



REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO

Unità Operativa di Programmazione e Controllo di Gestione

Via Oderisio, 1 Cap. 82100 Benevento

Telefono 0824 308434-308435-308437-308740 fax 0824 308445

Mail: servizio.controllogestione@aslbenevento1.itPec: controllo.gestione@pec.aslbenevento.it

**Ai Legali Rappresentanti
Centri Privati Accreditati
Branca Specialistica**

**p.c. Associazioni di Categoria
Macroarea Specialistica**

OGGETTO: Rilevazione indicatori per la valutazione dei limiti di spesa delle strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale ex Allegato B - DGRC n.215-2022.

Al fine dell'applicazione delle disposizioni normative previste dall'Allegato B della DGRC n.215/2022 relative alla metodologia per l'assegnazione, alle strutture private accreditate della branca della specialistica ambulatoriale, per l'annualità 2023, dei volumi massimi di prestazioni e correlati limiti di spesa, risulta necessario la stima dei parametri di valutazione sulla base dei quali a ciascuna struttura privata accreditata viene attribuito un punteggio, in funzione dei dati comunicati e raccolti nell'esercizio precedente.

Si rappresenta che, come previsto dall'All. B della DGRC n.215/2022, i parametri di valutazione, per l'assegnazione del suddetto punteggio, sono raggruppati nelle seguenti famiglie di indicatori:

- A. Tecnologia
- B. Informatizzazione
- C. Organizzazione
- D. Appropriately erogativa
- E. Collocazione territoriale

Si precisa che, in questa prima fase, i parametri di valutazione relativi agli indicatori delle famiglie - *Tecnologia* (A1 e A2) e - *Appropriately Erogativa* (D.11 -Rapporto tra numero di prestazioni erogate a carico del SSR, correlate a PDTA/ totale prestazioni erogate a carico del SSR), non faranno parte della presente rilevazione, in quanto saranno oggetto di specifiche successive ricognizioni da parte della Regione Campania.

Si chiede, pertanto, alle SS.LL. di voler restituire il Modello di Dichiarazione riportato in allegato, firmato digitalmente, **entro e non oltre il 6 marzo**:

- Allegato: Modello di Dichiarazione

Cordiali saluti.

Il Dirigente
Ing. Nadia SGRO

Il Dirigente Responsabile
U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione
Dr. Antonio GLORIOSO



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di
Legale Rappresentante del Centro Privato Accreditato _____

consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000;

con riferimento alla richiesta di dati finalizzati alla rilevazione indicatori per la valutazione dei limiti di spesa delle strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale ex Allegato B - DGRC n.215-2022,

DICHIARA

I dati riportati di seguito, aggiornati al 31.12.2022

NOME CENTRO PRIVATO ACCREDITATO	
Macroarea	
Branca	
TOTALE ADDETTI	
NUMERO DIPENDENTI	
NUMERO DIPENDENTI LAUREATI	
<i>(solo per la branca della patologia clinica)</i> NUMERO DI PRESTAZIONI EROGATE NELL'ANNO (TOTALE PRIVATO E ACCREDITATO)	

___/___/___

Timbro e Firma
