

**CONTRATTO TRA L'AZIENDA USL DI MODENA E L'OSPEDALE PRIVATO
ACCREDITATO "VILLA ROSA" DI MODENA – KOS CARE SRL - PER
L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI IN REGIME RESIDENZIALE,
SEMIRESIDENZIALE E DI DEGENZA OSPEDALIERA E DI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE – ANNI 2021- 2022**

Premesso:

- che il Decreto Legislativo 502/92 e ss.mm.ii. prevede che il Servizio Sanitario Nazionale eroghi livelli di assistenza essenziali ed uniformi, nel rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute espresso dalla programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale, dell'equità di accesso all'assistenza, della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse utilizzate;

- che ai sensi dell'articolo 8-bis, comma 1 del citato D. Lgs. come modificato e integrato dal D.Lgs. n. 229/99, l'erogazione dell'assistenza sanitaria avviene tramite i diversi produttori pubblici e privati accreditati, nel rispetto degli accordi contrattuali con gli stessi stipulati;

- che conseguentemente, ai sensi del successivo articolo 8-bis, comma 2° e 8-
quater, comma 2°, i contenuti prestazionali ed economici degli accordi contrattuali costituiscono il titolo in virtù del quale i singoli produttori possono operare nell'ambito, per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale e i cittadini possono liberamente scegliere il luogo di cura;

- che la Regione Emilia-Romagna, con deliberazione di Giunta n. 426 del 1/3/2000, ad oggetto "Linee guida e criteri per la definizione degli accordi e la stipula dei contratti, ai sensi del D. Lgs. 502/92, così come modificato dal D. Lgs. 229/99, e della

L. R. 34/98. Primi adempimenti” ha attribuito alle Aziende USL la competenza alla stipula dei predetti accordi contrattuali a favore dei cittadini residenti nel proprio ambito territoriale, in coerenza con gli indirizzi regionali in materia prevedendo l’adozione di uno schema tipo di contratto/accordo, definendo i contenuti minimi del medesimo;

- che gli indirizzi regionali sull’attività contrattuale locale sono altresì contenuti negli Accordi generali tra la Regione Emilia Romagna e l’Associazione Italiana della Ospedalità Privata (AIOP) in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata;

Richiamate:

- la legge regionale n. 29/2004 “Norme generali sull’organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale” e ss.mm.ii;

- la legge regionale n. 22/2019 “Nuove norme in materia di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Abrogazione della legge regionale n. 34 del 1998 e modifiche alle leggi regionali n. 2 del 2003, n. 29 del 2004 e n. 4 del 2008”.

Richiamati:

- l’Accordo Generale per il periodo 2016-2018 tra la Regione Emilia-Romagna e l’Associazione Italiana di 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 di 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, approvato con DGR n 1541/2020 ed eventuali nuovi protocolli d'intesa che dovessero essere siglati nel corso di validità del presente contratto;

- la Delibera di Giunta Emilia Romagna n. 560 del 28 aprile 2014 ad oggetto "Recepimento dell'Accordo AIOP/Regione Emilia-Romagna per attività di ricovero per riabilitazione e psichiatria" che, tra le altre cose, contiene la revisione della disciplina dell'accesso alle prestazioni ospedaliere e residenziali dell'Area psichiatrica e alle prestazioni di medicina riabilitativa MDC 8;

- le delibere di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 1673/2014, n. 1905/2014, n. 1875/2020 contenenti disposizioni in materia di tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna;

- la delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 2000 del 14 dicembre 2009 ad oggetto "Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture psichiatriche in possesso di autorizzazione alle funzioni di profilo ospedaliero".

TRA

L'Azienda Unità Sanitaria Locale, con sede in Modena, Via San Giovanni del Cantone n. 23, C.F. 02241850367, (di seguito denominata anche "Azienda USL") in persona della Direttrice Generale, Dott.ssa Anna Maria Petrini, nata a Porto San Giorgio (FM) il 07.11.1969, nella sua qualità di legale rappresentante

E

L'ospedale privato accreditato, unità locale "Villa Rosa" della società KOS CARE S.R.L. (di seguito denominata anche "l'Ospedale Privato"), con sede in Modena, via F.lli Rosselli n. 83 e sede legale in Milano in via Durini n.9, Partita IVA 01148190547 nella persona del Dott. Enrico Brizioli, nato a Macerata il 18/11/1960 che agisce nella sua qualità di legale rappresentante.

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

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

REQUISITI DI LEGITTIMAZIONE CONTRATTUALE

L'Ospedale Privato Villa Rosa è legittimato alla stipula del presente contratto in quanto:

- in possesso di autorizzazione sanitaria all'esercizio delle attività contrattate;
- accreditato istituzionalmente con determinazioni del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione della Regione Emilia-Romagna n.4393 del 03/04/2018 e n. 19277 del 20/11/2018 ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente;
- le attività contrattate sono funzionali alle scelte di programmazione regionale così come si evince dal vigente Accordo AIOP/RER;

ART 1: OGGETTO DEL CONTRATTO

Il presente contratto disciplina la fornitura di prestazioni sanitarie, di degenza e specialistica ambulatoriale, da parte dell'Ospedale Privato in favore dei cittadini residenti nell'ambito provinciale di competenza dell'Azienda USL di Modena.

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. Ferma restando la possibilità, in corso d'anno, di riduzione del budget complessivo e dei corrispondenti volumi di attività,

nella misura prevista dalla normativa nazionale e regionale che dovesse eventualmente intervenire, i contenuti assistenziali, le tipologie, le quantità di prestazioni sanitarie oggetto di contrattazione e la relativa valorizzazione economica vengono definiti come di seguito.

Resta inoltre inteso che, qualora gli Accordi AIOP e le delibere di Giunta della Regione Emilia Romagna citati in premessa siano modificati, integrati o sostituiti da successivi accordi e/o delibere di Giunta Regionale approvati in corso di validità del presente contratto, i nuovi accordi e le nuove delibere di Giunta Regionale sostituiranno automaticamente quelli attualmente riportati nel presente contratto, comportando altresì la decadenza automatica di tutte le clausole del presente contratto incompatibili con le stesse.

DEGENZA

ART 2: SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE: VOLUMI E TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI

Le tipologie e le quantità di prestazioni sanitarie oggetto della presente contrattazione, in coerenza con gli indirizzi della programmazione sanitaria, risultano sinteticamente evidenziate nella tabella riepilogativa sotto riportata.

L'Ospedale Privato ha diritto di effettuare le prestazioni commissionate e di conseguire il corrispettivo economico nella misura massima complessiva risultante dal presente contratto, dall'accordo regionale della ospedalità privata RER/AIOP e dalle eventuali penalizzazioni e/o compensazioni.

L'Ospedale Privato si impegna a distribuire l'attività in modo costante su tutto l'arco temporale di validità del contratto secondo modalità concordate con la direzione del DSM-DP.

Eventuali prestazioni che, per tipologia, contenuti e modalità assistenziali, risultassero

diverse da quelle contrattualmente concordate, non potranno essere riferite al rapporto di fornitura con l'Azienda USL di Modena ed al relativo budget.

SCHEMA BUDGET DEGENZA 2021:

Tipologia	PL - 2021	Budget 2021
SPOI Psichiatria	10,58	1.217.130,61
RTI Psichiatria	17	1.368.984,33
RTIS Alcool	9,19	814.033,66
RTP Psichiatria	6,64	441.264,85
DCA (cod. 56 ex dgr2000/2009)	2,02	191.159,77
Centro Diurno		73.500,00
Totale budget		4.106.073,22

SCHEMA BUDGET DEGENZA 2022:

Tipologia	PL - 2022	Budget 2022
SPOI Psichiatria	10,58	1.217.130,61
RTI Psichiatria	17	1.368.984,33
RTIS Alcool	10,19	876.361,86
		26.250,00
RTP Psichiatria	4,88	324.303,08
DCA (cod. 56 ex dgr2000/2009)	2,71	245.793,34
		10.500,00
Centro Diurno		36.750,00
Totale budget		4.106.073,22

Si precisa che:

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

- l'Ospedale Privato è tenuto a verificare la posizione assistenziale del paziente e a contattare i competenti uffici dell'Azienda USL di Modena qualora non fosse chiaramente definita la titolarità all'assistenza sanitaria a carico del SSN;

- L'Ospedale Privato si impegna a ricoverare i pazienti di cui il Dipartimento ritiene appropriato l'invio, senza criteri di esclusione per quanto riguarda i posti in SPOI.

Inoltre, in caso di pazienti destinati allo SPOI particolarmente complessi, prima del ricovero sarà possibile per ciascuna delle due parti richiedere al referente della controparte un incontro specifico di verifica del progetto.

ART 3: TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE E PARTICOLARI MODALITA' OPERATIVE E ASSISTENZIALI.

L'attività dovrà essere organizzata, in coerenza con la normativa regionale (in particolare la DGR n. 2000/2009 e la DGR 560/2014) e con l'Accordo RER/AIOP vigente e s.m.i. secondo i criteri di accesso ed assistenziali condivisi con il Dipartimento di Salute Mentale dell'AUSL (di seguito denominato "DSM" - DP).

Il DSM-DP si avvarrà, ai sensi del presente contratto delle seguenti prestazioni sanitarie:

- prestazioni a componente ospedaliera: SPOI (servizio psichiatrico ospedale intensivo) e DCA (cod. 56 ex DGR 2000/2009) remunerati sulla base delle tariffe regionali vigenti;
- prestazioni a componente residenziale: RTI, RTP remunerate secondo le tariffe regionali vigenti;
- prestazioni a componente semiresidenziale erogate presso il Centro Diurno remunerate a funzione o secondo le tariffe locali concordate;
- progetti speciali: RTIS (etilismo) remunerati secondo le tariffe regionali.

Coerentemente con quanto previsto al punto 14) della DGR n. 525/2013 l'Ospedale

Privato, in tutti i casi in cui il ricovero avvenga sulla base della prescrizione del medico di medicina generale o dello specialista, comunicherà al DSM-DP la decisione di accogliere i pazienti preventivamente al ricovero - sia per la quota ospedaliera che per la componente residenziale. Come previsto dalla citata delibera e, più recentemente, dalla DGR 560/2014, si rimanda a specifici accordi per la disciplina operativa delle modalità di accesso.

ART 4: MODALITA' DI ACCESSO ALLA COMPONENTE RESIDENZIALE

Relativamente alle modalità di accesso si rinvia alla DGR 560/2014 che ha definito la responsabilità del DSM-DP dell'Azienda Usi della funzione di regolazione degli accessi alle strutture ospedaliere e residenziali quale principio generale e inderogabile.

Per l'attività in regime residenziale RTP, per quella in regime semiresidenziale (Centro Diurno), e per le RTIS e DCA, in conformità ai protocolli vigenti e/o da completare ed alle relazioni operative concordate tra la direzione del DSM-DP e la direzione dell'Ospedale Privato, l'invio è di pertinenza del Servizio Territoriale del DSM di riferimento del paziente ed il progetto terapeutico/riabilitativo viene condiviso con il responsabile medico dell'Ospedale Privato.

La trasformazione, in corso di ricovero, dal regime di residenza RTI a quello di RTP deve essere condivisa con il DSM-DP.

Per quanto riguarda il governo clinico, la direzione dell'Ospedale Privato ed il medico direttamente operante come responsabile dovranno fare riferimento agli indirizzi del DSM-DP dell'Azienda USL.

L'Ospedale Privato si impegna a proseguire l'attività di ricovero per etilismo per pazienti inviati dal settore dipendenze patologiche del DSM-DP, con le modalità previste nei protocolli vigenti, tali da garantire la necessaria continuità di

inquadramento diagnostico terapeutico, l'integrazione e l'unitarietà dell'intervento con i competenti SERT.

Nell'ambito dei posti residenziali a trattamento intensivo sono altresì possibili ricoveri di pazienti con doppia diagnosi, nei casi di doppio carico dei pazienti stessi al CSM e al SERT, secondo quanto richiesto nella scheda di invio o successivamente concordato coi servizi medesimi.

L'Ospedale Privato si impegna, nell'ambito del progetto "cruscotto", a rendere disponibili le informazioni relative ai posti letto oggetto del presente contratto (con indicazione nominativa criptata dei pazienti ricoverati, numero dei posti letto disponibili e i pazienti in lista di attesa con frequenza quotidiana, anche mediante comunicazione informatizzata, orientativamente entro le ore 9,00 di ciascun giorno feriali (domenica e festivi esclusi).

- Attività Sanitaria non soggetta a SDO

L'Ospedale Privato, salvo diverse indicazioni regionali, fatturerà ciascuna attività sanitaria non soggetta a SDO (RTI, RTP, Centro Diurno, RTS) allegando alla fattura un "file" trasmesso per posta elettronica contenente i dati previsti per le SDRES, attraverso il quale sarà possibile attribuire a ciascun episodio assistenziale la correlativa tipologia prestazionale (RTI, RTP, ecc).

Ad ogni episodio assistenziale dovrà corrispondere una cartella clinica con numerazione progressiva.

Considerato che anche tale attività è soggetta a rendicontazione in banca dati, le fatture emesse devono essere riferite ai soli ricoveri presenti nel ritorno informativo SDRES fatte salve le prestazioni dei pazienti a trattamento protratto che si fatturano ogni tre mesi e la fatturazione dei cavalieri, una sola volta all'anno, al 31 Dicembre di ogni anno.

- Centro Diurno

L'attività di Centro Diurno, remunerata a funzione, ha il tetto di spesa annuale pari a € 73.500,00. Si precisa che, per l'anno 2022, il 50% del budget non utilizzato nel primo semestre sarà destinato al potenziamento delle attività di DCA e etilismo. Qualora, anche nel secondo semestre, sia confermata la mancata apertura del Centro Diurno, il restante 50% del budget dovrà essere destinato, prioritariamente e previ accordi fra le parti, alle attività di DCA, etilismo ed eventualmente SPOI.

Tale tetto, da considerarsi invalicabile, è comprensivo sia delle prestazioni erogate ai residenti della provincia di Modena che di quelle erogate ai residenti extraprovincia..

La fattura, completa della dovuta documentazione dovrà essere emessa al netto delle prestazioni erogate ai residenti extraprovincia (le quali saranno fatturate direttamente alla Azienda USL di residenza del paziente, previa acquisizione della necessaria autorizzazione alla presa in carico). In via sperimentale e fino a diversa definizione, la tariffa per i residenti extraprovincia è valorizzata a €.100 (per ogni accesso) se il paziente vi soggiorna per l'intera giornata e a € 60 se vi soggiorna per metà giornata. Considerato che tale attività è remunerata a funzione, per evitare la duplicazione del rimborso a carico del SSN per lo stesso episodio assistenziale, è necessario che l'Ospedale Privato, pur rendicontando l'intera attività erogata, fatturi all'Azienda USL solo le prestazioni erogate ai residenti modenesi. L'attività per i residenti modenesi verrà fatturata mensilmente in dodicesimi del budget concordato (€ 6.125,00/mese). All'Ospedale Privato sarà riconosciuto l'intero importo solo se saranno registrati e documentati, all'interno della struttura, almeno 1820 accessi di mezza giornata su base annua da parte dei residenti modenesi (provincia), indicativamente, corrispondenti a circa € 40,00 ad accesso. Qualora gli accessi fossero inferiori, all'Ospedale Privato sarà corrisposto un importo proporzionale al

mancato raggiungimento dell'obiettivo tenendo conto della valorizzazione economica

sopra stimata. L'Ospedale Privato non avrà diritto ad alcuna remunerazione nel caso

in cui si registri una totale assenza di occupazione dei posti.

- Permessi Terapeutici per le RTP, RTI e PRSP.

I permessi terapeutici non possono essere superiori a 12 ore giornaliere e devono

essere adeguatamente registrati e motivati con l'indicazione dell'orario di uscita e di

rientro.

L'Ospedale Privato, pertanto, sarà remunerato secondo la tariffa ordinaria solo in

presenza di queste condizioni.

Un permesso superiore alle 12 ore darà luogo automaticamente ad una dimissione

salvo diverso accordo con il DSM che valuterà il caso specifico.

Qualora il permesso sia volto ad effettuare indagini sanitarie, precedentemente

programmate, anche a carico del Servizio Sanitario, l'Ospedale Privato provvederà

ad effettuare il trasporto addebitandone il costo, se e quanto dovuto, all'ente di

competenza.

- Ricoveri in regime residenziale che si protraggono oltre il limite previsto dalla

normativa regionale e dai protocolli locali.

Salvo diversi accordi fra le parti, da concludersi mediante protocollo condiviso tra gli

organi deputati al controllo e la direzione sanitaria della Casa di Cura, alla disciplina

delle proroghe dei ricoveri si applica quanto previsto al paragrafo C. e) dell'Accordo

Regionale vigente.

Qualora alla data della sottoscrizione del presente accordo fossero presenti presso

l'Ospedale Privato pazienti che avessero superato il limite fissato dalla normativa

regionale, le parti si impegnano ad attivare al più presto tutte le risorse idonee a

garantire una più appropriata allocazione assistenziale.

A nessun titolo l'Ospedale Privato può richiedere una integrazione di retta per prestazioni sanitarie, ospedaliere e residenziali, a carico del Servizio Sanitario Regionale.

ART. 5 MODALITA' DI DIMISSIONE

La dimissione dei pazienti in carico al Dipartimento deve essere programmata e concordata con l'equipe di riferimento.

Per quanto riguarda eventuali esigenze di trasporto si rimanda al Regolamento interaziendale oneri trasporti sanitari secondari in corso di adozione.

ART 6: TETTO DI SPESA

L'Ospedale Privato potrà erogare per gli anni 2021 e 2022 le prestazioni oggetto del presente contratto fino all'importo totale riportato nella scheda economica, articolato nei singoli tetti di spesa indicati dalla scheda medesima, fatti salvi i meccanismi di penalizzazione e compensazione budgetaria che saranno applicati dalla Regione in sede di Commissione Paritetica sulla base di quanto previsto dall'accordo RER/AIOP vigente.

Fermo restando l'impegno dell'Ospedale Privato al rispetto del totale valore economico del contratto, all'Ospedale Privato, previa comunicazione al DSM, è consentita la compensazione tra i diversi sotto budget, salvo esplicite e motivate disposizioni contrarie da parte dello stesso DSM, che avranno effetto dalla data della comunicazione scritta.

Il tetto di spesa sopraindicato è comprensivo anche delle eventuali variazioni tariffarie regionali.

In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero rispetto al budget concordato, all'Ospedale Privato non verrà riconosciuto alcun valore economico aggiuntivo ed il rispetto del budget avverrà per riduzione della

remunerazione tariffaria (budget fisso tariffa variabile), così come previsto nell'accordo regionale vigente.

ART 7: REQUISITI DI QUALITA'

L'Ospedale Privato dovrà svolgere la propria attività nel rispetto dei requisiti prescritti in materia professionale, igienico-sanitaria, protezionistica e di sicurezza: l'attività contrattata sarà, infatti, immediatamente sospesa anche parzialmente, nel caso di accertate e comprovate gravi carenze professionali e tecnologiche che possano pregiudicare la sicurezza degli assistiti.

In particolare, l'Ospedale Privato si impegna al fine di migliorare la qualità della propria attività:

- Compilazione e regolare tenuta della cartella clinica/residenziale:

- a rispettare la normativa e i requisiti di accreditamento in materia di documentazione sanitaria, con particolare riferimento ad una completa, chiara e corretta compilazione della cartella clinica e residenziale in ogni sua parte: scheda di invio, raccolta dell'anamnesi con ricostruzione della storia clinica del paziente, esame obiettivo, documentazione relativa al progetto riabilitativo e programmi eseguiti, scale di valutazione, diario clinico, diario infermieristico, scheda di terapia, documentazione delle consulenze e degli accertamenti eseguiti durante il ricovero, consenso informato, ove previsto, lettera di dimissione, modulistica sulla privacy, eventuali proroghe.

Nello specifico, per le Residenze a Trattamento Intensivo (RTI), comprese quelle specialistiche (RTI-S), l'Ospedale Privato si impegna alla redazione di un piano clinico assistenziale che preveda il controllo clinico quotidiano della persona assistita, in ottemperanza ai requisiti specifici di accreditamento (Delibera Regionale n. 327 del 2004).

Per le Residenze a Trattamento protratto (RTP), il progetto personalizzato dovrà essere adeguatamente documentato in continuità con quello terapeutico-riabilitativo del CSM, che comunque dovrà essere prodotto al momento dell'invio, e dovrà riportare:

- la descrizione delle risorse disponibili e dello stile relazione presente nel contesto di vita del paziente, con particolare attenzione alle relazioni della famiglia con il CSM;
- gli obiettivi in ordine agli ambiti di cura, della socializzazione, abitativo e lavorativo;
- la durata del trattamento e le modalità di monitoraggio (a cadenza mensile);
- data di dimissione con indicazione del medico responsabile del progetto globale del CSM e del professionista responsabile del trattamento riabilitativo.

La documentazione deve inoltre registrare gli interventi riabilitativi e di gruppo con indicazione delle attività.

La corretta tenuta della documentazione sanitaria è elemento indispensabile per considerare appropriata, e quindi addebitabile al presente contratto la prestazione di degenza in regime assistenziale sia ospedaliero che in RTI/RTP.

Si precisa che le contestazioni comporteranno una riduzione economica delle sole giornate contestate e, nel caso in cui riguardano l'appropriato regime assistenziale, comporteranno la rideterminazione economica dell'episodio clinico.

In tema di compilazione e regolare tenuta del registro delle contenzioni l'Ospedale Privato è tenuto:

- a provvedere, in ottemperanza a quanto disposto dalla Circolare 16/2009 RER, a mettere in atto ogni strategia rivolta alla prevenzione della pratica

della contenzione meccanica, onde ridurne il ricorso a casi eccezionali;

- a monitorare gli eventi di contenzione meccanica, secondo quanto disposto dai documenti regionali e aziendali.

- Compilazione della SDO

- a provvedere, consapevoli del valore giuridico e medico-legale della scheda di dimissione ospedaliera, parte integrante della cartella clinica e come tale atto di fede pubblica privilegiato, alla sua corretta e completa compilazione garantendone la congruità con i dati presenti nella cartella stessa, con particolare riferimento alla codifica delle diagnosi e delle prestazioni sanitarie. Tale codifica dovrà opportunamente e doverosamente conformarsi ai criteri normativi regionali al fine di evitare una errata valorizzazione economica delle prestazioni erogate;
- ad ottemperare all'obbligo prescritto dalle vigenti disposizioni regionali, di indicazione sulla SDO della data di prenotazione del ricovero nella totalità dei ricoveri.

- Definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici e di monitoraggio della qualità assistenziale

- alla collaborazione con l'Azienda USL circa la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici atti a garantire il soddisfacimento delle esigenze sanitarie della popolazione interessata;
- all'attivazione delle dimissioni protette in tutti i casi necessari;
- alla corretta compilazione della lettera di dimissione con particolare riferimento alla prescrizione farmacologica nel rispetto delle note AIFA e dei rispettivi Prontuari Terapeutici Provinciali e di AVEN;
- a segnalare al Nucleo Operativo Provinciale (NOP), oltre che alla direzione

del DSM, le prescrizioni farmacologiche off label;

- a partecipare alla Commissione Locale di Monitoraggio di cui alla all'Accordo

RER/AIOP e al Tavolo Tecnico aziendale.

L'Ospedale Privato si impegna inoltre ad applicare le indicazioni nazionali, regionali e aziendali in materia di prevenzione della diffusione della pandemia da COVID – 19, con specifico riferimento a quanto disposto dalla Direzione Generale Cura alla Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna nella propria nota del 15 giugno 2021 con oggetto "Emergenza COVID – 19 indicazioni per l'accesso di visitatori e accompagnatori presso le strutture ospedaliere" ed eventuali ulteriori disposizioni e/o aggiornamenti che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto. Resta inteso che le parti potranno regolare, mediante scambio di corrispondenza, eventuali soluzioni a questioni specifiche derivanti dall'applicazione pratica delle suddette disposizioni.

ART 8: CONTROLLI SANITARI - DEGENZA

I controlli sono effettuati in coerenza con la normativa vigente con specifico riferimento alla DGR 354/2012 ed al Piano Annuale Controlli (PAC) adottato dalla Regione con determina n. 16605 del 28.09.2020 e, per l'anno 2022, con determina n. 335 del 12.01.2022.

Relativamente alla procedura e alla tempistica dei controlli, si rimanda al Protocollo interaziendale siglato nel 2013 e alle successive modifiche ed integrazioni.

I controlli esterni vengono effettuati dal Dipartimento di Salute Mentale e dal Nucleo Aziendale Controlli (NAC) che svolgono un ruolo di "governance" dell'intero sistema di controllo dei ricoveri psichiatrici mirato a garantire la corrispondenza con quanto esplicitato dal Piano Annuale dei Controlli (PAC) e con quanto previsto negli accordi di fornitura locali.

Gli obiettivi principali da perseguire sono:

- fornire autorevole contrasto allo sviluppo di tutto ciò che possa portare ad un utilizzo antieconomico o opportunistico delle risorse mediante controlli sulla corretta codifica e sul corretto setting di erogazione;

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

- valutare la congruenza dei percorsi di accesso, delle modalità di proroga e di trasferimento tra diversi setting assistenziali, della integrazione con i Servizi territoriali con quanto previsto dalle procedure condivise;

- avvio di un confronto sulle risultanze dei controlli effettuati tra i servizi di committenza delle aziende territoriali e le strutture accreditate pubbliche e private del territorio.

In merito ai controlli interni, ai sensi della normativa citata, l'Ospedale Privato si impegna a sottoporre a controllo ogni aspetto inerente ai seguenti punti:

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

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

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

- appropriatezza clinica.

In caso di accertata inappropriata clinico-organizzativa delle prestazioni

contestate, all'Ospedale Privato non verrà rimborsato il valore delle relative prestazioni.

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

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

SPECIALISTICA

ART 9: BUDGET E TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI

Relativamente al 2021-2022, 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, i contenuti assistenziali, le tipologie, le quantità di prestazioni specialistiche oggetto del presente contratto e la relativa valorizzazione economica sono di seguito riportate:

DISTRETTO DI MODENA

OSPEDALE PRIVATO "VILLA ROSA" - UNITA' LOCALE DI KOS CARE

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ANNO 2021 - 2022	ANNO 2021 - 2022				
	CODICI	BUDGET ORDINARIO	BUDGET GARANZIA ORDINARIA	BUDGET STRAORDINARIO	
				EXTRA-ORDINARIO	EXTRA-GARANZIA
RADIOLOGICA	vedi tabella radiologica	68.000,00			
ECOGRAFIE DEL CAPO E DEL COLLO	88.71.4	12.000,00		3.758,30	
ALTRE ECOGRAFIE (le prestazioni in garanzia sono esclusivamente quelle corrispondenti ai cod. reg. 88.74.1, 88.75.1, 88.76.1: eco addominali); le prestazioni di ecografie mammarie, a partire dal mese di luglio 2013, non possono più essere erogate.	88.74.1, 88.75.1, 88.76.1, 88.76.2, 88.79.1, 88.79.2, 88.79.3, 88.79.5, 88.79.6, 88.73.1	34.712,08	29.996,61		
ECOCOLORDOPPLER		10.000,00		5.654,32	
ELETTROMIOGRAFIE	93.08.1, 93.09.1, 93.09.2, 93.08.5 (profilo)	100.000,00	-	11.198,50	
RM DELLA COLONNA (88.93), SENZA E CON CONTRASTO (88.93.1)	88.93, 88.93.1	250.000,00	-	30.170,00	
RM DEL CERVELLO E DEL TRONCO (88.91.1 - 88.91.2), SENZA E CON CONTRASTO (le prestazioni in garanzia sono esclusivamente quelle corrispondenti ai cod. reg. 88.91.1 e 88.91.2)	88.91.1 - 88.91.2	308.000,00	42.000,00		120.600,00
RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.3 - 88.91.4), SENZA E CON CONTRASTO	88.91.3 - 88.91.4				
RM NUCLEARI MUSCOLOSCHIELETRICHE	88.94.1 - 88.94.2	236.706,00	-	18.805,92	
CONTROLLI E PRESTAZIONI DI PRESA IN CARICO: budget dedicato a: 1) eventuali controlli relativi a visite richieste in via straordinaria che non hanno budget ordinario; 2) eventuali prestazioni di presa in carico conseguenti a visite ed esami richiesti con priorità B					
TOTALE COMPLESSIVO	1.281.601,72	1.019.418,08	71.996,61	69.587,04	120.600,00

A) Tipologie di budget

Nella scheda economica soprastante vengono individuate due tipologie di budget:

“ordinario”, destinato alla programmazione ordinaria e “di garanzia” dedicato alle

prestazioni da erogare entro i tempi massimi previsti dalla normativa regionale.

Viene, inoltre, previsto un terzo budget, definito "straordinario", non storicizzabile, volto a ripristinare i tempi d'attesa previsti dalla normativa regionale.

- Budget ordinario: aspetti specifici

Relativamente al budget ordinario, l'Ospedale Privato si impegna a:

- garantire la costante disponibilità delle agende di prenotazione, con proiezione temporale annuale nella misura del 70% delle prestazioni complessive e quadrimestrale per la parte restante corrispondente al 30%;
- ripartire uniformemente l'offerta prestazionale su tutto l'arco dell'anno (12 mesi).

- Budget garanzia: aspetti specifici

La garanzia, così come delineata dalla DGR 1035/2009 e ss.mm.ii., 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. 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 di un percorso specifico è dotato di un proprio e specifico capitolo di spesa. Tali prestazioni verranno prenotate su agende dedicate e, in quanto alla fatturazione, dovranno essere fatturate nello stesso documento anche se in separata evidenza. Pertanto, al fine di adeguare le prestazioni commissionate al fabbisogno, l'U.O. Gestione delle attività di Specialistica Ambulatoriale e il servizio Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie, d'intesa con l'Ospedale Privato, possono riconvertire, senza aggravii di ordine economico:

- i sottobudget riferiti al budget ordinario;
- i sottobudget riferiti al budget di garanzia;

- le due tipologie di budget (ordinario e garanzia).

L'U.O. Gestione delle attività di Specialistica Ambulatoriale, inoltre, può chiedere all'Ospedale Privato, previa comunicazione al servizio Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie, l'aumento del tetto previsto per la garanzia al fine di adeguare i tempi di attesa delle prestazioni alla normativa vigente. L'Ospedale Privato è tenuto a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria su tutto l'arco dell'anno (12 mesi) fatte salve le eventuali eccezioni che dovranno essere autorizzate per iscritto dall'Azienda USL. In caso di inadempimento, l'Azienda USL si riserva la facoltà di compensare le due tipologie di budget (ordinario e garanzia) al fine di riequilibrare la commessa.

Budget straordinario: aspetti specifici

Il budget straordinario presenta le seguenti caratteristiche:

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

B) Commesse straordinarie/urgenti.

L'Azienda USL, in aumento del budget indicato nella economica soprastante, può chiedere in corso d'esecuzione del contratto, commesse straordinarie 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 e i vari sotto-budget

concordati) 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

L'Ospedale Privato potrà erogare prestazioni fino al volume annuale risultante dal contratto rispettando l'ammontare dei singoli budget (ordinario, garanzia e commessa straordinaria) e dei relativi sotto-budget, fatto salvo quanto viene espressamente previsto per il budget in garanzia che può essere incrementato a seconda delle esigenze aziendali. In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero dei singoli budget e dei sotto-budget concordati, all'Ospedale Privato 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 (di cui alla lettera A), il verificarsi del superamento del tetto complessivo di spesa non esime l'Ospedale Privato 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 10: MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Per le modalità di accesso e di erogazione l'Ospedale Privato è tenuto a rispettare le indicazioni aziendali (in particolare, si rimanda alla pagina pubblicata sul sito internet dell'AUSL all'indirizzo 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'Azienda USL sia presso l'Ospedale Privato, attraverso l'utilizzo, via web, del programma di prenotazione pubblico (CUPWEB).

Di norma, il ticket, se dovuto, sarà riscosso dall'Ospedale Privato nella misura e con le modalità richieste dalla normativa vigente 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, l'Ospedale Privato è tenuto 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 dell'Ospedale Privato. 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, l'Ospedale Privato 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.

L'Ospedale Privato 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'Azienda USL.

L'Ospedale Privato si impegna inoltre ad una gestione efficiente delle agende attraverso:

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

- erogate in ordinario;
- erogate in garanzia;

b) limitatamente al budget ordinario, garantire la costante disponibilità delle agende di prenotazione, con proiezione temporale annuale nella misura del 70% delle prestazioni complessive e quadrimestrale per la parte restante corrispondente al 30%.

Fermo restando il budget attribuito all'Ospedale Privato 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, provvederà 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 dell'Ospedale Privato 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 (e il relativo sotto-budget) per le quali non sia stato possibile effettuare una regolare programmazione.

L'Ospedale Privato si impegna all'adozione di un modello informatizzato di invio dei calendari secondo le indicazioni che dall'Azienda USL.

L'Ospedale Privato si impegna ad effettuare la refertazione in tempo reale, ove la tipologia di prestazione lo consenta, 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 11: 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 l'Ospedale Privato 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 dall'Ospedale Privato

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 dall'Ospedale Privato accreditato. Si ricorda che la visione esami per completamento diagnostico è parte integrante della visita specialistica. Le prestazioni di presa in carico devono essere registrate dall'Ospedale Privato accreditato sul sistema CUP per una corretta gestione amministrativa della prenotazione.

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 l'Ospedale Privato 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.

- Prestazioni di elettromiografia

Per le prestazioni di elettromiografia, si stabilisce un corrispettivo economico massimo pari a euro 60,00, indipendentemente dal numero e dalla tipologia delle singole prestazioni effettuate sull'utente per rispondere al quesito diagnostico.

ART. 12: PROGETTO SOLE

Ai sensi della DGR 603/2019 sul Piano Regionale delle Liste di attesa 2019-2021, l'Ospedale Privato è tenuto 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.

L'Ospedale Privato, pertanto, si impegna a collaborare con l'Azienda USL per gli adempimenti operativi necessari.

ART 13: MODALITA' DI FATTURAZIONE E REMUNERAZIONE

L'Azienda USL si impegna a pagare all'Ospedale Privato tutte le prestazioni prodotte, fatturate e validate nei relativi flussi regionali in coerenza con le tipologie e le linee di indirizzo di cui al presente contratto e secondo il regime tariffario regionale in vigore e /o gli accordi specifici locali.

Si conviene che tutti i ricoveri ospedalieri, compresi quelli "a cavaliere" tra due anni diversi, debbano essere fatturati a chiusura di ogni SDO.

Il pagamento da parte dell'Azienda USL delle attività ospedaliere, residenziali e semiresidenziali è subordinato al corretto inserimento delle stesse nei relativi flussi

informatici regionali ("File SDO", "Flusso SDRES") e loro validazione nelle banche dati.

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

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

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 fisiatrice.
- per tutte le RM si applica lo sconto del 10% sulle tariffe previste dal nomenclatore regionale;
- per le prestazioni di elettromiografia, si stabilisce un corrispettivo economico massimo pari a euro € 60,00, indipendentemente dal numero e dalla tipologia delle singole prestazioni effettuate sull'utente per rispondere al quesito diagnostico.

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, l'Ospedale Privato 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 verrà sospesa per l'intero importo. 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 a una distinta fatturazione le prestazioni:

- rese ai cittadini residenti fuori dalla Regione Emilia Romagna;
- rese ai cittadini comunitari (o provenienti da Paesi che hanno stipulato con il Nostro un reciproco accordo), in temporaneo soggiorno in Italia, che siano in possesso della TEAM (tessera europea di assicurazione malattia) o di attestato equivalente e della prescrizione del Medico di Medicina Generale

sul cui retro sono stati inseriti i dati relativi all'assistito.

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

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

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

Relativamente alla specialistica ambulatoriale l'Ospedale Privato si impegna inoltre a distinguere le prestazioni erogate:

- ordinario
- garanzia
- commessa straordinaria

ART. 14: CONTROLLI - SPECIALISTICA

L'Azienda USL di Modena potrà, in qualunque momento, effettuare controlli e/o ispezioni tendenti ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni rese, sia la congruenza tra prescrizioni, prestazioni e relative tariffe.

I controlli sulle prestazioni di mobilità infra regionale saranno espletati dall'Azienda competente per territorio, quelli sulle prestazioni ricevute da utenti extra regione potranno essere svolti sia dall'Azienda competente per territorio che dall'Azienda di residenza dell'assistito, previo loro accordo, onde evitare un raddoppio delle attività di controllo e indirizzi interpretativi non omogenei.

ART 15: INCOMPATIBILITA' - ALTRI OBBLIGHI NORMATIVI - CLAUSOLA

RISOLUTIVA ESPRESSA

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 Privato 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. 5 lett. E) dell'Accordo RER/AIOP n. 2329/16, 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 verifichino modifiche in seno all'organico, la Ospedale Privato 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, l'Ospedale Privato si impegna:

- all'osservanza di quanto previsto dall'art. 41, comma 6, del D.lgs. n. 33/2013 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 all'Ospedale Privato 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 16: NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

L'Azienda UsI di Modena e l'Ospedale Privato si 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 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 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. 17: ADESIONE AL FLUSSO GrAp GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE

In caso di possesso di grandi apparecchiature sanitarie, l'Ospedale Privato aderisce al "Flusso GrAp" (Grandi Apparecchiature Sanitarie) in ottemperanza a quanto previsto dal DM 22.04.2014 e si impegna, contestualmente alla sottoscrizione del

presente contratto, a ottemperare a quanto previsto in ordine all'obbligo informativo di cui alla nota della Direzione Generale Cura alla Persona, Salute e Welfare prot. 06879/21 del 29.01.2021. La Regione Emilia Romagna è tenuta alla verifica, da parte del Comitato LEA, degli adempimenti previsti dall'art. 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23/03/2005 in merito al monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie.

ART 18: EFFICACIA E VALIDITA'

La validità della parte normativa e della parte economica e prestazionale del presente contratto è stabilita in due anni e decorre dal 01/01/2021 al 31/12/2022, fatta salva la necessità di procedere a modifiche in conseguenza di nuove e diverse disposizioni normative o programmatiche, nazionali, regionali o locali, ove non automaticamente applicabili.

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 31/12/2022, si conviene, per garantire senza soluzione di continuità l'attività assistenziale, che il presente contratto continui ad esplicare la propria efficacia fino al 30/06/2023 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 dell'Ospedale Privato. L'Azienda USL, inoltre, si riserva la facoltà di recesso immediato dal contratto nel caso in cui, nella gestione e proprietà dell'Ospedale Privato, vengano accertate infiltrazioni mafiose da parte della Prefettura.

ART 19: FORO COMPETENTE

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

ART 20: 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 parte privata.

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 21: 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 e locali in vigore precisando che verranno applicate di diritto tutte le disposizioni normative, nazionali e regionali che dovessero intervenire nel corso di esecuzione del contratto.

ART 22: CLAUSOLE VESSATORIE

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e seguenti del codice civile, l'Ospedale Privato dichiara di avere preso attenta visione e di accettare espressamente la clausola riferita dell'articolo 15 "Incompatibilità, altri obblighi e clausola risolutiva espressa", dell'articolo 18 "Efficacia e validità" e dell'articolo 19 "Foro competente" del presente contratto.

La parte contraente che accetta:-KOS CARE S.r.l – Villa Rosa

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.

La Direttrice Generale

Il Legale Rappresentante

Azienda USL di Modena

KOS CARE S.r.l – Villa Rosa

Dott.ssa Anna Maria Petrini

Dott. Enrico Brizioli

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

Importo bollo € 144