

Tra

- l'Azienda Sanitaria Locale "NO" di Novara, con sede in Novara, via dei Mille n. 2, C.F. 01522670031, rappresentata dal Direttore Generale Dott. Emilio Iodice, nato a Novara il 25.06.1951, domiciliato ai fini della presente convenzione in Novara, via dei Mille n. 2, successivamente ASL NO

e

- la struttura privata accreditata C.D.C. S.p.A., sita in Novara, via San Francesco d'Assisi n. 20, con sede legale in Torino, via Cernaia n. 20, C.F./P.I. 03784000014, rappresentata dal Dott. Luigi Bocchiotti, nella sua qualità di Amministratore Unico, successivamente Struttura C.D.C. S.p.A.

Premesso

- a) che 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. 59-3080 del 5/12/2011;
- b) che 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) che 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) che la Struttura C.D.C. S.p.A. risulta accreditata definitivamente con D.G.R. n. 43-8796 del 25/03/2003 e D.G.R. n. 126-3647 del 02/08/2006 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:

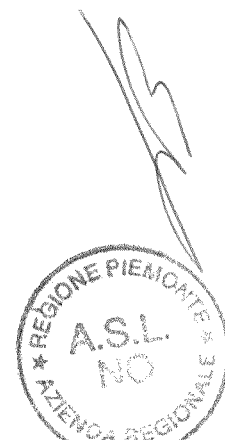
- a) Disciplina il rapporto tra l'ASL NO e la Struttura C.D.C. S.p.A., ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per la erogazione al SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria secondo le tipologie di seguito indicate contro corrispettivo preventivato:

- prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Le prestazioni oggetto del contratto devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi come parte integrante del contratto medesimo per la parte di interesse della struttura privata, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da acquisire presso la Struttura C.D.C. S.p.A. da parte dell'ASL NO 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 Struttura C.D.C. S.p.A. 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 (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste) e la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche incluse, 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 Struttura C.D.C. S.p.A. 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 territorio dell'ASL (compresi stranieri, STP, ENI);
2. i cittadini residenti nel residuo territorio regionale;
3. 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 2, e riportato, per la parte afferente le prestazioni che devono essere erogate dalla Struttura, nell'allegato B) .

Esso rappresenta il fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni che questa ASL NO, intende acquistare dalla Struttura C.D.C. S.p.A., che con la sottoscrizione del presente



contratto si impegna ad assicurare verso il corrispettivo delle tariffe previste dai tariffari indicati nell'articolo 5) .

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.

Le parti accettano espressamente che il predetto "programma di integrazione dei servizi" sia soggetto a verifica entro il 31 dicembre del primo anno di contratto per eventuali interventi di ridefinizione correttiva per l'anno successivo, in ordine ai volumi e tipologie di prestazioni, nel rispetto dell'ammontare del budget definito, previo accordo tra le Aziende dell'Area funzionale sovrazonale e con l'assenso degli organi regionali competenti.

Art. 3

(Volume delle prestazioni)

Il volume di prestazioni che la Struttura C.D.C. S.p.A. si impegna ad assicurare e l'ASL NO 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.

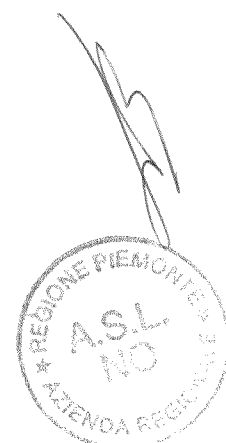
Possono essere effettuate unicamente le compensazioni tra i budget per i residenti nella regione e i fuori regione e quelle tra le diverse tipologie di prestazioni come dettagliatamente indicato nell'articolo 5 del presente accordo.

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 non può mai superare quello preventivato, ad eccezione di quello previsto per i residenti fuori regione, 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) 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 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.

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. Per l'anno 2012 si applica la riduzione dello 0,5% prevista dall'art. 15 comma 14 del D.L. n. 95 del 6/07/2012 convertito in Legge con L. n.135 del 14/08/2012.



ANNO 2011

COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO

€ 1.154.250,00

COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO PER RESIDENZA	PRESTAZIONI AMBULATORIALI
PIEMONTE	€ 1.136.342,00
EXTRA REGIONE	€ 17.908,00
TOTALE	€ 1.154.250,00

ANNO 2012

COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO

€ 1.148.477,00

COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO PER RESIDENZA	PRESTAZIONI AMBULATORIALI
PIEMONTE	€ 1.130.659,00
EXTRA REGIONE	€ 17.818,00
TOTALE	€ 1.148.477,00

e costituisce il budget della Struttura 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, cui si aggiunge il corrispettivo a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci (tracciato F) se prevista e autorizzata preventivamente dalla Direzione Sanità. Le prestazioni erogate nell'anno 2011 nel



periodo antecedente la sottoscrizione del presente contratto sono ricomprese nel COSTO massimo annuo sudeterminato.

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione fatto salvo quanto previsto per le prestazioni effettuate in favore di cittadini extraregione. 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. Tenuto conto di quanto previsto dall'ultimo comma dell'art. 7 del presente accordo le strutture/case di cura possono ridurre complessivamente il valore previsto contrattualmente delle prestazioni di ricovero sino ad un massimo del 20% e aumentare il valore delle prestazioni ambulatoriali di pari importo. L'eventuale minor produzione per i residenti nella Regione Piemonte può essere compensata con la maggior produzione per i residenti di altre regioni sino ad un massimo del 20% del costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione. L'eventuale minor produzione per i residenti di altre Regioni può essere compensata con la maggior produzione per i residenti della Regione Piemonte sino ad un massimo del 20% del costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione. L'ASL, come previsto dalla Regione, non riconosce compensazioni diverse da quelle espressamente previste dal presente articolo.

Il corrispettivo preventivato (Costo massimo annuo complessivo del contratto) viene liquidato 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. L'ASL può ridurre le quote mensili al 90% del valore dell'effettiva produzione qualora la produzione effettiva sia inferiore al 90% del corrispettivo preventivato. Eventuali differenze tra le quantità e il valore di produzione dell'anno 2011 rispetto a quello contrattato potrà essere compensato con la produzione dell'anno 2012. I maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 incassati dalle



single strutture/case di cura dovranno essere mensilmente versati alle ASL mediante decurtazione della quota di acconto mensile.

Entro il mese di settembre di ogni anno (o entro 60 giorni dalla data di sottoscrizione del presente accordo qualora avvenga nei mesi successivi) 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. Il corrispettivo complessivo addebitato alla ASL non può essere superiore a quello contrattuale ad eccezione del 50% delle eventuali eccedenze di costo (rispetto al valore contrattuale per i fuori regione) per prestazioni rese ad utenti extraregionali. 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 caso 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. Del pari in caso di riscontro di prestazioni in eccedenza ai volumi previsti, 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. Solo in caso di eccedenza, dopo aver effettuato le compensazioni suindicate, dei volumi previsti e dei corrispettivi preventivati per prestazioni rese ad utenti extra regionali le eccedenze saranno retribuite al 50% rinviando il saldo al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale. Al termine di dette procedure alle strutture/case di cura verranno riconosciute le eccedenze in misura pari alla percentuale di prestazioni e di corrispondenti costi riconosciute complessivamente alla Regione Piemonte rispetto a quelle originariamente addebitate.

In caso di prestazioni inferiori ai volumi preventivati si procede, dopo aver effettuato le compensazioni suindicate, ai conguagli di liquidazione in riduzione dei corrispettivi previsti.



Art. 6

(Il debito informativo e il controllo esterno di appropriatezza)

Il debito informativo della Struttura 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) infraregionali eventuali (Documenti del coordinamento sovrazonale di AFS) previsti in sede di programma di integrazione dei servizi.

Gli elementi del debito informativo sono elencati in allegato D nella regolamentazione aggiornata di riferimento ripartita per livelli di derivazione (nazionale, regionale, eventuale di AFS)

La Struttura 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.

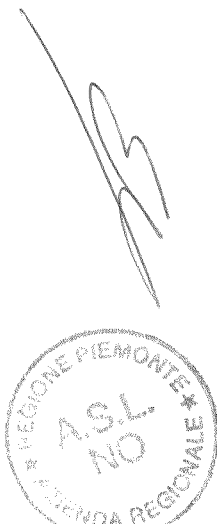
In ordine alle procedure di controllo della codificazione delle SDO, si precisa che ogni rettifica di registrazione connessa alla corretta applicazione in riduzione della tariffazione regionale, anche separata e successiva alla procedura contestativa ex art 5 sesto comma del presente contratto, è suscettibile 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 dell' 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, purché 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, purché 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 2011 e l'anno 2012 e più esattamente per il periodo intercorrente tra il 1 Gennaio 2011 e il 31 Dicembre 2012. Le parti convengono di verificare semestralmente l'attuazione complessiva del presente contratto, valutando congiuntamente le risultanze di verifica dell'andamento quantitativo accertato come da precedente art. 5 con le risultanze di riscontro qualitativo dell'attività, per ogni possibile sollecita deduzione consequenziale. La Struttura C.D.C. S.p.A. con la sottoscrizione del presente contratto dà atto di essere perfettamente a conoscenza della normativa nazionale e regionale vigente ed in particolare della DGR n. 58-3079 del 5/12/2011 e DGR n. 59-3080 del 5/12/2011.

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, approvato e sottoscritto

Novara, lì 13 SET. 2012

C.D.C. S.p.A.
L'AMMINISTRATORE UNICO
(Dott. Luigi Bocchiotti)

ASL NOVARA
IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Iodice)



C. D. C. S.p.A.

ALLEGATO A

ATTIVITA' AMBULATORIALE

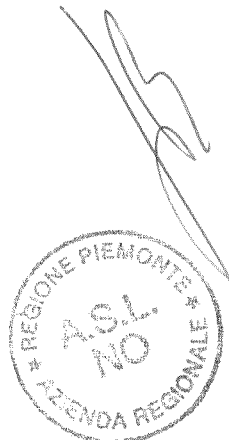
CODICE	BRANCA ACCREDITATA	FASCIA
08	CARDIOLOGIA	A
09	CHIRURGIA GENERALE	A
32	NEUROLOGIA	A
34	OCULISTICA	A
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	A
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	A
38	OTORINOLARINGOIATRIA	A
52	DERMOSIFILOPATIA	A
68	PNEUMOLOGIA	A
43	UROLOGIA	A
69	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	A
98	LABORATORIO ANALISI	B

PROVVEDIMENTI DI ACCREDITAMENTO
PER ATTIVITA' AMBULATORIALE
D.G.R. n. 43-8796 del 25.03.2003
D.G.R. n. 126-3647 del 02.08.2006



ALLEGATO B

PROGRAMMA DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI



Programma integrazione servizi - C.D.C. NOVARA - Anno 2011

Gruppo Prestazione	Ora casi per residenza						Valori per residenza						Totale	Note
	Residenti ASL NO	VC	BI	VCO	Resto Piemonte	Fuori regione	Residenti ASL NO	VC	BI	VCO	Resto Piemonte	Fuori regione		
GAO1 Laboratorio	82.299	123.451	240	85	1.003	2.117	208.186	185.250	464	110	1.979	3.757	330.582	
GAO2 Diagnostica immagini Radiologia tradizionale	6.784	22	12	5	715	120	7.658	107.932	293	160	75	11.630	121.901	
Totale Diagnostica immagini Radiologia tradizionale	9.743	70	9	18	1.186	192	11.219	387.122	2.572	300	589	45.715	7.347	423.645
GAO4 Diagnostica ultrasonica	7.655	65	8	7	709	170	8.623	145.094	1.234	143	124	13.653	163.396	
Totale Diagnostica ultrasonica	8.950	702	113	55	1.342	159	11.320	92.254	6.387	973	587	12.678	114.726	
Totale altro														
Totale complessivo	115.441	124.310	363	169	4955	2758	248.016	851.404	195.737	2.060	1.486	85.654	17.908	1.154.250

Programma integrazione servizi - C.D.C. NOVARA - Anno 2012

Gruppo Prestazione GA01 Laboratorio	Ora casi per residenza						Valori per residenza						Totale	Note	
	Residenti ASL NO	VC	BI	VCO	Resto Piemonte	Fuori regione	Residenti ASL NO	VC	BI	VCO	Resto Piemonte	Fuori regione			
Totale Laboratorio	61.724	123.451	240	85	6.700	2.117	194.318	104.252	185.250	484	110	11.979	3.757	305.831	Riduzione progressiva attività per cittadini dell'ASL NO
GA02 Diagnostica immagini Radiologia tradizionale															
Totale Diagnostica immagini Radiologia tradizionale	7.410	22	12	5	715	120	8.284	117.932	293	160	75	11.630	1.811	131.901	Incremento Euro 10.000 per radiologia tradizionale
GA04 Diagnostica ultrasonica															
Totale Diagnostica ultrasonica	10.142	70	9	18	1.186	192	11.618	377.127	2.572	300	589	45.715	7.347	433.650	Incremento Euro 10.000 per diagnostica ultrasonica
GA07 Visite specialistiche															
Totale Visite specialistiche	7.935	65	8	7	709	170	8.893	150.094	1.234	143	124	13.653	3.147	168.396	Incremento visite Euro 5.000 per branche cardiologia, dermatologia, neurologia.
GA08 Altro															
Totale altro	8.925	702	113	55	1.342	159	11.295	92.000	6.387	973	587	12.678	1.847	114.473	
Totale complessivo	96136	124310	383	169	10652	2758	234408	841405	195.737	2.060	1.486	95.654	17.908	1.154.260	

ALLEGATO D

Principali riferimenti normativi ed amministrativi nazionali sul debito informativo sanitario

D.M. 28.12.1991 "Istituzione scheda di dimissione ospedaliera. Linee guida ministeriali 17.6.1992 - La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex D.M. 28.12.1991"

D.M. 26.7.1993 "Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati."

Decreto Ministro Sanità n. 380 del 27.10.2000 "Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati"

Art. 50 della Legge 24 novembre 2003 n. 326 "Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie"

Decreto del Ministero della Salute - 21/11/2005

Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere

Circolare DGPS/34703/P/1.9.b/1 del 23.10.2008 "Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Principali riferimenti normativi ed amministrativi regionali sul debito informativo sanitario

D.G.R. n. 31-26419 del 30.12.1998 "Revisione delle modalità di addebito delle prestazioni per la compensazione della mobilità sanitaria dei cittadini."

D.G.R. n. 89-4981 del 28.12.2001 "Revisione delle procedure e delle modalità di addebito delle prestazioni specialistiche-ambulatoriali effettuate dalle Strutture e dai Professionisti privati provvisoriamente accreditati con il SSR. Decorrenza 01.01.2002."

D.G.R. n. 50-1062 del 10.10.2005 "Aggiornamento del sistema di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera – ICD9CM 2002 versione 19".

D.G.R. n. 41-2372 del 13.03.2006 "Attività di controllo sulla corretta compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera e individuazione delle modalità attuative del disposto del comma 2 dell'art. 88 della Legge n. 388 del 23.12.2000. Modificazioni alla D.G.R. 33-13816 del 02.11.2004

D.G.R. n. 71-5059 del 28.12.2006 "Modifiche e integrazione linee guida regionali per l'attività di Day Surgery e modifiche procedure rilevazione attività di day hospital diagnostico. Revoca D.G.R. n. 57-3226 dell'11.06.2001".

Circolare Regionale Prot. n. 2923/D28/28.5 del 23 marzo 2007 (Allegati A e B)
"Definizione delle tempistiche di invio dei flussi informativi delle Strutture Pubbliche e Private."

D.G.R. 56-9324 del 28.07.2008 "Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2002 - Revisione 2008".

Circolare n. 36950/DA2000 del 17.11.2008 "Attuazione D.G.R. 10-5605 del 2 aprile 2007 "Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte – Prime direttive regionali".

