

1  
2 **CONTRATTO TRA L'AZIENDA USL DI MODENA E L'OSPEDALE PRIVATO**  
3 **ACCREDITATO "VILLA PINETA SRL" PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI**  
4 **ASSISTENZIALI DI DEGENZA E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.**

5  
6 **Premesso:**

- 7 - che il Decreto Legislativo 19/06/1999, n.229 prevede che il Servizio Sanitario Nazionale  
8 eroghi livelli di assistenza essenziali ed uniformi, nel rispetto della dignità della persona  
9 umana, del bisogno di salute espresso dalla programmazione sanitaria nazionale, regionale e  
10 locale, dell'equità di accesso all'assistenza, della qualità e dell'appropriatezza delle  
11 prestazioni, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse utilizzate;
- 12 - che, ai sensi dell'articolo 8-bis, comma 1° del citato D.L.vo n. 229/99, l'erogazione  
13 dell'assistenza sanitaria avviene tramite i diversi produttori pubblici e privati accreditati, nel  
14 rispetto degli accordi contrattuali con gli stessi stipulati;
- 15 - che conseguentemente, ai sensi del successivo articolo 8-bis, comma 2° e 8-quater, comma  
16 2°, i contenuti prestazionali ed economici degli accordi contrattuali costituiscono il titolo in virtù  
17 del quale i singoli produttori possono operare nell'ambito, per conto e a carico del Servizio  
18 Sanitario Nazionale e i cittadini possono liberamente scegliere il luogo di cura;
- 19 - che la Regione Emilia-Romagna, con deliberazione di Giunta n. 426 del 1/3/2000, ha  
20 attribuito alle Aziende USL la competenza alla stipula dei predetti accordi contrattuali a favore  
21 dei cittadini residenti nel proprio ambito territoriale, in coerenza con gli indirizzi regionali in  
22 materia;
- 23 - che gli indirizzi regionali sull'attività contrattuale locale sono altresì contenuti negli Accordi  
24 generali tra la Regione Emilia Romagna e le Associazioni della ospedalità privata AIOP in  
25 materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata;

26 Richiamato l'Accordo Generale per il periodo 2016-2018 tra la Regione Emilia-Romagna e  
27 l'Associazione della ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla  
28 rete ospedaliera privata, approvato con delibera della Giunta regionale n. 2320 del  
29 21/12/2016, di seguito denominato Accordo RER/AIOP;

30

31 **TRA**

32 L'Azienda Unità Sanitaria Locale, con sede in Modena, Via San Giovanni del Cantone n. 23,  
33 C.F. 02241850367, in persona del Direttore Generale pro-tempore Dr. Massimo Annicchiarico,  
34 nato a Taranto il 10/9/1958, nella sua qualità di legale rappresentante

35

**E**

36 l'Ospedale privato "Villa Pineta Srl" accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale, di seguito  
37 denominato anche "l'ospedale privato", con sede legale in Gaiato (Modena) Via Gaiato n. 127,  
38 Partita IVA 00693420366, nella persona della D.ssa Maria Grazia Nobile, nata a Bologna il  
39 29/8/1948, che agisce nella sua qualità di legale rappresentante

40 **Premesso** che il presente contratto è redatto in un unico esemplare informatico

41 **SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**

## 42 **REQUISITI DI LEGITTIMAZIONE CONTRATTUALE**

43 L'Ospedale privato "Villa Pineta" è legittimato alla stipula del presente contratto in quanto:

- 44 - in possesso di autorizzazione sanitaria all'esercizio delle attività contrattate;
- 45 - accreditato ai sensi della normativa vigente;
- 46 - le attività contrattate sono funzionali alle scelte di programmazione regionale così come si  
47 evince dal vigente Accordo AIOP/RER;
- 48 - dichiara, con la sottoscrizione del presente contratto, di accettare il sistema di pagamento  
49 delle prestazioni sanitarie secondo le tariffe della Regione Emilia-Romagna.

50 **OGGETTO DEL CONTRATTO**

51 Il presente contratto disciplina la fornitura di prestazioni sanitarie, di degenza e specialistica  
52 ambulatoriale, da parte dell'ospedale privato Villa Pineta in favore dei cittadini residenti nell'ambito  
53 provinciale di competenza dell'Azienda USL di Modena.

54 Resta inteso che le eventuali novità normative, nazionali e regionali, saranno applicate di diritto,  
55 comportando la decadenza automatica di tutte le clausole del presente contratto incompatibili con  
56 le stesse.

57 Ferma restando la possibilità, in corso d'anno, di variazione del budget complessivo e dei  
58 corrispondenti volumi di attività, nella misura prevista dalla normativa nazionale e regionale che  
59 dovesse eventualmente intervenire, i contenuti assistenziali, le tipologie, le quantità di prestazioni  
60 sanitarie oggetto di contrattazione e la relativa valorizzazione economica vengono definiti come di  
61 seguito.

62 **DEGENZA**

<b>Tipologia</b>	<b>Budget 2018</b>
Pneumologia acuti	<b>800.000,00</b>
Respirazione assistita	
Lungodegenza / Riabilitazione estensiva (codice disciplina 60) *	<b>1.300.000,00</b>
Riabilitazione respiratoria	<b>1.600.000,00</b>
Riabilitazione neuro-motoria (codice 56 - MDC 8, operati e MDC 1)	<b>150.000,00</b>
Riabilitazione cardiologica (codice 56 - MDC 5, cardiooperati)	<b>450.000,00</b>
Specialistica ambulatoriale **	<b>210.000,00</b>
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE ***</b>	<b>50.000,00</b>
	<b>4.560.000,00</b>

Sono possibili compensazioni fra i sottobudget di degenza. La struttura altresì si impegna a comunicare e motivare entro fine giugno e fine agosto le situazioni per le quali le proiezioni di utilizzo portino a prevedere variazioni su base annua del +/- 15%.

\* Budget prioritariamente producibile con ricoveri post acuzie inviati dagli ospedali pubblici della provincia di Modena, coerentemente col protocollo "Progetto Post Acuti Villa Pineta di Gaiato"

\*\* budget al lordo del ticket che non può essere utilizzato per l'attività di degenza.

\*\*\* budget al lordo del ticket, utilizzabile presso la struttura "Poliambulatorio Villa Pineta" di Modena, via Scaglia 21-27. La parte non utilizzata potrà andare in compensazione con la degenza.

#### **DICHIARAZIONE DELLE PARTI**

**L'Ospedale Privato "Villa Pineta"** dichiara che il budget assegnato dall'Azienda USL risulta ridotto rispetto agli aggiornamenti delle assegnazioni storiche a partire dal 2006; la serie storica dei budget, a partire dal 2006 ed applicando gli adeguamenti regionali concessi, pari per il 2007 al 4%, per il 2008 al 3%, e per il 2009 al 3%, con il 2010 a 2,2% ammonterebbe a 5.401.000,00. Il dato del 2010 è stato confermato anche per il 2011, 2012. Il budget 2013 avrebbe dovuto avere come base l'accordo 2011 ridotto del 1%+5% (5.076.940) e quello 2014 il 2011 ridotto del 2% (5.292.980). Per gli stessi motivi, ribadendosi per il 2015 lo stesso budget del 2014, così come per gli anni dal 2016 al 2018 corrente, alla nostra struttura spetterebbero € 5.292.980. A fronte di tali volumi disattesi la struttura rivendica per il futuro la propria legittima volontà di ripristinare la parità di condizioni con la negoziazione fatta dall'AIOP

**L'Azienda USL di Modena** si ritiene vincolata ai budget storici degli Ospedali Privati Locali solo nella misura in cui gli stessi risultano funzionali alle reali esigenze del territorio, sottolineando, altresì, che il budget RER/AIOP è provinciale. Dichiara, pertanto, la piena rispondenza, per gli anni 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018 del budget assegnato all'Ospedale Privato "Villa Pineta" alla programmazione e al fabbisogno provinciale.

64

65

66

67

68

69

70

Ai sensi dell'articolo 8-quater, comma 2° del D. L.vo 229/99, l'Ospedale privato accreditato "Villa Pineta", fermo restando quanto previsto nel presente articolo, ha diritto di effettuare le prestazioni commissionate e di conseguire il corrispettivo economico nella misura massima complessiva risultante dal presente contratto, dall'Accordo regionale per la ospedalità privata e dalle eventuali relative penalizzazioni o compensazioni.

71 Fermo restando l'impegno della struttura al rispetto del totale valore economico del contratto,  
72 sono possibili compensazioni fra i sottobudget di degenza. La struttura altresì si impegna a  
73 comunicare e motivare entro fine agosto le situazioni per le quali le proiezioni di utilizzo  
74 portino a prevedere variazioni su base annua del +/- 15%.

75 Il budget fissato nel presente accordo è comprensivo delle eventuali variazioni tariffarie  
76 regionali, coerentemente con l'art. 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis del Dlgs 502/1992.

77 Eventuali prestazioni che, per tipologia, contenuti e modalità assistenziali, risultassero diverse  
78 da quelle contrattualmente concordate, non potranno essere riferite al rapporto di fornitura  
79 con l'Azienda USL di Modena ed al relativo valore economico, anche se prodotte  
80 dall'Ospedale privato nell'ambito della propria autonomia imprenditoriale e nel rispetto del  
81 generale principio della non pervasività.

82 L'Ospedale privato "Villa Pineta", s'impegna a distribuire l'attività concordata su tutto l'arco  
83 temporale di validità del contratto. A norma dell'art. 3 comma 8 della legge 23/12/94 n. 724, le  
84 liste di attesa per le diverse prestazioni erogate sono poste sotto la personale responsabilità  
85 del Direttore Sanitario della struttura e correttamente tenute in termini di regolarità e  
86 trasparenza secondo i criteri di priorità clinica e cronologica di cui alla normativa regionale  
87 vigente.

88 Si precisa che :

89 - i cittadini stranieri iscritti all'SSN con tessera rilasciata dalla Ausl di Modena, devono essere  
90 equiparati a cittadini modenesi, pertanto rientranti nel budget assegnato;

91 - la struttura è tenuta a verificare la posizione assistenziale del paziente; al verificarsi di  
92 situazioni in cui non è chiaramente definita la titolarità all'assistenza sanitaria a carico del  
93 SSN, deve immediatamente contattare i competenti uffici dell'Ausl.

#### 94 **REQUISITI DI QUALITA' E MODALITA' DI ASSISTENZA E DI ACCESSO**

95 L'Ospedale Privato "Villa Pineta" dovrà svolgere la propria attività nel rispetto dei criteri di  
96 accesso, efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa previsti dalla normativa nazionale e

97 regionale, impegnandosi altresì a rispettare i requisiti prescritti in materia igienico-sanitaria,  
98 protezionistica, di sicurezza strutturale, ambientale, tecnologica, di professionalità e di qualità  
99 globale. L'attività contrattata sarà, infatti, immediatamente sospesa anche parzialmente, nel  
100 caso di accertate e comprovate gravi carenze professionali e tecnologiche che possano  
101 pregiudicare la sicurezza degli assistiti.

102 Nello specifico si impegna:

- 103 ● in ottemperanza ai criteri di programmazione sanitaria e alle norme sull'accreditamento  
104 delle strutture, si impegna a non superare il 100% di occupazione dei posti letto autorizzati  
105 e accreditati salvo casi eccezionali e debitamente giustificati che dovranno essere  
106 comunque espressamente autorizzati dalla Direzione dell'Azienda USL;
- 107 ● ad ottemperare alla normativa regionale vigente in materia di SDO e in particolare  
108 all'obbligo di indicazione della data di prenotazione del ricovero nella totalità dei casi e  
109 comunque alla corretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e di ogni altra  
110 documentazione informativa ritenuta necessaria agli effetti della linearità e trasparenza  
111 delle attività sanitarie e amministrative connesse al ricovero ed alla corretta valorizzazione  
112 della prestazione;
- 113 ● ad aderire ai protocolli di continuità assistenziale vigenti presso l'Azienda USL di Modena,  
114 sia in fase di accettazione del ricovero che di dimissione ospedaliera, consentendo  
115 l'effettiva integrazione tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali. La struttura privata  
116 garantisce in particolare, la dimissione protetta di pazienti in condizioni di criticità  
117 personale, familiare o sociale. E al fine di evitare il prolungamento dei ricoveri anche  
118 quando la stabilizzazione del quadro clinico permetterebbe il passaggio ad un diverso  
119 livello assistenziale, si impegna altresì a segnalare tempestivamente, sin dall'ingresso in  
120 struttura, quelle situazioni nelle quali alla luce delle condizioni cliniche e sociali, siano  
121 prevedibili criticità alla dimissione. L'Ospedale svolgerà un ruolo attivo nella revisione dei  
122 protocolli con i Distretti sanitari dell'Azienda USL di Modena fino a giungere alla  
123 formalizzazione degli stessi. Si impegna altresì, unitamente all'Azienda USL, a pervenire  
124 ad una revisione dell'attuale protocollo per la lungodegenza.

- 125 ● alla prescrizione diretta sull'apposita modulistica, delle attività pre e post ricovero, rientranti  
126 nella valorizzazione economico-tariffaria del relativo D.R.G. ai sensi dell'art. 1, comma 18  
127 della L. 23/12/96 n. 662;
- 128 ● a monitorare attraverso regolari controlli il numero e la tipologia dei trasferimenti interni;  
129 ad aderire ed, eventualmente, a collaborare alla formulazione di linee guida e percorsi  
130 terapeutici nella prescrizione farmaceutica, sia nella fase di degenza che di dimissione,  
131 finalizzati, tra l'altro, al contenimento della spesa farmaceutica territoriale entro i limiti  
132 prescritti dalla normativa vigente. L'Ospedale privato si attiverà affinché concordemente e  
133 coerentemente agli altri presidi ospedalieri dell'Azienda USL ed agli altri erogatori pubblici e  
134 privati, nella lettera di dimissione ospedaliera e nei referti di specialistica ambulatoriale,  
135 siano formulate terapie indicando il principio attivo in luogo del nome commerciale del  
136 farmaco, nel rispetto delle note AIFA e dei contenuti del Prontuario Terapeutico AVEN;
- 137 ● ad aderire al progetto regionale di gestione informatizzata delle liste di attesa dei ricoveri  
138 (SIGLA) richiamando, inoltre, la necessità di dare realizzazione alle indicazioni regionali  
139 relative alla prioritizzazione dei ricoveri.

140 **- Lungodegenza / Riabilitazione estensiva (cod. 60)**

141 I ricoveri in lungodegenza post acuzie sono riservati ai pazienti trasferiti dagli ospedali pubblici  
142 e, per la riabilitazione estensiva, ai pazienti trasferiti dagli ospedali accreditati, pubblici e  
143 privati, dimessi lo stesso giorno (in SDO proposta di ricovero 4 o 5), nonché a quelli  
144 provenienti dal territorio con prescrizione del medico di base, purché completa del progetto  
145 riabilitativo individuale (questi ultimi in misura non superiore al 15%), o con prescrizione del  
146 fisiatra pubblico. Nel caso in cui il trasferimento provenisse dal privato accreditato, in assenza  
147 di un protocollo specifico, è necessario che lo stesso avvenga solo a seguito di prescrizione  
148 medica redatta sul ricettario del SSN: tale disciplina è valida anche per le strutture esterne  
149 all'ambito provinciale e, sul piano procedurale, anche per i residenti in altre AUSL.

150 All'interno della cartella dovrà esserci documentazione della richiesta di trasferimento.

151 Per i pazienti ortopedici in riabilitazione neuromotoria estensiva la richiesta scritta di  
152 trasferimento dovrà essere sempre accompagnata dal piano di attività fisiatrico completo di  
153 prognosi e periodo riabilitativo.

154 La degenza dei ricoveri non dovrà, in assenza di motivazioni cliniche documentate e congrue  
155 con le caratteristiche del paziente e con il naturale decorso della riabilitazione in analoghi casi  
156 sulla base della Evidence Based Medicine, essere superiore ai 30 giorni.

157 E' prevista, come negli anni precedenti, anche un'attività di riabilitazione estensiva  
158 respiratoria.

#### 159 - **Riabilitazione Intensiva cod. 56**

160 Nell'ambito delle attività di riabilitazione intensiva (codice 56) l'ospedale privato "Villa Pineta"  
161 si impegna ad effettuare i ricoveri secondo la normativa regionale vigente e i criteri previsti  
162 dall'Accordo RER/AIOP. L'Ospedale privato si impegna a seguire le linee guida regionali per  
163 la compilazione e la codifica della S.D.O. vigenti. Le strutture private accreditate della  
164 provincia modenese possono inviare i pazienti da riabilitare senza necessità di prescrizione  
165 MMG seguendo la procedura concordata.

166 La struttura si impegna ad incrementare l'utilizzo del DH e del ricovero in regime di  
167 riabilitazione estensiva per tutti i pazienti le cui condizioni cliniche lo consentano.

#### 168 - **Condizioni specifiche per la riabilitazione cardiologica (cod. 56)**

169 L'attività di riabilitazione cardiologica esercitata dall'Ospedale privato sia in regime ordinario  
170 che in day hospital, viene riservata a pazienti cardioperati con C.E.C. o comunque con  
171 toracotomia, le cui caratteristiche cliniche alla dimissione consentano una prescrizione  
172 riabilitativa secondo i protocolli di accesso in uso . Non verranno riconosciuti agli effetti della  
173 remunerazione, i ricoveri di pazienti non cardioperati in CEC o con toracotomia CEC o con  
174 toracotomia eccedenti la percentuale del 10% rispetto al totale dei ricoveri effettuati per tale  
175 tipologia di degenza riabilitativa.

176 L'accesso alla struttura di riabilitazione cardiologica dell'Ospedale privato "Villa Pineta" per i  
177 pazienti residenti nella provincia di Modena, dovrà avvenire con invio diretto da parte delle

178 strutture in cui si è verificato l'intervento chirurgico, previo invio di richiesta via fax la cui copia  
179 dovrà essere inserita in cartella clinica.

180 Allo scopo di consentire che i trattamenti di riabilitazione cardiologica oggetto del presente  
181 contratto, vengano realizzati in condizioni di adeguata sicurezza per i pazienti, anche nei casi  
182 di possibile urgenza cardiologica, l'Ospedale privato "Villa Pineta", si impegna a garantire  
183 nell'immediato la presenza continuativa di un cardiologo nella struttura durante le ore diurne  
184 di tutti i giorni feriali, dalle ore 8 alle ore 20 e in orari predeterminati dei giorni prefestivi (dalle  
185 ore 8,30 alle ore 14).

186 Negli orari di assenza degli specialisti cardiologi dalla struttura, verrà garantita una pronta  
187 disponibilità cardiologica, ad opera degli stessi specialisti cardiologi, ovvero di specialisti  
188 cardiologi appositamente incaricati dall'Ospedale privato, secondo i requisiti previsti  
189 dall'accreditamento.

#### 190 **--Ricoveri pneumologici**

191 L'Ospedale privato "Villa Pineta" si impegna ad effettuare ricoveri di pertinenza pneumologica  
192 inviati dal Pronto Soccorso dell'Ospedale di Pavullo nella misura massima di 150 all'anno.  
193 Tale attività rientra nel budget AIOP. Conformemente all'Accordo RER/AIOP i ricoveri che  
194 dovessero superare questa soglia saranno remunerati con un budget speciale. L'ospedale  
195 privato si impegna a rispettare il protocollo operativo che è in via di definizione con l'Ospedale  
196 di Pavullo.

197 L'ospedale si impegna a comunicare al Servizio Committenza a mezzo fax il superamento del  
198 tetto di 150 invii.

199 L'Azienda UsI si riserva di monitorare il numero dei pazienti che dovessero essere rinviiati al  
200 P.S. e le motivazioni sottese

#### 201 **--Respirazione assistita**

202 L'attività di respirazione assistita è rivolta ai pazienti in forte instabilità clinica che hanno  
203 bisogno di alta intensità assistenziale-

204 La struttura si impegna ad evitare il prolungamento del ricovero non motivato da esigenze  
205 strettamente cliniche sia attraverso la tempestiva segnalazione ai Servizi competenti ai fini di

206 programmare con anticipo le attività di UVG sia attraverso il trasferimento in regimi  
207 assistenziali più appropriati laddove le condizioni cliniche del paziente siano completamente  
208 stabilizzate.

209 **SPECIALISTICA**

210 Di seguito le tabelle economiche delle strutture Villa Pineta di Gaiato di Pavullo (Tab.1) e del  
211 Poliambulatorio Privato Villa Pineta di Modena sito in Via Scaglia 21-27 (Tab.2)

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

Tabella 1 – Villa Pineta di Gaiato

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ANNO 2018		ANNO 2018		
	CODICE REGIONALE	BUDGET ORDINARIO (*)	GARANZIA	ECG IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA
MAMMOGRAFIE(1)	87.37.1 - 87.37.2			
ECOGRAFIA MAMMELLA (1)	88.73.1 - 88.73.2	12.824,04		
VISITA CARDIOLOGICA + ECG	89.7A.3 - 89.01.3 - 89.52	25.582,69	7.000,00	
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	88.72.3	63.698,28		
ECG da sforzo con cicloergometro	89.43	7.894,20		
HOLTER	89.50	17.752,67		
ECOCOLORDOPPLER	88.73.5, 88.77.1, 88.77.2, 887621	75.000,00		
ECG	'89.52	1.000,00		
ECG IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA	'89.52			1.251,10
ECOGRAFIE (le prestazioni in garanzia sono esclusivamente quelle corrispondenti ai cod. reg. 88.74.1, 88.75.1, 88.76.1: eco addominali)	88.73.1 - 88.73.2 - 88.74.1 - 88.71.4 - 88.75.1 - 88.76.1 - 88.76.2 - 88.79.1 - 88.79.6 - 88.79.2 - 88.79.5 - 88.79.3	110.000,00	78.000,00	
PNEUMOLOGIA (escl. Broncoscopie) *	89.7B.9 - 89.01.L - 89.37.1 - 89.65.1 - 89.44.2 - 89.38.7 - 89.65.3	48.600,00		
SPIROMETRIA	89.37.1	1.000,00		
ORTOPEDIA	89.7B.7, 89.01.G	4.500,00		
POLISONNOGRAFIE	89.17	53.900,00		
OSSIGENOTERAPIA (2)	89.7-89.01-89.37.1-89.65.1-89.65.3-89.52-89.44.2	9.000,00		
LOGOPEDIA	93.01.3 - 93.71.1 - 93.71.3 - 93.72.1 - 93.89.2	4.000,00		
DIETOLOGIA	89.7 - 89.01	1.341,54		
BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE - BIOPSIA BRONCHIALE	33.22 - 33.24	4.500,00		
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>		<b>440.593,41</b>	<b>85.000,00</b>	<b>1.251,10</b>
<b>di cui su budget AIOP degenza (Budget 1): 210.000,00</b>				
<b>il budget AIOP specialistica non può essere riconvertito in degenza e va quindi consumato.</b>				
* L'accesso alle visite pneumologiche deve avvenire esclusivamente tramite sistema CUP. Le valutazioni funzionali non dovranno più essere eseguite				
(1) Il Poliambulatorio si impegna ad osservare le disposizioni dell'AUSL che dovessero intervenire in corso d'anno relative alla tipologia della casistica da trattare e alle conseguenti modalità di prenotazione.				
(2) L'erogazione dell'ossigenoterapia dovrà tenere conto, per ogni mese, di un volume di attività pari ad 1/12 del corrispondente sottobudget economico; ogni mese potranno essere liquidati oneri economici fino al massimo di un 1/12 del corrispondente sottobudget, con una tolleranza non superiore a +10%, per ciascun mese. Il pagamento di oneri economici superiori al +10% verrà sospeso sino alla fine dell'anno ed eseguito, in sede di conguaglio, entro la misura massima del corrispondente sottobudget annuale.				
N.B.:				
a) il budget delle prestazioni è da intendersi al lordo dei ticket eventualmente riscossi e al netto degli sconti				
b) la struttura potrà erogare solo le prestazioni per le quali è accreditata, pertanto, ne è responsabile direttamente in caso di inadempimento				

230

231

232

233

234

235

236

Tabella 2 – Poliambulatorio Villa Pineta di Modena

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ANNO 2018		ANNO 2018
	CODICE REGIONALE	BUDGET ORDINARIO (*)
VISITA CARDIOLOGICA + ECG	89.7A.3 - 89.01.3 - 89.52	7.168,82
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	88.72.3	6.260,10
ECG HOLTER	89.50	18.780,29
PNEUMOLOGIA (escl. Broncoscopie) *	89.01.L - 89.7B.9	4.644,59
SPIROMETRIA	89.37.1	5.634,09
POLISONNOGRAFIE	89.17	32.512,11
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>		<b>75.000,00</b>
<b>di cui su budget AIOIP degenza (Budget 1): 50.000,00</b>		
<b>il budget AIOIP specialistica non può essere riconvertito in degenza e va quindi consumato.</b>		
* L'accesso alle visite pneumologiche deve avvenire esclusivamente tramite sistema CUP.		
N.B.:		
a) il budget delle prestazioni è da intendersi al lordo dei ticket eventualmente riscossi e al netto degli sconti		
b) la struttura potrà erogare solo le prestazioni per le quali è accreditata, pertanto, ne è responsabile direttamente in caso di inadempimento		

238

239

240

### A) Budget ordinario e in garanzia

241

Nella scheda economica soprastante vengono individuate due tipologie di budget: un “budget ordinario” destinato alla programmazione ordinaria ed un “budget di garanzia” dedicato alle prestazioni da erogare entro i tempi massimi previsti dalla normativa regionale.

242

243

244

La garanzia, così come delineata dalla DGR 1035/2009 e s.m.i., si sostanzia in un percorso diretto ad assicurare, ai cittadini che ne facciano richiesta, il diritto di usufruire di talune prestazioni sanitarie, individuate come critiche a livello regionale, nell’arco temporale di 30 gg.

245

246

247

se trattasi di visite specialistiche, e di 60 gg. se trattasi di prestazioni di diagnostica strumentale. Il budget dedicato al percorso di garanzia, in quanto finalizzato all’assolvimento

248

249

di un percorso specifico è dotato di un proprio e specifico limite di spesa. Tali prestazioni

250 verranno prenotate su agende dedicate e, in quanto alla fatturazione, dovranno essere  
251 fatturate nello stesso documento anche se in separata evidenza.

252 La Direzione del Distretto competente è tenuta a monitorare il rispetto del budget e dei relativi  
253 sotto-budget della struttura privata ed eventualmente a proporre riconversioni alla U.O.  
254 Governo della Specialistica e Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie.

255 Pertanto, al fine di adeguare le prestazioni commissionate alle esigenze territoriali, i Distretti,  
256 previa acquisizione del parere favorevole delle U.O. Governo della Specialistica e l'Ufficio  
257 Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie, d'intesa con la struttura privata, possono  
258 riconvertire, senza aggravii di ordine economico:

- 259 ● i sottobudget riferiti al budget ordinario;
- 260 ● i sottobudget riferiti al budget di garanzia;
- 261 ● le due tipologie di budget (ordinario e garanzia).

262 L'U.O. Servizio Governo della Specialistica, inoltre, può chiedere alla struttura privata, previa  
263 comunicazione all'Ufficio Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie, un aumento del tetto  
264 previsto per la garanzia al fine di adeguare i tempi di attesa delle prestazioni alla normativa  
265 vigente secondo la prassi vigente.

266 La struttura privata è tenuta a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria (budget  
267 ordinario) su tutto l'arco dell'anno (12 mesi) fatte salve le eventuali eccezioni che dovranno  
268 essere autorizzate per iscritto dai Distretti competenti.

269 In caso di inadempimento, l'AUSL si riserva la facoltà di compensare le due tipologie di budget  
270 (ordinario e garanzia) al fine di riequilibrare la commessa.

271 Tali prestazioni richiedono una evidenza separata nella fattura con l'apposizione della dicitura  
272 "commessa ordinaria" e "commessa in garanzia".

273

274 **B) Budget dedicato agli elettrocardiogrammi finalizzati alla certificazione sportiva non**  
275 **agonistica (codice di esenzione I01)**

276 In esecuzione del Decreto del Ministero della salute 8 agosto 2014 “Approvazione delle linee-  
277 guida in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica”, viene prevista una  
278 commessa di ECG per far fronte alle richieste provenienti dai PLS e dai MMG.

279 L'accesso alla prestazione avviene tramite prenotazione CUP su agende dedicate.

280 Tali prestazioni richiedono una evidenza separata nella fattura con l'apposizione della dicitura  
281 “budget dedicato agli ECG per idoneità sportiva non agonistica”.

282 La Regione Emilia-Romagna con nota prot. PG/2015/79302 del 9/2/2015 ha disposto che gli  
283 ECG possono essere erogati dalla strutture private accreditate per la cardiologia in possesso  
284 della attrezzature necessarie per i minori.

285 Le struttura privata, pertanto, dichiara con la sottoscrizione del contratto, sotto la propria  
286 responsabilità, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del DPR 445/2000:

287 - di possedere le seguenti attrezzature:

288 1) elettrocardiografo multicanale con interfacce cutanee adeguate all'età pediatrica.

289 2) sala d'attesa attrezzata per il gioco;

290 - di essere in grado di erogare la prestazione secondo gli standard qualitativi, organizzativi,  
291 strutturali e tecnologici previsti dalla normativa.

292 Il referto dovrà essere consegnato entro tre giorni lavorativi dall'esecuzione dell'esame al  
293 fine di evitare disagi al cittadino.

294 La struttura privata si impegna a monitorare costantemente il budget e ad avvisare il  
295 Distretto di riferimento e l'U.O. Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie sull'eventuale  
296 esaurimento dello stesso prima della fine dell'anno di competenza.

297 E' ammessa la riconversione solo con il budget ordinario.

### 298 **C) Commesse straordinarie/urgenti.**

299 L'Azienda USL, in aumento del budget indicato nella scheda economica soprastante, può  
300 chiedere in corso d'esecuzione del contratto, commesse straordinarie dirette a ripristinare i  
301 tempi di attesa previsti dalla normativa regionale.

302 Tali commesse, in quanto urgenti, saranno effettuate direttamente, via e-mail, dall'Ufficio  
303 Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie, su richiesta dell'U.O. Governo della Specialistica e  
304 convalida del Direttore Sanitario dell'AUSL.

305 Per tali commesse verranno definite, a seconda della necessità del momento, sia il budget  
306 che il numero delle prestazioni.

307 Si precisa che il numero delle prestazioni è indicativo mentre il budget complessivo annuale  
308 relativo a ciascuna tipologia di prestazione rappresenta un tetto invalicabile che soggiace al  
309 principio generale del "budget fisso e tariffa variabile".

310 Non è ammessa la riconversione con altri budget.

311 Tali prestazioni richiedono una evidenza separata nella fattura con l'apposizione della  
312 dicitura "commessa straordinaria".

### 313 **- Disposizioni di carattere generale**

314 La struttura privata potrà erogare prestazioni fino al volume annuale risultante dal contratto  
315 rispettando l'ammontare dei singoli budget (ordinario, garanzia, ECG e commessa  
316 straordinaria) e dei relativi sotto-budget, fatto salvo quanto viene espressamente previsto per  
317 il budget in garanzia che può essere incrementato a seconda delle esigenze aziendali.

318 In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero dei singoli budget e  
319 dei sotto-budget concordati, alla struttura non verrà riconosciuto alcun valore economico  
320 aggiuntivo e il rispetto degli stessi avverrà per riduzione della remunerazione tariffaria  
321 (budget fisso e tariffa variabile), fatti salvi gli eventuali accordi integrativi.

322 Con riferimento al budget ordinario (di cui alla lettera A), il verificarsi del superamento del  
323 tetto complessivo di spesa non esime la struttura privata dal garantire comunque  
324 (mantenendo aperte le agende di prenotazione), a budget invariato, l'erogazione in regime  
325 costante delle prestazioni fino alla scadenza dell'anno di riferimento.

326 Non rientrano nella composizione del budget le prestazioni erogate a favore dei residenti in  
327 altre USL della Regione Emilia-Romagna o in altre regioni, dei non iscritti al SSN anche se  
328 coperti da disposizioni internazionali e/ o convenzionali in materia di reciprocità.

329

## MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

330  
331  
332  
333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357

Per le modalità di accesso e di erogazione la struttura privata è tenuta a rispettare le indicazioni aziendali (in particolare, si rimanda alla pagina pubblicata sul sito internet dell'AUSL all'indirizzo [www.ausl.mo.it/cup](http://www.ausl.mo.it/cup)).

Le prestazioni, prescritte sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, salvo eccezioni espresse, possono essere prenotate sia presso i Centri di prenotazione dell'AUSL sia presso la struttura privata, attraverso l'utilizzo, via web, del programma di prenotazione pubblico (CUPWEB).

Il ticket, se dovuto, di norma sarà riscosso dalla struttura privata nella misura e con le modalità richieste dalla normativa vigente e dalle circolari aziendali vigenti.

Il ticket dovrà essere riscosso al momento dell'effettuazione della prestazione e, solo per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, in via del tutto eccezionale, all'atto della consegna del referto.

Nel caso in cui l'utente non paghi il ticket dovuto, la struttura privata è tenuta a non consegnare il referto e a comunicare la situazione in atto al Distretto di residenza del paziente, al fine di gestire correttamente l'evento e di permettere all'azienda USL di attivare la procedura di recupero ticket. I casi particolari in cui l'utente non abbia pagato il ticket e dal referto si evidenzino pericoli immediati per la sua salute, saranno gestiti direttamente dal direttore sanitario o dal medico specialista della struttura privata.

Se il referto non viene ritirato, la struttura privata addebiterà l'intero importo della prestazione all'azienda USL, al netto del ticket se già pagato dall'utente, allegando alla fattura il referto non ritirato in originale in busta chiusa.

La struttura privata si impegna ad organizzare l'erogazione delle prestazioni nel pieno rispetto dei criteri di equità di accesso e di appropriatezza organizzativa di cui alla normativa vigente e, pertanto, con regolarità, continuità e, per il percorso Garanzia, nei tempi previsti dal quadro normativo regionale, in modalità tali da garantirne la fruizione costante nell'arco di tutto il periodo di riferimento del contratto, secondo l'ordine cronologico di presentazione e quanto previsto dagli eventuali protocolli adottati dall'AUSL.

358 La struttura privata si impegna inoltre ad una gestione efficiente delle agende attraverso:  
359 a) la gestione separata delle agende che si riferiscono a prestazioni:  
360 erogate in ordinario;  
361 erogate in garanzia;  
362 di ECG per la certificazione sportiva non agonistica;  
363 b) limitatamente al budget ordinario, la costante disponibilità delle agende di prenotazione,  
364 con proiezione temporale annuale nella misura del 70% delle prestazioni complessive e  
365 quadrimestrale per la parte restante corrispondente al 30%.  
366 Fermo restando il budget attribuito alla struttura, al fine di garantire un governo dell'offerta  
367 senza soluzione di continuità, il Distretto competente, salvo diversa comunicazione da parte  
368 della struttura accreditata, in caso di mancata presentazione/proiezione delle agende,  
369 provvederà a mantenere aperte le stesse programmando i posti secondo la prenotazione  
370 relativa all'ultimo mese oggetto di offerta. La responsabilità della gestione delle agende, degli  
371 utenti prenotati e delle eventuali variazioni è a carico della struttura privata mentre l'AUSL è  
372 responsabile del corretto inserimento a CUP dei calendari inviati dalla struttura stessa.  
373 Qualora non venga garantita la disponibilità delle agende, l'azienda USL si riserva la facoltà  
374 di ridurre o eliminare dal budget complessivo le prestazioni sanitarie (e il relativo sotto-  
375 budget) per le quali non sia stato possibile effettuare una regolare programmazione.  
376 La struttura privata si impegna all'adozione di un modello informatizzato di invio dei calendari  
377 secondo le indicazioni che verranno fornite dall'U.O. Governo della specialistica.  
378 La struttura privata si impegna ad effettuare la refertazione in tempo reale, a seconda della  
379 tipologia di prestazione, nel rispetto degli standard indicati nella DGR n. 2142 del 2000,  
380 "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali", con particolare  
381 riferimento al modello di referto specialistico, che deve contenere il quadro clinico (compresa  
382 l'anamnesi), gli accertamenti praticati, le conclusioni diagnostiche e i suggerimenti orientativi  
383 per il medico curante.

#### 384 **SPECIFICITA' DI ALCUNE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI**

##### 385 **--Prestazioni di pneumologia**

386 A partire dal 1° ottobre 2018, l'accesso alle visite pneumologiche deve avvenire esclusivamente  
387 tramite sistema CUP. Le valutazioni funzionali non saranno più oggetto del presente contratto.

388 Lo specialista della struttura privata, per il completamento dell'iter diagnostico, potrà effettuare in  
389 autogestione organizzativa le sottoelencate prestazioni, se rivelatesi necessarie a seguito della  
390 visita e se accreditate, utilizzando, a tal proposito, il modulo DEBURO, specificamente  
391 predisposto per le prestazioni aggiuntive, sottolineando che le stesse si intendono comprese nel  
392 budget assegnato alla branca di pneumologia:

393 89.65.1 emogasanalisi arteriosa sistemica

394 89.44.2 test del cammino

395 89.38.7 determinazione delle massime pressioni inspiratorie ed espiratorie o  
396 transdiaframmatiche

397 89.65.3 emogasanalisi durante respirazione di O2 a bassa concentrazione

398 Le prestazioni sopra elencate potranno essere richieste, anche singolarmente, dagli specialisti  
399 pneumologi pubblici su prescrizione SSN e prenotazione CUP in agenda dedicata.

#### 400 --Prestazioni di senologia:

401 Le prestazioni di mammografia (cod. 87.37.1 e 87.37.2) ed ecografie mammarie (cod. 88.73.1 e  
402 88.73. 2) si inseriscono nel riassetto del nuovo piano della senologia regionale e locale, pertanto,  
403 essendo subordinate alle esigenze pubbliche, potranno subire delle modifiche in corso d'anno,  
404 su espressa richiesta dell'AUSL, sugli aspetti quantitativi, qualitativi ed organizzativi.

405 La struttura privata, dunque, si impegna ad osservare le disposizioni dell'AUSL che dovessero  
406 intervenire in corso d'anno relative alla quantità, alla tipologia della casistica da trattare e alle  
407 conseguenti modalità di prenotazione.

408 E' attribuita allo specialista della struttura privata la valutazione clinica circa l'esecuzione del  
409 singolo test mammografico o l'eventuale integrazione con l'esame ecografico ovvero la  
410 prosecuzione dell'iter diagnostico secondo le modalità previste dalle circolari aziendali (prot.  
411 AUSL n. 48910 del 13/07/2017 ed eventuali successive modifiche e integrazioni).

412 Per l'esecuzione dell'esame ecografico la struttura privata, utilizzerà ai fini dell'inserimento dei  
413 dati nel flusso ASA, il modulo AUSL, già in uso, predisposto per le prestazioni aggiuntive.

414 La struttura privata si impegna comunque a favorire la piena adesione dei propri professionisti  
415 alle pratiche diagnostiche e alle raccomandazioni cliniche implementate, relativamente alla  
416 gestione del tumore della mammella, dalle Breast care Unit promosse dall'Azienda nell'ambito  
417 delle proprie strutture ospedaliere e distrettuali.

418 **-- Visite Oculistiche.**

419 E' prevista l'esecuzione della visita oculistica (95.02) e della visita oculistica di controllo  
420 (89.01.D). Sono comprese anche la valutazione di tutti gli aspetti del sistema visivo e la  
421 prescrizione di lenti. La prescrizione di lenti (cod. 95.01) non comprende la visita oculistica.

422 Controlli urgenti entro il numero concordato con il Distretto di competenza possono essere  
423 eseguiti entro 7 giorni dalla prestazione originaria purché riferiti alle patologie di seguito elencate:

424 Cheratocongiuntiviti;

425 emovitreo;

426 traumi oculari;

427 corpo estraneo;

428 Lo specialista della struttura privata, per il completamento dell'iter diagnostico, dovrà effettuare  
429 anche le sottoelencate prestazioni, se rivelatesi necessarie a seguito della visita e se  
430 accreditate, utilizzando, a tal proposito, il modulo DEBURO o eventuale altra modulistica prevista  
431 dalla regione, specificamente predisposto per le prestazioni aggiuntive, sottolineando che le  
432 stesse si intendono comprese nel budget assegnato alla branca di oculistica:

433 cod. 08.01 incisione del margine palpebrale

434 cod. 08.21 asportazione di calazio

435 cod. 08.23 xantelasma

436 cod. 98.21 rimozione manuale di ciglia

437 cod. 95.06 esame del senso cromatico

438 cod. 09.41 specillazione del punto lacrimale

439 cod. 09.42 specillazione dei canalicoli lacrimali

440 Per motivi di appropriatezza clinica ed organizzativa, anche al fine di evitare un uso inefficiente  
441 delle risorse, si conviene che alla struttura privata che non fornisca, oltre alla visita specialistica,

442 anche le prestazioni corrispondenti ai codici 98.21, 95.06, 09.41, 09.42, possa essere detratta la  
443 commessa relativa alla branca interessata.

444 Le struttura privata si impegna ad osservare il percorso glaucoma secondo quanto indicato nel  
445 “Progetto di Modernizzazione Patologie oculari croniche: implementazione di linee guida e  
446 valutazione dell’impatto di una rete integrata per la diagnostica, il trattamento e il follow up”  
447 (Delibera di Giunta n. 2337 del 2009, progetto MOD-2009-006).

#### 448 **-Visite Dermatologiche**

449 E’ prevista l’esecuzione, da parte della struttura, di prime visite di dermatologia (89.7A.7) e di  
450 visite di controllo (89.01.7).

451 Lo specialista della struttura privata, per il completamento dell’iter diagnostico, dovrà effettuare  
452 anche le sottoelencate prestazioni, se rivelatesi necessarie a seguito della visita e se  
453 accreditate, utilizzando, a tal proposito, il modulo DEBURO o eventuale altra modulistica prevista  
454 dalla regione, specificamente predisposto per le prestazioni aggiuntive sottolineando che le  
455 stesse si intendono comprese nel budget assegnato alla branca di dermatologia:

456 cod. 86.11 biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo

457 cod. 86.30.1 asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo  
458 mediante crioterapia con azoto liquido

459 cod. 86.30.3 asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo  
460 mediante cauterizzazione o folgorazione.

461 Per motivi di appropriatezza clinica ed organizzativa, anche al fine di evitare un uso inefficiente  
462 delle risorse, si conviene che alla struttura privata che non fornisca, oltre alla visita specialistica,  
463 anche tutte le prestazioni sopra descritte, possa essere detratta la commessa relativa alla  
464 branca interessata.

#### 465 **-Visite Otorinolaringoiatriche**

466 E’ prevista l’esecuzione, da parte della struttura, di prime visite di otorinolaringoiatria (89.7B.8) e  
467 di visite di controllo (89.01.H).

468 Lo specialista della struttura privata, per il completamento dell’iter diagnostico, dovrà effettuare  
469 anche la prestazione corrispondente al codice del nomenclatore regionale 96.52 (irrigazione

470 dell'orecchio - irrigazione con rimozione di cerume), se rivelatasi necessaria a seguito della visita  
471 e se accreditate, utilizzando, a tal proposito, il modulo DEBURO o eventuale altra modulistica  
472 prevista dalla regione, specificamente predisposto per le prestazioni aggiuntive sottolineando  
473 che la stessa si intende compresa nel budget assegnato alla branca di otorinolaringoiatria.

474 Per motivi di appropriatezza clinica ed organizzativa, anche al fine di evitare un uso inefficiente  
475 delle risorse, si conviene che alla struttura privata che non fornisca, oltre alla visita specialistica,  
476 anche tutte le prestazioni sopra descritte possa essere detratta la commessa relativa alla branca  
477 interessata.

#### 478 -- **Prestazioni di ortopedia:**

479 E' prevista l'esecuzione, da parte della struttura, di prime visite di ortopedia (89.7B.7) e di visite  
480 di controllo (89.01.G)

481 Lo specialista della struttura privata, per il completamento dell'iter diagnostico terapeutico, dovrà  
482 effettuare, se ritenute necessarie e se accreditate, anche le prestazioni corrispondenti ai codici  
483 del nomenclatore regionale 81.92 (iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione e nel  
484 legamento) e 81.91 (artrocentesi), utilizzando, a tal proposito, il modulo DEBURO o eventuale  
485 altra modulistica prevista dalla regione, specificamente predisposto per le prestazioni aggiuntive  
486 sottolineando che la stessa si intende compresa nel budget assegnato alla branca di ortopedia.

487 Le prestazioni corrispondenti ai codici regionali 81.92 e 81.91 non dovranno superare il 25% del  
488 sotto-budget di ortopedia su base annua.

489 Per motivi di appropriatezza clinica ed organizzativa, anche al fine di evitare un uso inefficiente  
490 delle risorse, si conviene che alla struttura privata che non fornisca, oltre alla visita specialistica,  
491 anche la prestazioni corrispondenti ai codici 81.92 e 81.91, possa essere detratta la commessa  
492 relativa alla branca interessata.

#### 493 -- **Prestazioni di allergologia:**

494 è prevista l'esecuzione di Test epicutanei a lettura ritardata Patch-Test (fino a 20 allergeni) cod.  
495 91.90.5 e di Test percutanei e intracutanei a lettura immediata ( fino a 12 allergeni) cod.91.90.6.

496 Le prestazioni prevedono un'indicazione sul numero massimo di allergeni ricompreso nella  
497 tariffa. Per quanto riguarda la tariffa da applicare per gli allergeni saggiati in più rispetto a quelli

498 dal Nomenclatore Tariffario, per le prestazioni sopraindicate si ritiene che il numero di allergeni  
499 indicato tra parentesi sia mediamente sufficiente per il completamento del quesito diagnostico.  
500 L'eventuale utilizzo di un numero superiore di allergeni, non comporta, pertanto, alcuna tariffa  
501 aggiuntiva.

502 **-- Prestazioni di elettromiografia:**

503 Tali prestazioni verranno remunerate con una tariffa unitaria e convenzionale di € 54,23.

504 **--Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa:**

505 Nell'ambito di tale branca specialistica la struttura privata potrà erogare sia visite fisiatriche che  
506 prestazioni di fisiochinesiterapia.

507 I cicli di fisioterapia vengono prenotati direttamente dalla struttura privata attraverso la  
508 modulistica DEBURO o eventuale altra modulistica prevista dalla regione. Per tali prestazioni la  
509 struttura privata dovrà tenere un regolare registro di prenotazione da gestire secondo la  
510 normativa vigente.

511 Relativamente alle prestazioni di fisiochinesiterapia, la struttura è impegnata al rispetto della  
512 DGR 1365/2002 e s.m.i. e, comunque, delle circolari, linee guida e protocolli aziendali e  
513 regionali.

514 **PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE E SPECIALISTICHE**

515 La struttura si impegna a garantire la partecipazione di almeno il 70% dei propri professionisti  
516 agli incontri di informazione e audit organizzati dalla AUSL sul tema della prescrizione  
517 farmaceutica e specialistiche. La struttura si impegna, altresì, a garantire che i professionisti  
518 interessati aderiscano alla Procedura di Compilazione dei Referti che sarà approvata dalla  
519 Commissione Interaziendale sulla Appropriatezza Prescrittiva e volta a favorire l'attività di audit  
520 clinico interdisciplinare.

521 **ADEMPIMENTI CONTABILI**

522 L'AUSL liquiderà all'Ospedale solo le prestazioni validate nei relativi flussi regionali (SDO e  
523 ASA) e in coerenza con le tipologie e le linee di indirizzo di cui al presente contratto (vedi  
524 tabella economica) e secondo il regime tariffario regionale in vigore e/o gli specifici accordi  
525 locali.

526 In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero rispetto al budget  
527 concordato, all'ospedale privato non verrà riconosciuto alcun valore economico aggiuntivo ed il  
528 rispetto del budget avverrà per riduzione della remunerazione tariffaria (budget fisso tariffa  
529 variabile), così come previsto nell'accordo regionale vigente.

530 Si ricorda altresì che alla fatturazione dovrà essere allegato il file xml secondo il tracciato  
531 previsto dal ritorno informativo SDO e riepilogativo degli addebiti con la valorizzazione del  
532 campo importo e coincidente con il valore fatturato.

533 Gli addebiti per i ricoveri dovranno essere dettagliatamente supportati da specifico elenco  
534 riepilogativo del numero di scheda nosologica e tariffa applicata.

535 Gli addebiti, che a seguito dei vari controlli risultano conformi al presente contratto e alla  
536 validazione nelle banche dati regionali, verranno liquidati entro 60 giorni dalla data di ricezione  
537 fattura. In caso di eventuali contestazioni ed accertamenti condivisi sulla non congruità delle  
538 prestazioni effettuate, ovvero sugli importi fatturati, l'Ospedale privato inoltrerà regolare nota di  
539 accredito.

540 Relativamente alla specialistica ambulatoriale:

541 - ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296/06 (finanziaria 2007) le strutture  
542 private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese a carico del Servizio  
543 Sanitario Nazionale, devono praticare uno sconto sul fatturato lordo mensile pari al 2%  
544 sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali e del 20% sulla diagnostica di laboratorio ad  
545 eccezione delle prestazioni per le quali siano già stati già previsti sconti tariffari pari o  
546 superiori ai predetti fatte salve diverse disposizioni normative.

547 Sulla vigenza degli sconti del 2% e del 20% di cui alla Finanziaria 2007, l'ospedale  
548 privato si riserva in relazione al mutato quadro giurisprudenziale ed all'esito di eventuali  
549 procedimenti posti in essere per la declaratoria di non vigenza dello stesso il diritto di  
550 pretenderne la restituzione, secondo le disposizioni, le modalità e le tempistiche richieste  
551 dalla Regione Emilia-Romagna, qualunque sia la dizione adottata in fattura per il calcolo  
552 delle tariffe.

553 Le tariffe da prendere a riferimento per il calcolo dello sconto sono quelle del  
554 nomenclatore tariffario regionale in vigore al momento dell'erogazione della prestazione e  
555 vanno considerate al lordo rispetto alla quota di partecipazione alla spesa sanitaria.

556 - le fatture o i relativi allegati dovranno indicare il totale delle prestazioni effettivamente  
557 erogate (comprese quelle integralmente remunerate dal ticket) per conto e a carico del  
558 SSN, l'importo lordo corrispondente, l'indicazione dello sconto del 2% e/o del 20% e gli  
559 eventuali ticket riscossi ed il netto risultante;

560 - le eventuali contestazioni sulla congruità delle prestazioni effettuate, ovvero sugli importi  
561 fatturati, l'ospedale privato inoltrerà regolare nota di accredito entro i 20 giorni successivi  
562 alla contestazione oppure potrà controdedurre nel rispetto degli stessi termini.

### 563 **PRESTAZIONI DA FATTURARE IN SEPARATA EVIDENZA**

564 Saranno oggetto a una distinta fatturazione le prestazioni:

- 565 • rese ai cittadini residenti fuori dalla Regione Emilia Romagna;
- 566 • rese ai cittadini comunitari (o provenienti da Paesi che hanno stipulato con il Nostro un  
567 reciproco accordo), in temporaneo soggiorno in Italia, che siano in possesso della TEAM  
568 (tessera europea di assicurazione malattia) o di attestato equivalente e della  
569 prescrizione del Medico di Medicina Generale sul cui retro sono stati inseriti i dati relativi  
570 all'assistito.

571 Agli uffici competenti all'effettuazione dei controlli sarà inviata: copia della  
572 Team/Attestato equivalente e la prescrizione medica in originale.

- 573 • rese ai cittadini extracomunitari irregolarmente e temporaneamente presenti (STP) in  
574 Italia in possesso di codice/tessera STP e PSU. In questi casi alla fattura deve essere  
575 sempre allegata copia del tesserino STP dal quale risulti la condizione di indigenza.

576 Le prestazioni erogate a stranieri titolari di assistenza sanitaria rilasciata dall'Ausl di Modena  
577 dovranno intendersi come cittadini residenti e pertanto rientreranno nel budget del presente  
578 contratto.

579 Relativamente alla specialistica ambulatoriale la struttura si impegna inoltre a distinguere le  
580 prestazioni erogate:

581 - in ordinario;

582 - di garanzia:

583 - in commessa straordinaria.

584 - ECG per idoneità sportiva.

585

## 586 **CONTROLLI SANITARI**

587 I controlli sono effettuati in coerenza con la normativa vigente con specifico riferimento alla  
588 DGR 354/2012 ed al Piano Annuale Controlli (PAC) predisposto dalla Regione di cui alla  
589 determina n. 8104 del 29.5.2018.

590 Relativamente alla procedura e alla tempistica dei controlli, si rimanda al Protocollo  
591 interaziendale siglato nel 2013.

592 I controlli esterni vengono effettuati dal Nucleo Aziendale Controlli (NAC) che svolge un ruolo di  
593 “governance” dell’intero sistema di controllo dei ricoveri mirato a garantire la corrispondenza  
594 con quanto esplicitato dal Piano Annuale dei Controlli (PAC) e con quanto previsto negli accordi  
595 di fornitura locali.

596 Gli obiettivi principali da perseguire sono:

597 - fornire autorevole contrasto allo sviluppo di tutto ciò che possa portare ad un utilizzo anti  
598 economico o opportunistico delle risorse;

599 - concentrare l’attenzione sulla qualità della documentazione clinica e stimolare i  
600 professionisti alla compilazione corretta ed esaustiva della stessa;

601 - avvio di un confronto coordinato tra i servizi di committenza delle aziende territoriali e le  
602 strutture accreditate pubbliche e private del territorio.

603 In merito ai controlli interni, ai sensi della normativa citata, l’ospedale privato si impegna a  
604 sottoporre a controllo ogni aspetto inerente ai seguenti punti:

605 - la qualità e completezza della documentazione sanitaria mediante l’utilizzo delle indicazioni,  
606 degli strumenti e delle metodologie previste dalla DGR 1706/2009;

607 - corretta codifica della SDO mediante applicazione delle Linee guida SDO nazionali approvate  
608 in Conferenza Stato Regioni con rep. Atti 64/CSR del 29 aprile 2010 e delle Linee Guida SDO  
609 regionali approvate con successive determinine;

610 - appropriatezza organizzativa secondo i volumi e le tipologie previste dal Piano Annuale  
611 Controlli Regionali con impegno a mettere a disposizione del NAC provinciale i dati analitici  
612 relativi ai controlli effettuati a cadenza semestrale secondo quanto già previsto nel protocollo  
613 provinciale controlli;

614 - appropriatezza clinica.

615 In caso di accertata inappropriata clinico-organizzativa delle prestazioni contestate,  
616 all'ospedale privato non verrà rimborsato il valore delle relative prestazioni.

617 L'ospedale privato svolgerà ulteriori controlli interni previsti dalla normativa vigente, con  
618 particolare riferimento ai seguenti ambiti: accessibilità, continuità assistenziale, qualità  
619 dell'assistenza percepita dall'utente, osservanza delle indicazioni contenute nella Carta dei  
620 Servizi, alla regolare registrazione delle prenotazioni di ricovero e delle liste di attesa a norma  
621 dell'art. 3 comma 8 della L.724/94.

622 Qualora emergessero eventuali divergenze rispetto agli obiettivi prefissati in sede di stesura del  
623 contratto e/o particolari situazioni che segnalino carenze tecnico-organizzative e/o assistenziali  
624 di comprovata gravità, l'Azienda USL si riserva, inoltre, ogni attività di ispezione e controllo  
625 riferita dalla legislazione vigente alla propria competenza e inerente alla regolare esecuzione  
626 del contratto.

#### 627 **INCOMPATIBILITA'**

628 L'Ospedale privato, richiamato il regime delle incompatibilità previsto dalla normativa  
629 nell'accordo regionale vigente, si dichiara consapevole che è fatto divieto alle strutture private  
630 accreditate, in toto o parzialmente, di avere nel proprio organico o a livello di consulenti,  
631 personale medico e non, in posizione di incompatibilità.

632 L'Ospedale privato si impegna, pertanto, a fornire all'Ufficio Ispettivo dell'Azienda USL, a  
633 cadenza annuale o comunque ogniqualvolta si verifica una modifica, l'elenco nominativo,  
634 costantemente aggiornato e/o integrato, del proprio personale e dei propri collaboratori.

635 L'Azienda si riserva, inoltre, la facoltà e la Struttura sanitaria contraente l'accetta, di effettuare  
636 ispezioni senza preavviso a mezzo di propri funzionari che dovranno farsi identificare mediante  
637 esibizione di cartellino personale.

638 L'esistenza delle suddette situazioni di incompatibilità potrà comportare la risoluzione di diritto  
639 del contratto ai sensi dell'art.1456 cod. civ., previa formale diffida all'eliminazione dei rapporti di  
640 cui sia stata verificata l'incompatibilità e perdurante inadempienza, qualora non sia comprovata  
641 la buona fede nell'esecuzione del contratto.

#### 642 **NORMATIVA PROTEZIONE DATI**

643 Ai fini della corretta gestione dei dati personali oggetto del contratto affidati alla struttura  
644 dall'azienda committente, l'Azienda USL di Modena, Titolare del trattamento dei dati, provvede  
645 a nominare l'ospedale privato "Responsabile del trattamento" ai sensi dell'art. 28 del  
646 Regolamento Europeo sulla protezione dei dati (c.d. GDPR - General Data Protection  
647 Regulation n 679/2016).

648 La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto recante le finalità, i contenuti e le  
649 condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del GDPR.

650 L'Ospedale privato, Responsabile del trattamento, deve pertanto garantire di adottare le misure  
651 tecniche e organizzative adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati  
652 dalla Azienda USL di Modena sia conforme ai requisiti del GDPR, e idonee a tutelare i diritti  
653 degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla Azienda stessa.

#### 654 **VALIDITA'**

655 Fatta salva la necessità di procedere a modifiche, anche in corso d'anno, in conseguenza di  
656 nuove e diverse disposizioni normative o programmatiche, nazionali, regionali o, in  
657 conseguenza di queste, locali, la validità della parte normativa del presente contratto è stabilita  
658 in tre anni a decorrere dal 01/01/2018 al 31/12/2020 mentre la parte economica ha validità

659 annuale e potrà essere rinnovata per l'anno successivo anche con mero scambio di  
660 corrispondenza. Nelle more dell'adozione della nuova determinazione economica, salvo diversa  
661 disposizione scritta dell'AUSL, verranno osservate le schede economiche originarie dell'anno  
662 precedente.

663 Qualora le parti non riescano ad addivenire alla conclusione del nuovo contratto entro il  
664 31/12/2020, si conviene, per garantire senza soluzione di continuità l'attività assistenziale, che il  
665 presente contratto continui ad esplicare la propria efficacia fino al 30 giugno 2021 secondo le  
666 determinazioni economiche dell'anno precedente.

667 Verranno applicate di diritto tutte le disposizioni normative, nazionali e regionali che dovessero  
668 intervenire nel corso di esecuzione del contratto.

669 La validità dell'accordo è condizionata dalla permanenza dei presupposti di autorizzazione e  
670 accreditamento della struttura.

#### 671 **FORO COMPETENTE**

672 Per tutte le controversie inerenti l'interpretazione e l'esecuzione del presente contratto è  
673 competente il Foro di Modena. Le parti si impegnano ad esperire preventivamente una bonaria  
674 composizione.

#### 675 **REGISTRAZIONE E REGIME FISCALE**

676 Il presente contratto viene sottoscritto con firma digitale giusta la previsione di cui all'art. 6, co. 6  
677 del D.L. 145/2013 convertito con L. 9/2014. L'imposta di bollo sull'originale informatico, di cui  
678 all'art. 2 della Tabella Allegato A – Tariffa Parte I del D.P.R. n. 642/1972, è assolta dall'AUSL di  
679 Modena; le spese di bollo sono a carico della parte privata.

680 Il presente contratto è soggetto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R.  
681 n. 131/86. Le spese di registrazione sono a carico esclusivo della parte che la richiede.

#### 682 **NORMA DI RINVIO**

683 Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto, si rinvia alle norme di  
684 legge e di regolamento in materia sanitaria, amministrativa, civile, penale e agli accordi  
685 regionali e locali in vigore precisando che verranno applicate di diritto tutte le disposizioni  
686 normative, nazionali e regionali che dovessero intervenire nel corso di esecuzione del contratto.

687 **CLAUSOLE VESSATORIE**

688 Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e seguenti del codice civile, la parte dichiara di avere  
689 preso attenta visione e di accettare espressamente la clausola riferita al Foro Competente del  
690 presente contratto.

691  
692

693 Letto e sottoscritto

694

695 La parte contraente che accetta la deroga

696 Modena, lì

697 Il Direttore Generale

Il Legale Rappresentante

698 Azienda USL di Modena

“Villa Pineta di Gaiato”

699 Dott. Massimo Annicchiarico

Dott.ssa Maria Grazia Nobile

700

701 Imposta di bollo assolta come documento informatico, ai sensi del DMEF 17 Giugno 2014.

702 **Importo bollo € 128,00**

703