


**Beschluss
der Landesregierung**
**Deliberazione
della Giunta Provinciale**

Sitzung vom Nr. 1192
 Seduta del
 30/12/2019

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
 Landeshauptmannstellvertr.
 Landeshauptmannstellvertr.
 Landeshauptmannstellvertr.
 Landesräte

Generalsekretär

Arno Kompatscher
 Arnold Schuler
 Giuliano Vettorato
 Daniel Alfreider
 Philipp Achammer
 Massimo Bessone
 Waltraud Deeg
 Maria Hochgruber Kuenzer
 Thomas Widmann

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
 Vicepresidente
 Vicepresidente
 Vicepresidente
 Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Aktualisierung des
 Landestarifverzeichnisses für ambulante
 fachärztliche Leistungen (Beschluss der
 L.Reg. Nr. 2568 vom 15.6.1998): ambulante
 Leistungspakete für die Versorgung der
 postoperativen Krebspatienten mit
 sekundärem Lymphödem

Oggetto:

Aggiornamento del nomenclatore tariffario
 provinciale di specialistica ambulatoriale
 (D.G.P. n. 2568 del 15/06/1998): pacchetti
 di prestazioni ambulatoriali per il
 trattamento dei pazienti oncologici
 post-operati affetti da linfedema secondario

Vorschlag vorbereitet von
 Abteilung / Amt Nr.

23.3

Proposta elaborata dalla
 Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

nimmt Folgendes zur Kenntnis:

Mit eigenem Beschluss Nr. 2568 vom 15.6.1998 ist das Landestarifverzeichnis der ambulanten fachärztlichen Leistungen, Instrumentaldiagnostik und Laborleistungen gemäß M.D. vom 22.7.1996, das auch die Leistungen der physikalischen Medizin und Rehabilitation beinhaltet, genehmigt worden.

Mit Beschluss Nr. 457 vom 18.4.2017 hat die Landesregierung die gesamtstaatlichen WBS, gemäß DPMR 12.1.2017 übernommen.

Der obgenannte Beschluss Nr. 2568/1998 sieht ausdrücklich die periodische Aktualisierung des Tarifverzeichnisses aufgrund von Meldungen und Anfragen vor, angesichts der ständigen Entwicklung der Wissenschaft und medizinischen Technologie und/oder der Produktionskosten der Leistungen.

Einvernehmlich haben Sanitätsbetrieb, Abteilung Gesundheit und akkreditierte Einrichtungen die Notwendigkeit erkannt, neue Leistungen für die Versorgung postoperativer Krebspatienten mit sekundärem Lymphödem aufzunehmen. Es handelt sich dabei vornehmlich um die Zusammenlegung von bereits im Leistungsverzeichnis vorhandener ambulanter fachärztlicher Leistungen.

Diesen Leistungszusammenlegungen ist ein Tarifwert aufgrund der Standardkosten des Pakets laut Art. 8-sexies des GvD Nr. 502 vom 30. Dezember 1992 zugeordnet worden.

Durch diese Zusammenlegungen entstehen verschreibbare Leistungspakete, die einen Fortschritt im Sinne der Verbesserung von Qualität und Angemessenheit der Versorgung des Krebspatienten darstellen, da sie nun bezüglich Anzahl und Zusammensetzung besser differenziert sind und von angemessenen Erbringungsbedingungen und -anmerkungen begleitet sind.

Ein weiteres Ziel dieser Pakete ist die Vereinfachung und Verbesserung der Verordnung von Leistungen an Krebspatienten mit Lymphödem, die bereits gänzlich von der Kostenbeteiligung an der Gesundheitsausgabe befreit sind.

Diesbezüglich sei auch darauf hingewiesen, dass die Pakete auch bei der Versorgung der chronischen Erkrankungen Verwendung finden, wo eine Übernahme der Patienten durch die Erbringereinrichtungen aufgrund festgelegter Pfade erfolgt. Diese Versorgung unterscheidet sich von der ambulanten

La Giunta Provinciale

prende atto di quanto segue:

La deliberazione della Giunta Provinciale n. 2568 del 15.06.1998 e s.m.i ha approvato il nomenclatore tariffario provinciale di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio, ai sensi del D.M 22.7.1996 contenente anche le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione.

Con deliberazione n. 457 del 18.4.2017 la Giunta Provinciale ha adottato i LEA nazionali ex DPCM 12.1.2017.

La stessa deliberazione della Giunta Provinciale n. 2568/1998 ha previsto espressamente l'aggiornamento periodico del nomenclatore tariffario sulla base delle segnalazioni e delle richieste emergenti, attesa la costante evoluzione della scienza e della tecnologia medica e/o la variazione dei costi di produzione delle prestazioni.

È stata condivisa tra Azienda sanitaria, Ripartizione Salute e strutture accreditate la necessità di inserire nuove prestazioni per il trattamento dei pazienti oncologici post-operati affetti da linfedema secondario corrispondenti sostanzialmente ad accorpamenti di prestazioni ambulatoriali già presenti nomenclatore della specialistica ambulatoriale.

A tali accorpamenti di prestazioni è stata attribuito un valore tariffario basato sul costo standard del pacchetto ai sensi dell'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992.

Gli accorpamenti danno origine a pacchetti di prestazioni prescrivibili e costituiscono un passo in avanti nell'ottica del miglioramento di qualità e appropriatezza del servizio/trattamento del paziente oncologico, in quanto accompagnati da opportune differenziazioni nella quantità e nella composizione delle prestazioni e da congrue note e condizioni di erogabilità.

I pacchetti hanno altresì lo scopo di semplificare e di migliorare la correttezza prescrittiva delle prestazioni ai pazienti oncologici, affetti da linfedema, già totalmente esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

A questo proposito si precisa che i pacchetti sono destinati anche al trattamento della cronicità, prevedendo pertanto una presa in carico del paziente da parte della struttura erogatrice, secondo percorsi prestabiliti. Tale assistenza si svincola dalla specialistica ambulatoriale in senso stretto, dal punto di

fachärztlichen Betreuung im engeren Sinne hinsichtlich der Eingliederung in die wesentlichen Betreuungsstandards ("LEA") laut DPMR 12.1.2017.

Da allerdings kein eigener Datenfluss besteht und um eine gewisse Einheitlichkeit in der Verwaltung auch hinsichtlich der Betreuung der Akutkranken beizubehalten, erscheint es sinnvoll einstweilen diese Leistungspakete mittels Datenfluss der fachärztlichen Betreuung zu erfassen und dann im Laufe der Zeit die Angemessenheit dieser Entscheidung zu bewerten.

Art. 8-sexies des GvD Nr. 502/1992 sieht die Möglichkeit vor, bei Programmen mit starker Integration zwischen Krankenhaus- und territorialer Betreuung die entsprechenden Versorgungsfunktionen aufgrund der Standardkosten zu finanzieren.

Mit dem Ziel die Wirtschaftlichkeit der privaten akkreditierten Einrichtungen zu gewährleisten, die in diesem Bereich für chronische Patienten einen flächendeckenden bzw. weitgehend wohnortnahen Dienst auf dem Territorium bieten, erscheint ein gemischtes (teils leistungs- und teils budgetbezogenes) Finanzierungssystem als angebracht.

Dieser Beschluss bringt keine Ausgaben zu Lasten des Landeshaushalts mit sich, da die Kosten für den Dienst bereits durch die Bereitstellungen auf dem Kapitel U13011.0000 des Haushalts 2020 gedeckt sind.

All dies vorausgeschickt

beschließt

die Landesregierung
einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. das Landestarifverzeichnis für fachärztliche ambulante Leistungen gemäß BLR Nr. 2568 vom 15.6.1998, in geltender Fassung, zu aktualisieren: die Änderungen und Ergänzungen sind in der "ANLAGE A - Änderungen und Ergänzungen zum Beschluss der L.R. Nr. 2568 vom 15.06.1998 (in geltender Fassung)", wesentlicher Bestandteil dieser Maßnahme, enthalten;
2. die in Anhang A angegebenen Leistungen nur für postoperative Krebspatienten mit sekundärem Lymphödem mit Befreiungscode "048" zu erbringen;

vista dell'inquadramento dei LEA, ai sensi del DPCM 12.01.2017.

Tuttavia, non essendo presente un flusso ad hoc e al fine di mantenere una certa unità di gestione, anche con riferimento al trattamento per acuti, si ritiene di far confluire in prima battuta l'erogazione dei pacchetti nel flusso della specialistica, verificandone nel tempo l'adequatezza.

L'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992 prevede la possibilità di finanziare le funzioni assistenziali sulla base del costo standard individuate nell'ambito dei programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territorio.

Al fine di garantire la sostenibilità economica di strutture private accreditate operanti in questo settore tramite un'offerta capillare sul territorio il più "vicina" possibile al paziente cronico è indicato un sistema di finanziamento misto, a tariffa e a budget di spesa.

La presente delibera non comporta costi aggiuntivi per il bilancio provinciale. I costi del servizio sono già coperti con gli stanziamenti sul cap U13011.0000 del bilancio 2020.

Tutto ciò premesso la Giunta provinciale

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. di aggiornare il nomenclatore tariffario provinciale di specialistica ambulatoriale, di cui alla deliberazione della Giunta Provinciale n. 2568 del 15/06/1998 nella versione vigente. I nuovi inserimenti sono contenuti nell' "ALLEGATO A - Modifiche e integrazioni alla deliberazione della G.P. n. 2568 del 15.06.1998 e s.m.i." che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
2. di prevedere l'erogazione delle prestazioni di cui all'Allegato A solo a pazienti oncologici post-operati affetti da linfedema secondario in possesso del codice di esenzione "048";

3. ein gemischtes (teils leistungs- und teils budgetbezogenes Finanzierungssystem für die leistungserbringenden Einrichtungen zu genehmigen, wie in "ANLAGE B" beschrieben;
dieses Finanzierungssystem ermöglicht es, auf dem Territorium ein flächendeckendes und wohnortnahes Leistungsangebot für Krebspatienten zu gewährleisten und zu unterhalten;
 4. die Übernahme der Patienten vonseiten der erbringenden Einrichtungen aufgrund vorab festgelegter Betreuungspfade zu ermöglichen, da die Leistungspakete in Anhang A auch für die Behandlung chronischer Erkrankungen bestimmt sind; diese Versorgung unterscheidet sich von der ambulanten fachärztlichen Betreuung im engeren Sinne hinsichtlich der Eingliederung in die wesentlichen Betreuungsstandards ("LEA") laut DPMR 12.1.2017;
 5. vorzusehen, dass in der ersten Umsetzungsphase die Verschreibung der in Anhang A aufgeführten Leistungspakete den gleichen Regeln unterliegt, die für die Verschreibung von Leistungen für ambulante fachärztliche Betreuung gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 2568/1998 vorgesehen sind;
 6. die daraus folgende Aktualisierung des Landeskatalogs für verschreibbare Leistungen (LkVL/CPP) mit gesonderter Maßnahme vorzusehen;
 7. im Rahmen der Verrechnung der interregionalen Patientenmobilität jene Tarife und Regeln anzuwenden, welche im Interregionalen Abkommen über die Verrechnung der Patientenmobilität vom 18. Oktober 2018, in geltender Fassung, vorgesehen sind;
 8. das derzeitige System der Leistungspakete und der damit verbundenen Finanzierung wird im Jahr 2021 überprüft, um dessen Korrektheit zu bewerten und gegebenenfalls durch eine spätere Maßnahme der Landesregierung anzupassen;
 9. das Inkrafttreten des gegenständlichen Beschlusses am 01.01.2020 vorzusehen;
 10. dem Sanitätsbetrieb die vorliegende Maßnahme elektronisch zu übermitteln, damit er für seine Implementierung und die Übermittlung an alle betroffenen internen und externen Dienste sorgt;
3. di approvare un sistema di finanziamento misto (a tariffa per prestazione e a budget di spesa) per le strutture erogatrici descritto in dettaglio nell'"ALLEGATO B"; tale sistema di finanziamento consente di garantire e sostenere un'offerta sanitaria capillare sul territorio e vicina al paziente oncologico;
 4. di considerare i pacchetti di prestazioni, previsti dall'Allegato A, destinati anche al trattamento della cronicità, prevedendo pertanto una presa in carico del paziente da parte della struttura erogatrice, secondo percorsi prestabiliti. Tale assistenza si svincola dalla specialistica ambulatoriale in senso stretto, dal punto di vista dell'inquadramento dei LEA, ai sensi del DPCM 12.01.2017;
 5. di prevedere che nella prima fase di applicazione la prescrizione dei pacchetti di cui all'Allegato A sia soggetta alle medesime regole relative alle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui alla deliberazione della Giunta Provinciale n. 2568/1998 e s.m.i.;
 6. di prevedere il conseguente aggiornamento del Catalogo Provinciale del Prescrivibile (CPP) con separato provvedimento amministrativo;
 7. di applicare in sede di compensazione della mobilità interregionale le tariffe e le regole previste dall'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria del 18/10/2018 e s.m.i.;
 8. il presente sistema dei pacchetti e del finanziamento correlato verrà rivisto nel 2021 per verificarne la tenuta ed eventualmente adeguato con successivo provvedimento della Giunta provinciale;
 9. di disporre che il presente provvedimento trovi applicazione a decorrere dal 1° gennaio 2020;
 10. di trasmettere digitalmente all'Azienda sanitaria il presente provvedimento, affinché provveda alla sua implementazione e diffusione a tutti i servizi interni ed esterni interessati;

11. den gegenständlichen Beschluss gemäß Artikel 4, Absatz 1, Buchstabe d) des Regionalgesetzes vom Nr. 2 vom 19. Juni 2009 im Amtsblatt der Region zu veröffentlichen, da die entsprechende Maßnahme an die Allgemeinheit gerichtet ist.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

11. di provvedere alla pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino ufficiale della Regione Trentino-Alto Adige, ai sensi dell'articolo 4 comma 1, lettera d) della legge regionale 19 giugno 2009, n. 2 in quanto trattasi di un atto destinato alla generalità dei cittadini.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G. P.

ALLEGATO A - Modifiche e integrazioni alla deliberazione della G.P. n. 2568 del 15.06.1998

ANLAGE A - Änderungen und Ergänzungen zum Beschluss der L.R. Nr. 2568 vom 15.06.1998

NUOVI INSERIMENTI DI PRESTAZIONI (Allegati 1 e 3) - EINFÜGEN VON NEUEN LEISTUNGEN (Anlagen 1 und 3)

Codice NTP	Nota provinciale	Descrizione Pacchetto	Note e condizioni di erogabilità	Branca	Data inizio validità	Tariffa
Kodex NTP	L. Anmerk.	Beschreibung Paket	Anmerkungen und Erbringungskriterien	Branche	Beginn der Gültigkeit	Tarif
93.39.B	A	TRATTAMENTO DI LINFEDEMA SECONDARIO IN FASE ACUTA - Per arto e per seduta di 90 minuti (ciclo fino a 16 sedute). Include: valutazione iniziale del fisioterapista, linfodrenaggio, bendaggio, rieducazione motoria, aggiornamento della cartella e relazione finale al medico.	Prescrivibile solo a paziente chirurgico oncologico postoperato. Si raccomanda un ciclo di trattamento all'anno più un ulteriore ciclo quando indicato. La prescrizione dei cicli successivi è vincolata ad una valutazione intermedia. Prescrivibile solo dallo specialista ospedaliero	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE	01/01/20	52,50
		INTENSIVE BEHANDLUNG DES SEKUDÄREN LYMPHÖDEM IN AKUTPHASE- Pro Gliedmaßen und pro 90-minütiger Sitzung (Zyklus bis zu 16 Sitzungen). Inbegriffen: erste Bewertung des Physiotherapeuten, Lymphdrainage, Bandagierung, motorische Rehabilitation, Aktualisierung der Patientenakte und Abschlussbericht an den Arzt.	Nur für postoperative onkologisch-chirurgische Patienten verschreibbar. Es wird ein Behandlungszyklus pro Jahr und ein zusätzlicher Zyklus bei Bedarf empfohlen. Die Verschreibung von Folgezyklen unterliegt einer Zwischenbewertung. Nur vom Krankenhausfacharzt verschreibbar	REHABILITATION		
93.39.C	A	TRATTAMENTO INTENSIVO DI LINFEDEMA SECONDARIO CRONICO - Per arto e per seduta di 90 minuti (ciclo fino a 10 sedute). Include: valutazione iniziale del fisioterapista, linfodrenaggio, bendaggio, rieducazione motoria, aggiornamento della cartella e relazione finale al medico.	Prescrivibile solo a paziente chirurgico oncologico postoperato. Si raccomandano da 4 a 6 cicli di trattamento all'anno. La prescrizione di cicli successivi è vincolata ad una valutazione intermedia. Prescrivibile dallo specialista o dal MMG	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE	01/01/20	52,50
		INTENSIVE BEHANDLUNG DES SEKUDÄREN CHRONISCHEN LYMPHÖDEM- Pro Gliedmaßen und pro 90-minütiger Sitzung (Zyklus bis zu 10 Sitzungen). Inbegriffen: erste Bewertung des Physiotherapeuten, Lymphdrainage, Bandagierung, motorische Rehabilitation, Aktualisierung der Patientenakte und Abschlussbericht an den Arzt.	Nur für postoperative onkologisch-chirurgische Patienten verschreibbar. Es werden 4-6 Behandlungszyklen pro Jahr empfohlen. Die Verschreibung von Folgezyklen unterliegt einer Zwischenbewertung. Vom Facharzt oder vom Hausarzt verschreibbar	REHABILITATION		
93.39.D	A	TRATTAMENTO DI MANTENIMENTO PER LINFEDEMA SECONDARIO PER ARTO INFERIORE - Per seduta di 90 minuti (ciclo fino a 10 sedute). Include: valutazione iniziale del fisioterapista, linfodrenaggio, bendaggio, rieducazione motoria, aggiornamento della cartella e relazione finale al medico.	Prescrivibile solo a paziente chirurgico oncologico postoperato. Si raccomandano al massimo due cicli di trattamento all'anno. La prescrizione di cicli successivi è vincolata ad una valutazione intermedia. Prescrivibile solo dallo specialista	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE	01/01/20	52,50
		INTENSIVE BEHANDLUNG DES SEKUDÄREN LYMPHÖDEM DER UNTEREN GLIEDMASSEN- 90-minütige Sitzung (Zyklus bis zu 10 Sitzungen). Inbegriffen: erste Bewertung des Physiotherapeuten, Lymphdrainage, Bandagierung, motorische Rehabilitation, Aktualisierung der Patientenakte und Abschlussbericht an den Arzt.	Nur für postoperative onkologisch-chirurgische Patienten verschreibbar. Es werden höchstens zwei Behandlungszyklen pro Jahr empfohlen. Die Verschreibung von Folgezyklen unterliegt einer Zwischenbewertung. Nur vom Facharzt verschreibbar	REHABILITATION		
93.39.E	A	TRATTAMENTO DI MANTENIMENTO PER LINFEDEMA SECONDARIO PER ARTO SUPERIORE - Per seduta di 60 minuti (ciclo fino a 10 sedute). Include: valutazione iniziale del fisioterapista, linfodrenaggio, bendaggio, rieducazione motoria, aggiornamento della cartella e relazione finale al medico.	Prescrivibile solo a paziente chirurgico oncologico postoperato. Si raccomandano al massimo due cicli di trattamento all'anno. La prescrizione di cicli successivi è vincolata ad una valutazione intermedia. Prescrivibile solo dallo specialista	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE	01/01/20	35,30
		INTENSIVE BEHANDLUNG DES SEKUDÄREN LYMPHÖDEM DER OBEREN GLIEDMASSEN- 60-minütige Sitzung (Zyklus bis zu 10 Sitzungen). Inbegriffen: erste Bewertung des Physiotherapeuten, Lymphdrainage, Bandagierung, motorische Rehabilitation, Aktualisierung der Patientenakte und Abschlussbericht an den Arzt.	Nur für postoperative onkologisch-chirurgische Patienten verschreibbar. Es werden höchstens zwei Behandlungszyklen pro Jahr empfohlen. Die Verschreibung von Folgezyklen unterliegt einer Zwischenbewertung. Nur vom Facharzt verschreibbar	REHABILITATION		
93.39.F	A	TRATTAMENTO DI LINFEDEMA SECONDARIO CRONICO NON VISIBILE - Per seduta di 60 minuti (ciclo fino a 10 sedute). Include: valutazione iniziale del fisioterapista, linfodrenaggio, bendaggio, rieducazione motoria, aggiornamento della cartella e relazione finale al medico.	Prescrivibile solo a paziente chirurgico oncologico postoperato. Si raccomanda al massimo un ciclo di trattamento all'anno. La prescrizione di cicli successivi è vincolata ad una valutazione dello specialista. Prescrivibile solo dallo specialista	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE	01/01/20	34,30
		INTENSIVE BEHANDLUNG DES NICHT SICHTBAREN SEKUDÄREN CHRONISCHEN LYMPHÖDEM - 60-minütige Sitzung (Zyklus bis zu 10 Sitzungen). Inbegriffen: erste Bewertung des Physiotherapeuten, Lymphdrainage, Bandagierung, motorische Rehabilitation, Aktualisierung der Patientenakte und Abschlussbericht an den Arzt.	Nur für postoperative onkologisch-chirurgische Patienten verschreibbar. Es wird höchstens ein Behandlungszyklus pro Jahr empfohlen. Die Verschreibung von Folgezyklen unterliegt einer Zwischenbewertung vom Facharzt. Nur vom Facharzt verschreibbar	REHABILITATION		

ANLAGE B -

FINANZIERUNG DER PRIVATEN AKKREDITIERTEN EINRICHTUNGEN, DIE AUF DEM TERRITORIUM AMBULANTE LEISTUNGEN FÜR POSTOPERATIVE KREBSPATIENTEN MIT SEKUNDÄREM LYMPHÖDEM ERBRINGEN

1. BESCHREIBUNG DES FINANZIERUNGSMODELLES

Das Finanzierungsmodell der akkreditierten privaten Einrichtungen, welche Dienstleistungen für postoperative Krebspatienten mit sekundärem Lymphödem erbringen, sieht ein gemischtes leistungsbezogenes und budgetbezogenes Vergütungssystem vor. Die Tarife der Leistungen verstehen sich als Höchsttarife.

2. LEISTUNGSBEZOGENE FINANZIERUNG

2.1.1. Personalkosten für direkte und indirekte Tätigkeit

Die Personalkosten für direkte und indirekte Tätigkeiten werden aufgrund der für die Leistungspakete festgelegten Tarife laut Anlage A vergütet.

Die Tarife werden auf der Grundlage der Standardstundensätze der direkt an der Erbringung von Leistungen beteiligten Gesundheitsberufsbilder berechnet sowie eines zusätzlichen Prozentsatzes, der die indirekte Tätigkeit dieser Berufsbilder, vergütet:

Berufsbild	Standard-stundensatz	Zusätzlicher %satz für indirekte Tätigkeit
Physiotherapeut	€ 33,00 (Euro dreiunddreißig/00)	4 %

Als indirekte Tätigkeit gilt jede Tätigkeit der beteiligten medizinischen Fachkräfte, die nicht bereits in der direkten Tätigkeit, oder in der Unterstützungstätigkeit enthalten ist, die gemäß Absatz 3.1 im Budget erkennbar ist.

Darin inbegriffen ist daher die Zeit, die für die Bewertung durch den Physiotherapeuten, Aktualisierung der Patientenakte, Abfassung des Berichtes für den betreuenden Arzt, usw. verwendet wird.

2.1.2. Finanzierung weiterer Leistungen, die in den Leistungspaketen nicht enthalten sind

Der Sanitätsbetrieb kann im Rahmen des Vertragsabkommens mit der privaten akkreditierten Einrichtung die Finanzierung weiterer ambulanter fachärztlicher Leistungen vereinbaren, die nicht ausdrücklich in den Leistungspaketen laut Anlage A vorgesehen sind, allerdings für den klinischen Fall angemessen und für den Abschluss bzw. die Wirksamkeit des Behandlungspfades förderlich sind. So können beispielsweise die Leistungen der Gruppentherapie (Code 93.11.5) oder der Maßnahme des Kompressionsstrumpfes (Code 99.97.3) erbracht und vergütet werden. Die maximale Vergütungsbetrag dieser Leistungen entspricht dem Tarif laut geltendem Verzeichnis der ambulanten fachärztlichen Leistungen.

3. FINANZIERUNG AUFGRUND EINES AUSGABENBUDGETS

3.1. Ausgabenbudget für Gesundheitspersonal und unterstützende Tätigkeiten

Die vom Gesundheitspersonal in der unterstützenden Tätigkeit tatsächlich geleisteten Stunden werden innerhalb des vereinbarten Stundenbudgets vergütet. Die für jede Kategorie von unterstützenden Tätigkeiten veranschlagten Stunden dürfen sich nicht mit den für direkte und indirekte Tätigkeiten oder für andere unterstützenden Tätigkeiten veranschlagte Stunden überschneiden. Das Budget wird für jedes Berufsbild aufgrund folgender Kriterien festgelegt:

Tätigkeits-code	Beschreibung Tätigkeit	Berufsbild	Erbringungsbedingung	Berechnungskriterium *
a)	Ausbildung **	Physiotherapeut	Es werden die Weiterbildungsstunden gemäß ECM-Regelung anerkannt	Standardstundensatz des Berufsbildes (Tabelle Abs. 2.1.1) mal vereinbarte jährliche Stundenanzahl
b)	Treffen mit anderen Netzmitgliedern	Physiotherapeut		Standardstundensatz des Berufsbildes (Tabelle Abs. 2.1.1) mal vereinbarte jährliche Stundenanzahl

* Der Standardstundensatz wie in Absatz 2.1.1 angegeben und ohne zusätzlichen %satz für indirekte Tätigkeit

** Die von der privaten Einrichtung an den Arbeitnehmer oder Selbständigen für die Ausbildungstätigkeit gezahlten Stunden werden anerkannt.

3.2. Budget für allgemeine tätigkeitsspezifische Kosten

Dabei handelt es sich um direkte, objektive und ausschließlich für die ambulante Tätigkeit anfallende Kosten, deren Quantifizierung ohne die Anwendung von Aufteilungskriterien erfolgt:

die Kosten für das Gesundheitspersonal, das sanitäre Material und das Verbrauchsmaterial, die im Tarif bereits miteingerechnet wurden, können hier nicht berücksichtigt werden.

Es sind die im Abschnitt "3.4 Typologien von spezifischen und Gemeinkosten" beispielsweise angeführten Kosten. Typischerweise handelt es sich um allgemeine Kosten, die allerdings mit der ambulanten Tätigkeit - Gegenstand der vorliegenden Regelung - verbunden sind, wie z. B. Mieten, Instandhaltungen, Versicherungen und Steuern im Zusammenhang mit dem Gebäude (oder Teile desselben), in dem die ambulanten Leistungen erbracht werden, Verwaltungs- oder nicht-sanitäres Personal, das in ambulanten Tätigkeiten beschäftigt ist, usw.

Die Höchstgrenze des zu erfassenden Betrags beträgt 100% der geschätzten Kosten und ergibt sich aus der Anwendung eines durchschnittlichen Standardkosten pro Maßeinheit des Produktionsfaktors und einer durchschnittlichen Standardmenge, die für die Durchführung der Tätigkeit erforderlich ist.

3.3. Budget für Gemeinkosten

Dabei handelt es sich um angefallene Kosten, die sich unterschiedslos auf alle von der Einrichtung angebotenen Tätigkeiten beziehen, die keinen direkten, objektiven und ausschließlichen Zusammenhang mit dieser bestimmten (hier geregelten) Tätigkeit haben. Die Zuordnung zu einer bestimmten Tätigkeit erfordert zwangsläufig die Anwendung eines oder mehrerer Verrechnungskriterien.

Dies sind die im Abschnitt "3.4 - Typologien von spezifischen- und Gemeinkosten" beispielsweise aufgeführten Kosten. Typischerweise handelt es sich um Kosten im Zusammenhang mit Führungskräften oder Verwaltungspersonal, die für die gesamte Einrichtung arbeiten, Gebühren, Beratungen und sonstigen Kosten, die die gesamte Organisation betreffen, usw.

Die **Berechnung der veranschlagten Gemeinkosten** erfolgt durch die Anwendung durchschnittlicher Standardkosten pro Maßeinheit des Produktionsfaktors und eine durchschnittliche Standardmenge, die für die Durchführung der verschiedenen gemeinsamen Tätigkeiten der Struktur erforderlich sind.

Die Obergrenze des veranschlagten Betrags für die ambulanten Tätigkeiten, der vom Sanitätsbetrieb anerkannt werden kann, ergibt sich aus der Anwendung eines maximalen Prozentsatzes auf die gesamten veranschlagten Gemeinkosten der gesamten Einrichtung, wie im folgender Berechnung dargestellt:

maximaler %-Wert, der auf die Summe der veranschlagten Gemeinkosten der gesamten Einrichtung anzuwenden ist	Gesamtkosten für direkte, indirekte und unterstützende Tätigkeiten und anderer spezifischer Kosten (Punkt 3.2), die sich aus dem mit dem Sanitätsbetrieb vereinbarten Budget ergeben und <u>spezifisch und eng mit der ambulanten territorialen Tätigkeit verbunden sind</u> Gesamtkosten für direkte, indirekte und unterstützende Tätigkeiten und anderer spezifischer Kosten (Punkt 3.2), die sich aus dem mit dem Sanitätsbetrieb vereinbarten Haushalt <u>für alle von der Einrichtung bereitgestellten Tätigkeiten</u> ergeben.
---	---

3.4. Typologien von spezifischen- und Gemeinkosten

Die folgenden Typologien von Kosten sind als "spezifisch" oder "gemeinsam" zu betrachten, je nachdem, ob sie der Einteilung in die Kategorien in Punkt 3.2, oder 3.3 entsprechen:

a) Ausgaben für den Ankauf von Gütern

- Putzmaterial, Büromaterial /Verbrauchs- und Druckmaterial, didaktisches Material
- Energie und Heizung, Treibstoff, kleine Reparaturen und Instandhaltung des Autos
- Andere Ausgaben

b) Ausgaben für den Ankauf von Dienstleistungen

- Mobilfunk-, Fixtelefon- und Internetgebühren
- Instandhaltung und Reparatur von Hardware und Büromaschinen
- Beitrag für buchhalterische- und Arbeitsberatung
- Ordentliche Instandhaltung und kleine Reparaturen
- Versicherung und Brandschutz
- Andere Ausgaben

c) Nutzung von Gütern Dritter

- Miete und Betriebskosten
- Andere Ausgaben

d) Verwaltungskosten

- Verwaltungstätigkeiten und Verwaltungspersonal
- Führungskräfte
- Andere Personalkosten (Reisen, Unterkunft und reisebedingte Mahlzeiten, Anmeldegebühren für Schulungen, usw.)

3.5. Nicht zulässige und nicht finanzierbare Kosten

Die angeführten Kosten sind nicht zulässig und folglich nicht finanzierbar:

- Investitionskosten (bei Kapitalfinanzierungen wird auf das Landesgesetz Nr. 7 vom 05.03.2001 verwiesen);
- Finanzaufwendungen (Passivzinsen usw.);
- Verwaltungsstrafen;
- Repräsentationskosten (Essen, Geschenke);
- Spenden und Geschenke im Allgemeinen;
- Material für Ausstattungen, Dekorationen, Blumen, fotografische Dienste und Ähnliches;
- In Abzug gebrachte MwSt.;
- Ertragsteuern;
- Verlust der Vorjahre;
- Essenskosten für ehrenamtliche Mitarbeiter;
- Kosten für nicht-sanitäres, bedienstetes Personal, die jene aus den Gehaltstabellen des Bereichsübergreifenden Kollektivvertrages für Landesangestellte in der entsprechenden Funktionsebene übersteigen;
- Honorar-, Reise-, Unterkunft- und Verpflegungskosten, welche die Außendienstvergütung gemäß bereichsübergreifendem Kollektivvertrag vom 09.04.2008 übersteigen.

4. AUSGABENBUDGET

Die private Einrichtung erstellt ein Budget der jährlichen Ausgaben für alle Tätigkeiten der Einrichtung und der Gemeinkosten, das mit den Werten des vergangenen Jahres vereinbar ist, und mit spezifischer Angabe aller Einnahmen aus der Kostenbeteiligung der Patienten, aus Beiträgen, die auf der Grundlage von Gesetzen (Land, Region oder Staat) oder von anderen öffentlichen Verwaltungen ausgezahlt werden, sowie aller Mittel, die in früheren Zeitpunkten ausgezahlt und nicht ausgegeben wurden.

Eventuelle Beiträge, die von der Autonomen Provinz Bozen oder anderen öffentlichen Körperschaften gewährt werden und dieselbe Tätigkeit oder die Allgemeinkosten mehrerer Tätigkeiten - hier für den in dieser Regelung anerkannten Anteil (maximaler Prozentsatz laut Punkt 3.3) - betreffen, verringern die durch den Sanitätsbetrieb finanzierbaren Kosten.

Die private Einrichtung ist dafür verantwortlich, für die bereits mit öffentlichen Geldern finanzierten Tätigkeiten keine Beitragsgesuche zu stellen.

5. AUSGABENHÖCHSTGRENZE

Auf der Grundlage des auf Betreuungsbedarf berechneten Produktionsplan der Leistungen und auf der Grundlage des von der Einrichtung in der im vorherigen Absatz beschriebenen Weise vorgelegten

Ausgabenbudgets und unter Bezugnahme auf die nachstehend genannten Elemente bestimmt der Sanitätsbetrieb eine jährliche Ausgabenhöchstgrenze für ambulante territoriale Tätigkeiten, die sich aus der Summe der folgenden Werte ergibt:

Beschreibung der Ausgabe	Berechnungskriterium	Finanzierungskriterium	
1) Produktionsplan der territorialen ambulanten Leistungen	Anzahl Leistungen x Tarif	Finanzierung pro Leistung (Teil 3, Abs. 2)	+
2) Spezifische Personalkosten im Zusammenhang mit der unterstützenden Tätigkeit für die territoriale ambulante Tätigkeit	Anzahl Stunden x Standardtagessatz der Berufsbilder	Budgetfinanzierung (Teil 3, Abs. 3.1)	+
3) Andere spezifische Kosten für die territoriale ambulante Tätigkeit	Anzahl x Standardkosten	Budgetfinanzierung (Teil 3, Abs. 3.2)	+
4) Betrag der allgemeinen Gemeinkosten – im Bezug zur ambulanten Tätigkeit	Je nach maximalem berechneten % in Abs.3.3 - Budget der Gemeinkosten	Budgetfinanzierung (Teil 3, Abs. 3.3)	-
5) Beiträge von öffentlichen Körperschaften (Autonomen Provinz Bozen und andere öffentliche Körperschaften) für bereits durch dieses Finanzierungssystem gedeckte Kosten			=
AUSGABENHÖCHSTGRENZE FÜR DIE TERRITORIALE AMBULANTE TÄTIGKEIT			

Bei der Festlegung der Ausgabenhöchstgrenze wird auch ein angemessenes Verhältnis zwischen den allgemeinen Betriebskosten und dem Umfang der geplanten Tätigkeiten sowie den durchschnittlichen Standardkosten und nicht erkennbaren Kosten gemäß Nummer 3.5, berücksichtigt.

Die Endfinanzierung der tatsächlichen Ausgaben der Einrichtung (ohne Einnahmen) liegt immer innerhalb der Obergrenze der zuvor berechneten Ausgabenhöchstgrenze.

Als Kosten und Erlöse versteht man monetäre Kosten (Ausgaben) und monetäre Erträge (Einnahmen), die im betrachteten Zeitabschnitt tatsächlich angefallen oder eingenommen wurden.

6. SONSTIGE HINWEISE

Innerhalb von zwei Jahren nach Genehmigung dieses Beschlusses wird der Sanitätsbetrieb für die in diesem Beschluss genannten privaten akkreditierten Einrichtungen jene Räumlichkeiten zur Verfügung stellen, die für die ambulante Übernahme der postoperativen Krebspatienten mit sekundärem Lymphödem notwendig sind.

Die privaten akkreditierten Einrichtungen müssen innerhalb ihrer Organisationen Einsparungspotentiale ermitteln, um einen wirtschaftlich-finanziellen Ausgleich zu erreichen und beizubehalten.

ALLEGATO B - FINANZIAMENTO DEI SOGGETTI PRIVATI ACCREDITATI EROGANTI LE PRESTAZIONI TERRITORIALI AMBULATORIALI A FAVORE DI PAZIENTI ONCOLOGICI POST-OPERATI AFFETTI DA LINFEDEMA SECONDARIO

1. DESCRIZIONE DEL MODELLO DI FINANZIAMENTO

Il modello di finanziamento del soggetto privato accreditato erogante le prestazioni a favore di pazienti oncologici post-operati affetti da linfedema secondario prevede un sistema di remunerazione misto a tariffa per prestazione e a budget di spesa. Le tariffe relative alle prestazioni costituiscono tariffe massime.

2. FINANZIAMENTO A PRESTAZIONE

2.1.1. Costi del personale sanitario per attività diretta ed indiretta

I costi del personale sanitario per l'attività diretta e indiretta sono remunerati tramite le tariffe previste per i pacchetti di prestazioni di cui all'Allegato A.

Le tariffe sono valorizzate sulla base del costo orario standard delle figure professionali sanitarie direttamente coinvolte nell'erogazione delle prestazioni oltre ad una quota percentuale aggiuntiva che remunera l'attività indiretta delle stesse figure professionali:

Figura professionale	Costo orario standard	Attività indiretta
Fisioterapista	€ 33,00.- (euro trentatre/00)	4%

Per attività indiretta s'intende ogni attività erogata dalle figure professionali sanitarie coinvolte che non è già ricompresa nell'attività diretta o nell'attività di supporto riconoscibile a budget ai sensi del paragrafo 3.1.

Nello specifico l'attività indiretta ricomprende il tempo dedicato alla valutazione del fisioterapista, l'aggiornamento della cartella clinica, la relazione per il medico curante, ecc.

2.1.2. Finanziamento di ulteriori prestazioni non ricomprese nei pacchetti di prestazioni

L'Azienda sanitaria può concordare, nell'ambito dell'accordo contrattuale con l'erogatore privato accreditato, il finanziamento di ulteriori prestazioni di specialistica ambulatoriale, non espressamente ricomprese nei pacchetti di prestazioni di cui all'Allegato A, ma che si rendono comunque indicate ed appropriate per il caso clinico e per il completamento e l'efficacia del percorso di trattamento. A titolo di esempio e con particolare riferimento, possono essere erogate e remunerate le prestazioni corrispondenti alla terapia di gruppo (codice 93.11.5) oppure alla misurazione della calza elastica (codice 99.97.3). La remunerazione massima di tali prestazioni corrisponde alla tariffa del nomenclatore della specialistica ambulatoriale vigente.

3. FINANZIAMENTO SULLA BASE DI UN BUDGET DI SPESA

3.1. Budget dei costi del personale sanitario per attività di supporto

Sono remunerate, nel limite del budget previsionale orario concordato, le ore effettivamente erogate dal personale sanitario nell'attività di supporto. Le ore preventivate per ciascuna categoria di attività di supporto non possono sovrapporsi alle ore programmate per l'attività diretta e indiretta nonché a quelle preventivate in altre voci di attività di supporto. Il budget previsionale viene determinato per ogni figura professionale sanitaria secondo i criteri di seguito indicati:

Codice attività	Descrizione attività	Figura professionale	Condizione di erogabilità	Criterio di calcolo *
a)	Formazione**	fisioterapista	Sono riconosciute le ore formative conformemente alla normativa ECM	Costo orario standard della singola figura professionale (tabella par. 2.1.1) moltiplicato per il monte ore annuo concordato
b)	Incontri con altri soggetti esterni alla rete	fisioterapista		Costo orario standard della singola figura professionale (tabella par. 2.1.1) moltiplicato per il monte ore annuo concordato

* I costi orari standard sono quelli contenuti al paragrafo 2.1.1 senza la quota % aggiuntiva standard per attività indiretta.

** Vengono riconosciute le ore pagate dalla struttura privata al professionista dipendente o lavoratore autonomo per l'attività di formazione.

3.2. Budget dei costi generali - specifici per l'attività

Sono costi direttamente, oggettivamente ed esclusivamente sostenuti per l'attività ambulatoriale la cui quantificazione avviene senza adozione di criteri di ripartizione: non possono essere inclusi i costi del personale sanitario e dei materiali sanitari / di consumo che sono già compresi nella tariffa delle singole prestazioni.

Sono i costi elencati a titolo esemplificativo al paragrafo "3.4 Tipologie di costi specifici e comuni". Tipicamente sono costi generali, riferiti all'attività ambulatoriale oggetto della presente regolamentazione quali affitti, manutenzioni, assicurazioni e imposte riferiti all'immobile (o porzione di esso), in cui vengono erogate le prestazioni ambulatoriali, personale amministrativo o non sanitario occupato nell'attività ambulatoriale ecc.

Il limite massimo dell'importo riconoscibile è del 100% del costo preventivato e risulta dall'applicazione di un costo standard medio per unità di misura del fattore produttivo ed una quantità standard media necessaria per svolgere l'attività.

3.3. Budget dei costi generali – comuni

Sono costi sostenuti e riferiti indistintamente a tutte le attività erogate dalla struttura, che non hanno una relazione diretta, oggettiva ed esclusiva con l'attività oggetto della presente regolamentazione. L'imputazione ad una certa attività richiede necessariamente l'applicazione di uno o più criteri di ripartizione.

Sono i costi elencati a titolo esemplificativo al paragrafo “3.4 - Tipologie di costi specifici e comuni”.

Tipicamente sono costi relativi ai dirigenti, al personale amministrativo che operano per l'intera struttura, alle utenze, alle consulenze e agli altri costi riferibili all'intera organizzazione, ecc.

La loro **valorizzazione a preventivo** deve avvenire applicando un costo standard medio per unità di misura del fattore produttivo ed una quantità standard media necessaria per svolgere le diverse attività comuni alla struttura.

Il limite massimo dell'importo riconoscibile da parte dell'Azienda sanitaria a preventivo riferito all'attività ambulatoriale risulta dall'applicazione ai costi comuni preventivati per l'intera struttura a preventivo di una percentuale massima risultante dal seguente rapporto:

valore % massimo da applicare al totale dei costi comuni - generali dell'intera struttura a preventivo	=	somma di costi per attività diretta e indiretta e di supporto e altri costi specifici (punto 3.2) risultanti dal budget concordato con l'Azienda sanitaria, <u>specifici e strettamente inerenti l'attività territoriale ambulatoriale</u> somma di costi per attività diretta, indiretta e di supporto e altri costi specifici (punto 3.2) risultanti dal budget concordato con l'Azienda sanitaria <u>relativi a tutte le attività erogate dalla struttura</u>
--	-----------------	---

3.4. Tipologie di costi specifici e comuni

Le seguenti tipologie di costi sono da considerarsi “specifici” o “comuni” a seconda della loro classificazione nelle categorie di cui al punto 3.2 o al punto 3.3:

a) Costi per acquisto di beni

- Materiale di pulizia, Materiale d'ufficio / di consumo e di stampa, Materiale didattico
- Energia, riscaldamento e carburante, piccole riparazioni e manutenzioni auto
- Altri costi

b) Costi per acquisto di servizi

- Cellulari, telefono fisso e internet
- Manutenzione riparazione hardware e apparecchiature d'ufficio
- Consulenza contabile e del lavoro
- Manutenzioni ordinarie e piccole riparazioni
- Assicurazioni e antincendio
- Altri costi

c) Godimento beni di terzi

- Affitto e spese condominiali
- Altri costi

d) Costi amministrativi

- Attività amministrative e personale amministrativo
- Personale dirigenziale
- Altri costi del personale (viaggi, vitto e alloggio relativi a trasferte, costi iscrizione a corsi di formazione, ecc.)

3.5. Costi non riconoscibili e non finanziabili

Non sono riconoscibili, quindi non finanziabili:

- costi d'investimento (per i quali si fa riferimento alla legge provinciale n.7 del 05.03.2001);
- oneri finanziari (interessi passivi, di mora ecc.);
- sanzioni amministrative;
- spese di rappresentanza (pranzi, omaggi);
- offerte, omaggi in generale;
- materiale per addobbi, decorazioni, fiori, servizi fotografici e simili;
- IVA detraibile;
- Imposte sul reddito;
- deficit anno precedente;
- pranzi e cene a volontari;
- costi di personale dipendente non sanitario eccedenti i costi rilevati sulle tabelle stipendiali previste dal contratto intercompartimentale applicabile al personale dell'Amministrazione provinciale per i livelli corrispondenti alle mansioni eseguite;
- spese per onorari, viaggio, vitto e alloggio eccedenti il trattamento economico e di missione di cui Contratto collettivo intercompartimentale 09.04.2008 "disciplina di missione".

4. BUDGET DI SPESA

La struttura privata presenta un budget di spesa annuo relativo a tutte le attività della struttura e ai costi comuni, riconciliabile e plausibile rispetto ai valori dell'anno passato e con specifica evidenza di eventuali ricavi monetari derivanti da eventuale compartecipazione dell'utente, di eventuali altri contributi da erogare in base a leggi (provinciali, regionali o statali) o da contributi di altre pubbliche amministrazioni e di eventuali finanziamenti erogati e non spesi nei periodi precedenti. Eventuali contributi da parte della Provincia autonoma di Bolzano o di altri enti pubblici, relativi alla medesima attività o ai costi generali comuni a più attività per la quota riconosciuta dalla presente regolamentazione (valore percentuale massimo di cui al punto 3.3) , vanno a ridurre i costi finanziabili da parte dell'Azienda sanitaria. Resta in capo alla struttura privata la responsabilità di NON chiedere contributi per il finanziamento di attività già coperte con denaro pubblico.

5. TETTO DI SPESA

In base al piano di produzione di prestazioni calcolato sul fabbisogno assistenziale e in base al budget di spesa presentato dalla struttura con le modalità di cui al paragrafo precedente e riferito agli elementi sotto indicati l'Azienda sanitaria determina un tetto di spesa annuo per l'attività territoriale ambulatoriale risultante dalla somma dei seguenti valori:

Descrizione voce di spesa	Criterio di calcolo	Criterio di finanziamento	
1) Piano di produzione prestazioni territoriali ambulatoriali	q.tà prestazioni x tariffa	Finanziamento a prestazione (Parte 3, paragr. 2)	+
2) Costi specifici del personale inerente l'attività di supporto per attività territoriale ambulatoriale	q.tà ore x costo standard orario fig. prof.	Finanziamento a budget (Parte 3, paragr. 3.1)	+
3) Costi specifici altri per attività territoriale ambulatoriale	q.tà x costo standard	Finanziamento a budget (Parte 3, paragr. 3.2)	+
4) Quota di costi comuni – generali riferita all'attività ambulatoriale	In base a % massima calcolata al paragr. 3.3 - Budget dei costi generali – comuni	Finanziamento a budget (Parte 3, paragr. 3.3)	-
5) Contributi da enti pubblici (Provincia autonoma di Bolzano e altri enti pubblici) per costi già coperti dal presente modello di finanziamento			=
TETTO DI SPESA PER ATTIVITÀ TERRITORIALE AMBULATORIALE			

Nel definire il tetto di spesa l'Azienda sanitaria tiene conto inoltre di una giusta proporzione tra costi generali di funzionamento e dei volumi delle attività preventivate e dei costi standard medi e dei costi non riconoscibili secondo il punto 3.5.

Il finanziamento a consuntivo dei costi effettivamente sostenuti dalla struttura (al netto degli eventuali ricavi) avviene sempre nel limite massimo del tetto di spesa preventivamente calcolato.

Per costi e ricavi si intendono i costi monetari (spese) e ricavi monetari (entrate) effettivamente sostenuti o incassati nel periodo considerato.

6. Altre Indicazioni

L'Azienda sanitaria si adopera per mettere a disposizione delle strutture private accreditate di cui alla presente delibera entro due anni dalla data della sua approvazione tutti i locali o parte di essi idonei per la presa in carico ambulatoriale dei pazienti oncologici post-operati affetti da linfedema secondario.

Le strutture private accreditate devono individuare all'interno della loro organizzazione i possibili margini di risparmio utili al raggiungimento e mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario.

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93
über die fachliche, verwaltungsgemäße
und buchhalterische Verantwortung

Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93
sulla responsabilità tecnica,
amministrativa e contabile

Die Amtsdirektorin 20/12/2019 15:46:12 La Direttrice d'ufficio
CAPODAGLIO SILVIA

Der Abteilungsdirektor 20/12/2019 15:48:45 Il Direttore di ripartizione
SCHROTT LAURA

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

La presente delibera non dà luogo a
impegno di spesa.
Dieser Beschluss beinhaltet keine
Zweckbindung

zweckgebunden

impegnato

als Einnahmen
ermittelt

accertato
in entrata

auf Kapitel

sul capitolo

Vorgang

operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben 23/12/2019 12:21:49 Il direttore dell'Ufficio spese
NATALE STEFANO

Der Direktor des Amtes für Einnahmen Il direttore dell'Ufficio entrate

Diese Abschrift
entspricht dem Original

Per copia
conforme all'originale

Datum / Unterschrift

data / firma

Abschrift ausgestellt für

Copia rilasciata a



Der Landeshauptmann
Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

30/12/2019

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

30/12/2019

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 20 Seiten, mit dem digitalen Original identisch ist, das die Landesverwaltung nach den geltenden Bestimmungen erstellt, aufbewahrt, und mit digitalen Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf folgende Personen lauten:

nome e cognome: Arno Kompatscher

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 20 pagine, esclusa la presente. Il documento originale, predisposto e conservato a norma di legge presso l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Eros Magnago

Die Landesverwaltung hat bei der Entgegennahme des digitalen Dokuments die Gültigkeit der Zertifikate überprüft und sie im Sinne der geltenden Bestimmungen aufbewahrt.

Ausstellungsdatum

30/12/2019

Diese Ausfertigung entspricht dem Original

L'Amministrazione provinciale ha verificato in sede di acquisizione del documento digitale la validità dei certificati qualificati di sottoscrizione e li ha conservati a norma di legge.

Data di emanazione

Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift

Data/firma