.Re.M

\_\_\_\_\_

Per la Struttura:

\_\_\_\_\_



Struttura cod. 140/ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Schema standard prospettico di Piano delle prestazioni anno \_\_\_\_\_ redatto su analisi attività anno precedente

Attività	n° SDO	Importi €			Note	+/- Differenziale TUC (%)
		R.M.	F.R.	Tot.		
<b>File A - Ricoveri - Anno _____ (I.A. = %)</b>						
<b>1) Ricoveri per Acuti D.R.G.</b>						
1.1) D.H.						
1.2) D.S.						
1.3) R.O. - Ricoveri Ordinari						
a) D.R.G. A.C. (Alta Complessità) n° 92						
b) D.R.G. Extra L.E.A. (D.P.C.M. 2001) n° 43						
c) D.R.G. Patto della Salute (2009) n° 65						
d) Altri D.R.G. normali n° 338						
<b>2) Ricoveri di Riabilitazione - M.D.C.</b>						
<b>3) Eventuali PROTESI rimborsabili</b>						
<b>Totale produzione Ricoveri - File A</b>						
- Variazione per abbattimento tariffe						
- Abbattimento per incremento ricoveri diurni						
- Abbattimento per attivazione Chir. Ambulatoriale						
+/- Variazione per particolari D.R.G.						
- Applicazione protocolli riabilitativi						
Altro						
<b>Totale Ricoveri - File A</b>						

<b>File C - Medicina Specialistica Ambulatoriale A.F.G. al netto dei tickets</b>						
a) Prestazioni di Laboratorio Analisi						
b) " di Diagnostica per immagini						
c) Visite e consulti						
d) Altre prestazioni Strumentali						
e) Terapia Fisica Riabilitativa						
f) Prestazioni di Medicina Nucleare						
g) Radioterapia						
<b>Totale Produzione Med. Spec. Amb. - File C</b>						
- Effetto Decreto n° 10 del 28/12/09						
- Scorpo prestazioni per altri Enti						
+ Attivazione Day Service						
- Applicazione tickets Service						
Altro						
<b>Totale medicina specialistica - File C</b>						

<b>File (F) - Farmaci</b>						
a) Dispensazione diretta farmaci						
b) Somministrazione chemioterapici innovativi						
c) Somm. altri farmaci (es. verteporfinina)						
<b>Totale erogazione farmaci - File (F)</b>						
- effetto D.G.R. 824/09 (1° ciclo)						
Altro						
<b>Totale Farmaci - File (F)</b>						

Riepilogo		Importi €			Note	Differenziale TUC
		R.M.	F.R.	Tot.		
<b>Totale Ricoveri - File A</b>						
<b>Totale Med. Spec. Amb. - File C</b>						
<b>Totale Farmaci - File F</b>						
<b>Totale Budget Assegnato Anno _____</b>						

Il Piano delle prestazioni della Struttura \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_ (File A, File C, File F) come da prospetto risulta corrispondere ad €

N.B. Sono fatte salve le prestazioni di Alta Complessità: Ricoveri Nota 1 (92 D.R.G. di Alta Complessità)

Med. Spec.: RMN, TAC 3d, Doppler TSA, Coronarografia etc.

Salvo successivi controlli sull'Appropriatezza Clinica e Gestionale, come da Decreto sui Controlli n° 03 del 01/02/2010