

**CONTRATTO PER LA FORNITURA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE TRA L'AZIENDA USL DI MODENA E L'OSPEDALE PRIVATO
ACCREDITATO "VILLA VERDE" DI REGGIO EMILIA – ANNO 2021.**

RICHIAMATI:

- l'art.8 quinquies del D.Lgs 30.12.1992 n. 502, così come risulta modificato ed integrato dall'art. 9 del D.Lgs 07.12.1993 n. 517 e dal D. Lgs del 19.06.1999 n. 229;

- la Deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 426 dell'1/03/2000 concernente le linee guida ed i criteri per la definizione degli accordi e dei contratti tra le Aziende USL e i diversi produttori pubblici e privati accreditati;

- l'Accordo Generale tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione della ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata, approvato con delibera della Giunta regionale n. 2329 del 21/12/2016, di seguito denominato Accordo RER/AIOP;

- Il Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP) - Sezione Emilia-Romagna - sottoscritto il 20 novembre 2019 - per la regolamentazione dei rapporti finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere (Prot. N. RP/2019/630 del 21.11.2019), con cui è stato prorogato sino al 31 dicembre 2019 l'accordo di cui alla DGR 2329/16 e sono state definite le linee di indirizzo dell'Accordo quadro per il successivo triennio;

- Il protocollo d'intesa tra regione Emilia-Romagna e l'associazione italiana di Ospedalità privata (AIOP) – sezione Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere – 2020;

- la Deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 354/2012 "Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e

privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna. Aggiornamento” e il Piano Annuale Controlli (PAC) predisposto dalla Regione con determina n. 8104 del 29.5.2018.

TRA

L'Azienda Unità Sanitaria Locale, con sede in Modena, Via San Giovanni del Cantone n. 23, C.F. 02241850367, in persona del Direttore Generale Dott. Antonio Brambilla, nato a Cologno Monzese (MI), il 26/12/1954, nella sua qualità di legale rappresentante

E

l'Ospedale privato “Villa Verde”, di seguito denominato anche “l'ospedale”, con sede legale in Reggio Emilia, Viale Lelio Basso n.1, Partita IVA 00294320353, nella persona del Dr. Fabrizio Franzini nato a Reggio Emilia il 13/08/1942 nella sua qualità di legale rappresentante.

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

CONVENGONO QUANTO SEGUE

ART. 1: OGGETTO

Il presente contratto, con la finalità specifica di programmare e governare i flussi di mobilità sanitaria nell'ambito del territorio della Regione Emilia-Romagna, disciplina la fornitura delle prestazioni di specialistica ambulatoriale “extra USL” erogate dall'ospedale “Villa Verde” ai cittadini residenti nella provincia di Modena. Considerato che l'Accordo RER/AIOP funge da intesa quadro per la contrattazione locale, si intendono richiamate integralmente nel presente contratto tutte le disposizioni che non formano oggetto di specifica pattuizione. Resta inteso che le eventuali novità normative, nazionali e regionali, saranno applicate di diritto, comportando la decadenza automatica di tutte le clausole del presente contratto incompatibili con le

stesse.

ART. 2: BUDGET E TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI

Relativamente al 2021, ferma restando la possibilità, in corso d'anno, di variazione del budget complessivo e dei corrispondenti volumi di attività, nella misura prevista dalla normativa nazionale e regionale che dovesse eventualmente intervenire, le tipologie prestazionali e la relativa valorizzazione economica risultano sinteticamente evidenziate nelle schede riepilogative di seguito riportate:

VILLA VERDE di Reggio Emilia - Specialistica

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ANNO 2021		
	BUDGET ORDINARIO	BUDGET STRAORDINARIO
RM della colonna, senza e con contrasto (88.93 - 88.93.1)	75.000,00	
RMN del cervello e del tronco (88.91.1 - 88.91.2) RM massiccio facciale (88.91.3 - 88.91.4), senza e con contrasto		13.186,26
ANGIO RM del distretto vascolare e intracranico (88.91.5) non associabile a codici 88.91.1 e 88.91.2		5.000,00
RIABILITAZIONE (codici 89.7B.2 - 93.11.3 - 93.22 - 93.39.7)		10.000,00
Visite Oculistiche (comprese eventuali visite di controllo)		10.000,00
Tipologie varie	10.000,00	5.000,00
TOTALE COMPLESSIVO	85.000,00	43.186,26
<i>L'eliminazione dello sconto del 2% viene applicata alle visite specialistiche, agli ECG semplici (cod. 89.52), alla crioterapia e DTC (cod. 86.30.1 e 86.30.3) e alle prestazioni accessorie alla visita fisiatrica.</i>		
Per tutte le RM si applica lo sconto del 2% sulle tariffe previste dal nomenclatore regionale.		
N.B.:		
1) la struttura potrà erogare solo le prestazioni per le quali è accreditata, pertanto, ne è responsabile direttamente in caso di inadempimento		
2) Le prestazioni di TAC e RMN con mdc che possano rivelarsi necessarie, in sostituzione delle stesse senza mdc, saranno disposte direttamente dallo specialista presso la struttura privata e sono comprese nel budget complessivamente assegnato. In pratica, a fronte di una prescrizione di TAC/RM senza mdc, qualora in corso di erogazione della stessa il professionista ravveda la necessità di utilizzare il mdc, dovrà provvedere alla erogazione della prestazione con mdc, codificando e addebitando solo quest'ultima.		
Il budget straordinario, coerentemente con quanto descritto nel contratto di fornitura, non è storicizzabile in quanto dedicato a situazioni critiche che possono evolversi nel tempo. All'interno del budget straordinario le agende relative al sottobudget extra-ordinario dovranno avere una proiezione quadrimestrale.		
La struttura, nel caso in cui sia disponibile ad effettuare la gestione di prestazioni richieste con urgenza B in modalità di presa in carico diretta dell'utente (da definire con l'AUSL), dovrà riservare il 10% del budget annuale ordinario + straordinario extra-ordinario relativo alle prestazioni che intende effettuare in tale ambito. Tale 10% dovrà essere calcolato in proporzione ai mesi di effettiva erogazione. Non rientrano in questo 10% le prestazioni urgenti B prenotate a CUP, sui posti di calendario e la relativa presa in carico per le prestazioni di approfondimento. In caso di mancato utilizzo totale o parziale della suddetta quota di budget, sarà possibile fornire disponibilità da inserire a CUP, previo accordo con il Governo della Specialistica Ambulatoriale.		
La struttura si impegna completare, con oneri a proprio carico, l'integrazione alla rete informatica "Progetto Sole" e del "Fascicolo Sanitario Elettronico" al fine di favorire la condivisione delle informazioni sanitarie dei pazienti che hanno in cura.		

L'ospedale "Villa Verde" effettuerà il volume annuale di prestazioni risultante dal contratto rispettando l'ammontare del budget complessivo e dei relativi sotto-budget, salvo accordi integrativi. In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente superamento del budget, non verrà riconosciuto alcun valore economico aggiuntivo. Il budget fissato nel presente accordo è comprensivo delle eventuali variazioni tariffarie regionali, coerentemente con l'art. 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis del D.lgs. 502/1992. L'Ospedale dovrà impegnarsi a distribuire l'attività concordata su tutto l'arco temporale di validità del contratto secondo il criterio di priorità clinica combinato con il criterio cronologico d'inserimento nelle liste di attesa nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente. Eventuali segnalazioni di comportamenti difforni saranno considerate come inadempienza contrattuale e saranno oggetto di attento monitoraggio e valutazione.

Si precisa che:

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

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

A) Tipologie di budget

Nella scheda economica soprastante vengono individuate due tipologie di budget: "ordinario" destinato alla programmazione ordinaria ed un budget "straordinario", non storicizzabile, volto a ripristinare i tempi d'attesa previsti dalla normativa regionale.

- Budget ordinario: aspetti specifici

Relativamente al budget ordinario, la struttura privata si impegna a:

- garantire la costante disponibilità delle agende di prenotazione, con proiezione quadrimestrale per il 100% delle prestazioni;
- ripartire uniformemente l'offerta prestazionale su tutto l'arco dell'anno (12 mesi).

- Budget straordinario: aspetti specifici

Il budget straordinario presenta le seguenti caratteristiche:

- Non è storicizzabile;
- E' finalizzato all'abbattimento dei tempi di attesa;
- Viene gestito con fatturazione separata;
- Non può essere riconvertito in altre tipologie di budget.

B) Commesse straordinarie/urgenti.

In corso d'esecuzione del contratto, l'Azienda USL può chiedere, in aggiunta al budget indicato nella scheda economica soprastante, commesse straordinarie urgenti e non preventivabili dirette a ripristinare i tempi di attesa previsti dalla normativa regionale. Tali commesse saranno richieste direttamente via email e inviate successivamente a mezzo PEC, dal servizio Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie, su indicazione dell'U.O. Gestione delle attività di Specialistica Ambulatoriale e della direzione aziendale dell'Azienda USL. Per tali commesse verranno definite, a seconda della necessità del momento, sia il budget che l'eventuale numero di prestazioni. Quest'ultimo è da ritenersi indicativo mentre il budget complessivo annuale relativo a ciascuna tipologia di prestazione (comprendente i singoli budget) rappresenta il tetto invalicabile che soggiace al principio generale del "budget fisso e tariffa variabile". Non è ammessa la riconversione con altri budget. Tali prestazioni richiedono una evidenza separata

nella fattura con l'apposizione della dicitura "commessa straordinaria".

C) Disposizioni di carattere generale

La struttura privata potrà erogare prestazioni fino al volume annuale risultante dal contratto rispettando l'ammontare dei singoli budget (ordinario, straordinario) fatte salve eventuali integrazioni concordate. In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero dei singoli budget alla struttura non verrà riconosciuto alcun valore economico aggiuntivo e il rispetto degli stessi avverrà per riduzione della remunerazione tariffaria (budget fisso e tariffa variabile), fatti salvi gli eventuali accordi integrativi. Con riferimento al budget ordinario, il verificarsi del superamento del tetto complessivo di spesa non esime la struttura privata dal garantire comunque (mantenendo aperte le agende di prenotazione), a budget invariato, l'erogazione in regime costante delle prestazioni fino alla scadenza dell'anno di riferimento. Non rientrano nella composizione del budget le prestazioni erogate a favore dei residenti nei territori di riferimento di altre aziende USL della Regione Emilia-Romagna o in altre regioni, dei non iscritti al SSN anche se coperti da disposizioni internazionali e/ o convenzionali in materia di reciprocità.

ART. 3: MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Per le modalità di accesso e di erogazione la struttura privata è tenuta a rispettare le indicazioni aziendali (si rimanda alla pagina pubblicata sul sito internet dell'AUSL all'indirizzo www.ausl.mo.it/cup). In particolare, si evidenzia che con lettera Prot. AUSL n.0069781/19 del 22/8/19 sono state fornite indicazioni per la gestione della fase di prenotazione ed erogazione della prestazione in caso di mancata esibizione del promemoria cartaceo di ricetta. Le prestazioni, prescritte sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, salvo eccezioni espresse, possono essere prenotate sia mediante i canali di accesso dell'Azienda USL sia presso la struttura privata,

attraverso l'utilizzo del gestionale CUP aziendale. Di norma, il ticket, se dovuto, riscosso dalla struttura privata nella misura e con le modalità richieste dalla normativa e dalle circolari aziendali vigenti.

Prescrizione unica con prestazioni su accessi diversificati		
CASO	CODICE A BARRE SU RIEPILOGO COSTI	INCASSA
AUSL + AUSL	si	AUSL
AUSL + privato	si	AUSL
AUSL + Policlinico	si	AUSL
Policlinico + Policlinico	si	Policlinico
Policlinico + privato	si	Policlinico
Osp. SAS. + Osp. SAS	si	SAS
Osp. SAS + Policlinico	si	Policlinico
Osp. SAS + AUSL	si	AUSL
CASO	CODICE A BARRE SU RIEPILOGO COSTI	INCASSA
Osp. SAS. + privato	si	SAS
privato + privato	no	il primo erogatore

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. Per quanto concerne il sistema di pagamenti elettronici pagoPA da parte di tutte le Pubbliche Amministrazioni e degli altri soggetti indicati all'articolo 2 del Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) di cui al D.Lgs. n. 82/2005, in corso d'anno, potranno essere previste e concordate tra le parti gli eventuali protocolli operativi in relazione agli adempimenti definiti dagli Enti competenti.

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 a 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 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'Azienda USL.

La struttura privata si impegna inoltre ad una gestione efficiente delle agende attraverso:

a) la gestione separata delle agende che si riferiscono a prestazioni:

- erogate in ordinario;
- budget straordinario.

b) limitatamente al budget ordinario, la costante disponibilità delle agende di prenotazione, con proiezione quadrimestrale al 100% delle agende.

Fermo restando il budget attribuito alla struttura, al fine di garantire un governo dell'offerta senza soluzione di continuità, l'Azienda USL, salvo diversa comunicazione da parte della struttura accreditata, in caso di mancata presentazione/proiezione delle agende, potrà provvedere a mantenere aperte le stesse programmando i posti secondo la prenotazione relativa all'ultimo mese oggetto di offerta. La responsabilità della gestione delle agende, degli utenti prenotati e delle eventuali variazioni è a carico della struttura privata mentre l'Azienda USL è responsabile del corretto inserimento a CUP dei calendari inviati dalla struttura stessa. Qualora non venga garantita la disponibilità delle agende, l'Azienda USL si riserva la facoltà di ridurre o

eliminare dal budget complessivo le prestazioni sanitarie per le quali non sia stato possibile effettuare una regolare programmazione. La struttura privata si impegna all'adozione di un modello informatizzato di invio dei calendari secondo le indicazioni dell'Azienda USL. La struttura privata si impegna ad effettuare la refertazione in tempo reale, a seconda della tipologia di prestazione, nel rispetto degli standard indicati nella DGR n. 2142 del 2000, "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali", con particolare riferimento al modello di referto specialistico, che deve contenere il quadro clinico (compresa l'anamnesi), gli accertamenti praticati, le conclusioni diagnostiche e i suggerimenti orientativi per il medico curante.

ART. 4: SPECIFICITA' DI ALCUNE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

- Prestazioni urgenti B

Si richiamano di seguito le indicazioni (lettera del Direttore Sanitario Prot. AUSL n.0044045/20 del 29/06/20) per la gestione delle prestazioni urgenti con priorità B, nel caso la struttura abbia concordato con l'Azienda USL la disponibilità alla erogazione delle stesse e sia in grado di garantire gli approfondimenti necessari alla presa in carico dei cittadini, ovvero la prenotazione e la erogazione di visite ed esami ritenuti indispensabili da parte dello specialista per completare l'iter diagnostico-terapeutico.

Le prestazioni di presa in carico, volte alla conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico, potranno essere richieste e prenotate dalla struttura tramite modulistica DEBURO se previste nella tabella sottostante; in caso contrario, lo specialista dovrà riportare nel referto l'indicazione ad eseguire la prestazione di approfondimento, invitando il cittadino a rivolgersi al proprio MMG/PLS per la prescrizione. Nel caso in cui lo specialista ravvisi la necessità di una visita di controllo, a seguito di un primo accesso in urgenza B, questa dovrà essere prescritta su ricetta SSN dal MMG/PLS e

dovrà essere prenotata direttamente dalla struttura privata accreditata. Si ricorda che la visione esami per completamento diagnostico è parte integrante della visita specialistica. Le prestazioni di presa in carico devono essere registrate dalla struttura privata accreditata sul sistema CUP per una corretta gestione amministrativa della prenotazione.

La struttura, nel caso in cui sia disponibile ad effettuare la gestione di prestazioni richieste con urgenza B in modalità di presa in carico diretta dell'utente (da definire con l'Azienda USL), dovrà riservare il 10% del budget annuale ordinario + straordinario extra-ordinario relativo alle prestazioni che intende effettuare in tale ambito. Tale 10% dovrà essere calcolato in proporzione ai mesi di effettiva erogazione. Non rientrano nel 10% le prestazioni urgenti B prenotate a CUP, sui posti di calendario e la relativa presa in carico per le prestazioni di approfondimento. In caso di mancato utilizzo totale o parziale della suddetta quota di budget, sarà possibile fornire disponibilità da inserire a CUP, previo accordo con il Governo della Specialistica Ambulatoriale.

PRESTAZIONE PRENOTABILE A CUP CON PRIORITÀ B	PRESTAZIONI DI PRESA IN CARICO DA GESTIRE CON DEBURO DA PARTE DELLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA
VISITA ANGIOLOGICA	ECOCOLODOPPLER ARTI ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI
VISITA CARDIOLOGICA + ECG	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA TEST DA SFORZO CON PEDANA MOBILE O CON CICLOERGOMETRO
VISITA NEUROLOGICA	
VISITA ORTOPEDICA	RADIOLOGIA OSSEA ECOGRAFIA OSTEO-ARTICOLARE ECOGRAFIA MUSCOLO-SCHELETRICA INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE E NEL LEGAMENTO ARTROCENTESI
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	ESAME AUDIOMETRICO TONALE E VOCALE IMPEDENZOMETRIA FIBROLARINGOSCOPIA IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO

	IRRIGAZIONE CON RIMOZIONE DI CERUME
VISITA PNEUMOLOGICA	
VISITA UROLOGICA	ESAME URODINAMICO INVASIVO UROFLUSSOMETRIA
PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA PRENOTABILI A CUP CON PRIORITÀ B	
<i>Per le prestazioni di diagnostica non sono previste prestazioni di approfondimento da gestire con DEBURO</i>	
ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI E ARTI	
ECOGRAFIA ADDOME	
ECOGRAFIA TESTICOLARE	
ECOGRAFIA TIROIDE	
ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA	
RX OSSEA	
RX TORACE	
TC ENCEFALO	
TC RACHIDE (CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE)	
TC ADDOME (SUPERIORE, INFERIORE, COMPLETO)	
TC TORACE	
TC UROGRAFIA CON MDC (UROTC)	
RM ADDOME INFERIORE (NON PROSTATA)	
RM ADDOME SUPERIORE	
RM MUSCOLO-SCHELETRICA	

- Visite di controllo

In analogia a quanto descritto nel paragrafo soprastante relativo alle urgenze B, eventuali richieste di visite di controllo indicate dallo specialista a seguito di un primo accesso presso la struttura accreditata, dovranno essere prescritte dal MMG/PLS su ricetta SSN e prenotate direttamente dal centro privato sul gestionale CUP nell'ambito di percorsi di presa in carico.

- Tac e Risonanze Magnetiche

Le prestazioni di TAC e RMN con mdc che possano rivelarsi necessarie, in sostituzione delle stesse senza mdc, saranno disposte direttamente dallo specialista presso la struttura privata e sono comprese nel budget complessivamente assegnato. In pratica, a fronte di una prescrizione di TAC/RM senza mdc, qualora in corso di erogazione della stessa il professionista ravveda la necessità di utilizzare il mdc, dovrà provvedere alla erogazione della prestazione con mdc, codificando e addebitando solo quest'ultima.

- Visite Oculistiche

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

Lo specialista della struttura privata, per il completamento dell'iter clinico del paziente, dovrà effettuare anche le sottoelencate prestazioni, se rivelatesi necessarie a seguito della visita e se accreditate, utilizzando, a tal proposito, il modulo DEBURO, specificamente predisposto per le prestazioni aggiuntive, sottolineando che le stesse si intendono comprese nel budget assegnato alla branca di oculistica:

- cod. 08.01 incisione del margine palpebrale
- cod. 08.21 asportazione di calazio
- cod. 08.23 asportazione di lesione maggiore della palpebra, non a tutto spessore, limitatamente alla prestazioni di asportazione di xantelasma (cod.sole 4278.107, 4278.108)
- cod. 98.21 rimozione di corpo estraneo superficiale dall'occhio, senza incisione
- cod. 09.41 specillazione del punto lacrimale
- cod. 09.42 specillazione dei canalicoli lacrimali

Per motivi di appropriatezza clinica ed organizzativa, anche al fine di evitare un uso inefficiente delle risorse, si conviene che alla struttura privata che non fornisca, oltre alla visita specialistica, anche le prestazioni corrispondenti ai codici 98.21, 09.41, 09.42, come sopra descritto, possa essere detratta la commessa relativa alla branca interessata. Allo scopo di favorire la presa in carico dei controlli e degli approfondimenti necessari a seguito di un primo accesso da parte dello specialista o

della struttura privata senza rinvio del cittadino al medico curante, è prevista l'esecuzione della prestazione di Tomografia Retinica a coerenza ottica (cod. 95.12, codice SOLE 2250.016) qualora risulti necessaria per completare l'iter diagnostico-terapeutico nel corso di una visita oculistica. La prescrizione di tale prestazione avverrà tramite modello DEBURO e la prenotazione sarà a carico delle vostre strutture attraverso il sistema CUP. Le prestazioni di Tomografia Retinica a coerenza ottica (95.12) non dovranno superare il 30% del sotto-budget di oculistica.

ART. 5: PROGETTO SOLE

Ai sensi della DGR 603/2019 sul Piano Regionale delle Liste di attesa 2019-2021, la struttura privata è tenuta ad entrare nella rete informatica "Progetto Sole" e Fascicolo Sanitario Elettronico per favorire la condivisione delle informazioni sanitarie dei pazienti che hanno in cura, con oneri a proprio carico.

In particolare, secondo quanto previsto dalla DGR sopra citata:

- devono essere implementate tutte le funzionalità necessarie all'ingresso nella rete sole in particolare finalizzate alla erogazione delle ricette SSN e all'invio del referto al Fascicolo Sanitario Elettronico;
- devono essere assicurate tutte le funzionalità necessarie alla visualizzazione ed erogazione delle ricette dematerializzate, secondo le regole previste dal flusso ministeriale;
- deve essere consentita la consultazione delle informazioni relative al pagamento del ticket, attraverso l'integrazione degli applicativi o con altre modalità operative concordate con le Aziende sanitarie.

La struttura privata, pertanto, si impegna a collaborare con l'Azienda USL per gli adempimenti operativi necessari.

ART. 6: MODALITA' DI FATTURAZIONE E REMUNERAZIONE

L'Azienda USL liquiderà all'Ospedale solo le prestazioni validate nello specifico flusso regionale (ASA) e in coerenza con le tipologie e le linee di indirizzo di cui al presente contratto (vedi tabella economica) e secondo il regime tariffario regionale in vigore e/o gli specifici accordi locali. In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero rispetto al budget concordato, all'ospedale privato non verrà riconosciuto alcun valore economico aggiuntivo. Gli addebiti, che a seguito dei vari controlli risultano conformi al presente contratto e alla validazione nelle banche dati regionali, verranno liquidati entro 60 giorni dalla data di ricezione fattura. In caso di eventuali contestazioni ed accertamenti condivisi sulla non congruità delle prestazioni effettuate, ovvero sugli importi fatturati, l'Ospedale privato inoltrerà regolare nota di accredito. E' stato previsto:

- L'eliminazione dello sconto del 2% viene applicata alle visite specialistiche, agli ECG semplici (cod. 89.52), alla crioterapia e DTC (cod. 86.30.1 e 86.30.3) e alle prestazioni accessorie alla visita fisiatrica. Sulle restanti prestazioni dovrà essere applicato lo sconto del 2%.
- per tutte le RM si applica lo sconto del 2% sulle tariffe previste dal nomenclatore regionale.

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

Le fatture o i relativi allegati dovranno indicare il totale delle prestazioni effettivamente erogate (comprese quelle integralmente remunerate dal ticket) per conto e a carico del SSN, l'importo lordo corrispondente, l'indicazione degli sconti e gli eventuali ticket riscossi ed il netto risultante. Non vanno incluse nella fatturazione riferita al presente

contratto le prestazioni pre e post ricovero, che ai sensi dell'art.1, comma 18 della Legge Finanziaria n.662/96, rientrano nella tariffa del ricovero stesso. Tali prestazioni, infatti, dovranno essere fatturate direttamente alla struttura ospedaliera pubblica/privata che effettuerà o avrà già effettuato il ricovero. In caso di eventuali contestazioni sulla congruità delle prestazioni effettuate, ovvero sugli importi fatturati, la struttura privata inoltrerà regolare nota di accredito entro i 20 giorni successivi alla contestazione oppure potrà controdedurre nel rispetto degli stessi termini. In assenza di controdeduzioni relative alle contestazioni sulla congruità delle prestazioni effettuate e in assenza di emissione della nota di credito entro i 20 giorni successivi alla notifica della contestazione, la relativa fattura di riferimento rimarrà sospesa per l'intero importo contestato. Le prestazioni rese saranno saldate entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura specificando che tutti i pagamenti avranno valore di acconto, salvo conguaglio a consuntivo (validato ASA).

- Prestazioni da fatturare in separata evidenza

Saranno oggetto di distinta fatturazione le prestazioni:

- di chirurgia ambulatoriale;
- di specialistica ambulatoriale.

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

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

- ordinario;
- budget straordinario e commessa straordinaria.

ART. 7: CONTROLLI

I controlli saranno svolti secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresa la recente DGR n. 354/2012 avente ad oggetto “Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna. Aggiornamento” e il Piano Annuale Controlli (PAC) predisposto dalla Regione con determina n. 8104 del 29.5.2018.

ART. 8: NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

L’Azienda USL di Modena e l’Ospedale privato Villa Verde danno reciprocamente atto che ciascuna parte resta Titolare autonomo del trattamento dei dati dei pazienti, impegnandosi al rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679 - GDPR e D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.) ed in particolare dei principi di liceità e di minimalizzazione del trattamento.

Ciascuna parte si impegna altresì ad adottare le misure tecniche e organizzative più opportune per garantire l’integrità e la sicurezza dei dati e per facilitare lo scambio delle informazioni e del materiale documentale utile alla corretta erogazione delle prestazioni sanitarie, nei limiti e nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di flussi informativi.

Le parti concordano inoltre che ciascuna sarà responsabile della corretta applicazione della citata normativa, manlevando sin da ora l’altra parte da qualsiasi e qualsivoglia conseguenza negativa, anche indiretta (ivi compresi eventuali danni di immagine), che dovesse derivare da un parziale o mancato adeguamento alla normativa stessa.

Le parti infine danno atto che, con espresso riferimento al servizio di prenotazione delle prestazioni tramite SSN, eventualmente erogato dall’Ospedale privato Villa Verde sul sistema di prenotazione ISESWEB messo a disposizione dall’Azienda USL

di Modena, quest'ultima resta unico Titolare del trattamento, provvedendo a designare con atto separato l'Ospedale privato Villa Verde quale Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 GDPR e a fornire le necessarie indicazioni affinché il trattamento dei dati personali sia conforme ai requisiti del GDPR, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati.

ART 9: INCOMPATIBILITA' - ALTRI OBBLIGHI - CLAUSOLA RISOLUTIVA

L'Azienda USL, ai sensi della L. 190/2012 e del d.lgs 33/2013 ss.mm.ii., dichiara di aver adottato con Delibera n. 115 del 31.03.2021 il "Piano triennale per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023" e con delibera n. 143 del 29.08.2018 il "Codice di Comportamento Aziendale" di cui al DPR. 62/2013. Tali atti risultano pubblicati sul sito internet aziendale e sono accessibili all'indirizzo:

<http://www.ausl.mo.it/integrita>

<http://www.ausl.mo.it/trasparenza>

L'Azienda USL e l'Ospedale si impegnano a dare piena attuazione delle regole e principi in essi contenuti.

L'Ospedale privato, richiamato il regime delle incompatibilità previsto dalla normativa nazionale vigente e dall'art. 8 dell'Accordo RER/AIOP, si dichiara consapevole che è fatto divieto alle strutture private accreditate di prevedere nel proprio organico, in toto o parzialmente, consulenti, personale medico e non, in posizione di incompatibilità, che si deve intendere riferito all'attività professionale sanitaria ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio. Con cadenza annuale e ogni qualvolta si verificano modifiche in seno all'organico, la struttura privata si impegna a fornire all' Azienda USL l'elenco nominativo del personale dipendente e dei propri collaboratori. Tramite i propri funzionari opportunamente identificabili, l'Azienda USL potrà effettuare, in qualsiasi momento e senza preavviso, eventuali

ispezioni presso la struttura ai fini dell'accertamento di quanto previsto dal presente articolo. L'accertata esistenza delle situazioni di incompatibilità potrà comportare la risoluzione di diritto del contratto ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., previa formale diffida all'eliminazione dei rapporti di cui sia stata verificata l'incompatibilità e successiva perdurante inadempienza. La valutazione operata dall'Azienda sulla gravità dell'inadempimento ai fini dell'applicazione della Clausola risolutiva espressa di cui all'art. 1456 c.c. citato, dovrà tenere conto della comprovata buona fede nell'esecuzione del contratto da parte dell'Ospedale privato.

Inoltre, la struttura privata si impegna:

- all'osservanza di quanto previsto dall'art. 41, comma 6, del decreto legislativo n. 33 del 24 marzo 2013 di "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", che si declina ulteriormente: si impegna espressamente a prevedere sul proprio sito aziendale, nell'apposita sezione denominata «Liste di attesa», », i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, secondo i tempi e le modalità concordati con l'Azienda USL;

- all'osservanza di quanto previsto dall'art. 53, comma 16 ter, del Decreto legislativo n. 165/2001, che si declina ulteriormente: si impegna espressamente a non impiegare nella propria struttura il personale che, negli ultimi tre anni di servizio, ha esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei confronti della Struttura medesima. Tale vincolo si protrae nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego presso l'Azienda. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto alla Struttura Privata che li avesse conclusi o conferiti di contrattare con le

pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

ART. 10: EFFICACIA E VALIDITA'

La validità del contratto è stabilita a decorrere dal 01/01/2021 al 31/12/2021, fatta salva la necessità di procedere a modifiche, anche in corso d'anno, in conseguenza di nuove e diverse disposizioni normative o programmatiche, nazionali, regionali o locali. Nelle more dell'adozione della nuova determinazione economica, salvo diversa disposizione scritta dell'Azienda USL, verranno osservate le schede economiche originarie dell'anno precedente. Qualora le parti non riescano ad addivenire alla conclusione del nuovo contratto entro il 31/12/2021, si conviene, per garantire senza soluzione di continuità l'attività assistenziale, che il presente contratto continui ad esplicare la propria efficacia fino al 30/06/2022 secondo le determinazioni economiche dell'anno precedente.

Verranno applicate di diritto tutte le disposizioni normative, nazionali e regionali che dovessero intervenire nel corso di esecuzione del contratto. La validità dell'accordo è condizionata dalla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della struttura. L'Azienda USL, inoltre, si riserva la facoltà di recesso immediato dal contratto nel caso in cui, nella gestione e proprietà della struttura privata, vengano accertate infiltrazioni mafiose da parte della Prefettura.

ART. 11: FORO COMPETENTE

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

ART. 12: REGISTRAZIONE E REGIME FISCALE

Il presente contratto viene sottoscritto con firma digitale giusta la previsione di cui

all'art. 6, co. 6 del D.L. 145/2013 convertito con L. 9/2014.

L'imposta di bollo sull'originale informatico, di cui all'art. 2 della Tabella Allegato A – Tariffa Parte I del D.P.R. n. 642/1972, è assolta dall'AUSL di Modena; le spese di bollo sono a carico della controparte. Il presente contratto è soggetto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 131/86. Le spese di registrazione sono a carico esclusivo della parte che la richiede.

ART. 13: NORMA DI RINVIO

Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto, si rinvia alle norme di legge e di regolamento in materia sanitaria, amministrativa, civile, penale e agli accordi regionali in vigore.

ART. 14: CLAUSOLE VESSATORIE

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e seguenti del codice civile, la parte dichiara di avere preso attenta visione e dichiara di accettare espressamente l'articolo 8, l'articolo 9 e l'articolo 10 del presente contratto.

La parte contraente che accetta la deroga

Firmato digitalmente

Letto, confermato e sottoscritto, in modalità digitale, in difetto di contestualità spazio/temporale, ai sensi dell'articolo 21 del D. Lgs. n. 82/2005 e ss.mm.ii.

Modena li,

Il Direttore Generale

Il Legale Rappresentante

Azienda USL di Modena

Ospedale privato "Villa Verde"

Dott. Antonio Brambilla

Dott. Fabrizio Franzini

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

Importo bolli, € 80,00