

**CONTRATTO TRA L'AZIENDA USL DI MODENA E L'OSPEDALE PRIVATO
ACCREDITATO CASA DI CURA PROF FOGLIANI S.R.L. PER L'ACQUISIZIONE
DI PRESTAZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA E DI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE – ANNO 2022 - 2023**

Considerato:

- che il Decreto Legislativo n. 502 del 30.12.1992 (D. lgs.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. 19/06/1999, n.229, 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 dell'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 e 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 di 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";

- 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;

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 per la regolamentazione dei rapporti finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere (Prot. N. RP/2019/630 del 21.11.2019) - sottoscritto il 20 novembre 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;

TRA

L'Azienda Unità Sanitaria Locale, con sede in Modena, Via San Giovanni del Cantone n. 23, C.F. 02241850367, 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 "Casa di Cura Prof. Fogliani S.r.l.", accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale (di seguito denominato anche "l'Ospedale privato"), con sede legale in Modena, Via Lana n. 1, Partita IVA 00681310363, nella persona del Dott. Alessandro Tripoli, nato a Modena il 08/10/1985 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 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 Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna n. 15368 del 30/12/2010, n. 1836 del 21/02/2011, n. 4710 del 30/3/2017 e n. 19472 del 5/11/2020, 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;

- dichiara, con la sottoscrizione del presente contratto, di accettare il sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie secondo le tariffe della Regione Emilia-Romagna.

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.

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.

Ferma restando la possibilità, in corso d'anno, di riduzione o incremento 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.

ART. 2 DEGENZA

BUDGET DEGENZA

Descrizione	Budget 2022
Chirurgia ortopedica (AIOP)	3.626.310,78
Progetto speciale ortopedia (FONDI USL)	69.422,13
Totale Budget AIOP	3.626.310,78
Totale Budget DEGENZA	3.695.732,91

In particolare si specifica che:

- il sottobudget relativo alla chirurgia ortopedica comprende anche i tunnel carpal; - limitatamente ai trattamenti sanitari riabilitativi conseguenti agli interventi di protesi ortopediche, l'Ospedale privato può accettare il trasferimento dei pazienti da parte delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate della provincia di Modena utilizzando la modulistica appositamente concordata;
- tutte le prestazioni di specialistica, compresi i tunnel carpal e cataratte, vanno inserite nel flusso ASA e seguono la relativa normativa vigente: nello specifico il budget va inteso al lordo del ticket (se previsto) e sulle stesse si applica lo sconto previsto dalla normativa nazionale (ove applicabile sul piano giurisprudenziale) e/o negoziale.

L'Ospedale privato, salvo quanto qui diversamente espresso, potrà erogare prestazioni sanitarie fino al volume annuale risultante dal contratto, dall'Accordo

regionale per la spedalità privata e delle eventuali relative penalizzazioni o compensazioni, secondo la disciplina prevista dall'Accordo Regionale su base Aziendale e Provinciale.

Il superamento del budget finanziato dai Fondi USL (ortopedia e cataratte) non è consentito.

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 Dlgs 502/1992 e ss.mm.ii. 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 valore economico, anche se prodotte dall'Ospedale privato nell'ambito della propria autonomia imprenditoriale e nel rispetto del generale principio della non pervasività. L'Ospedale privato, si impegna a distribuire l'attività concordata su tutto l'arco temporale di validità del contratto. A norma dell'art. 3 comma 8 della legge 23/12/94 n. 724, le liste di attesa per le diverse prestazioni erogate sono poste sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario della struttura e correttamente tenute in termini di regolarità e trasparenza secondo i criteri di priorità clinica e cronologica di cui alla normativa regionale vigente.

Si precisa che:

- i cittadini stranieri iscritti all'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; 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.

ART. 3: REQUISITI DI QUALITA' E MODALITA' DI ASSISTENZA

L'Ospedale privato dovrà svolgere la propria attività nel rispetto dei criteri di accesso, efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa previsti dalla normativa nazionale e regionale, impegnandosi altresì a rispettare i requisiti prescritti in materia igienico-sanitaria, protezionistica, di sicurezza strutturale, ambientale, tecnologica, di professionalità e di qualità globale. L'attività contrattata sarà, infatti, immediatamente sospesa anche parzialmente, limitatamente ai reparti e/o alle porzioni di attività coinvolte dalle non conformità di cui sopra, nel caso di accertate e comprovate gravi carenze professionali e tecnologiche che possano pregiudicare la sicurezza degli assistiti.

In particolare si impegna:

- in ottemperanza ai criteri di programmazione sanitaria e alle norme sull'accreditamento delle strutture, a non superare il 100% di occupazione dei posti letto autorizzati e accreditati salvo casi eccezionali e debitamente giustificati che dovranno essere comunque espressamente autorizzati dalla Direzione dell'Azienda USL;

- ad ottemperare alla normativa regionale vigente in materia di SDO e in particolare all'obbligo di indicazione della data di prenotazione del ricovero nella totalità dei casi e comunque alla corretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e di ogni altra documentazione informativa ritenuta necessaria agli effetti della linearità e trasparenza delle attività sanitarie e amministrative connesse al ricovero, compresa la separata indicazione dei codici dei reparti;

- ad aderire ai protocolli di continuità assistenziale vigenti presso l'Azienda USL di Modena, sia in fase di accettazione del ricovero che di dimissione ospedaliera,

consentendo l'effettiva integrazione tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali.

L'Ospedale privato garantisce in particolare, la dimissione protetta di pazienti in condizioni di criticità personale, familiare o sociale. E al fine di evitare il prolungamento dei ricoveri anche quando la stabilizzazione del quadro clinico permetterebbe il passaggio ad un diverso livello assistenziale, si impegna altresì a segnalare tempestivamente, sin dall'ingresso in struttura, quelle situazioni nelle quali alla luce delle condizioni cliniche e sociali, siano prevedibili criticità alla dimissione.

L'Ospedale privato svolgerà un ruolo attivo nella revisione dei protocolli con i Distretti sanitari dell'Azienda USL di Modena fino a giungere alla formalizzazione degli stessi.

Si impegna altresì, unitamente all'Azienda USL, a pervenire ad una revisione dell'attuale protocollo per la lungodegenza e riabilitazione estensiva;

- alla prescrizione diretta sull'apposita modulistica, delle attività pre e post ricovero, rientranti nella valorizzazione economico-tariffaria del relativo D.R.G. ai sensi dell'art.

1, comma 18 della L. 23/12/96 n. 662;

- ad aderire e, eventualmente, a collaborare alla formulazione di linee guida e percorsi terapeutici nella prescrizione farmaceutica, sia nella fase di degenza che di dimissione, finalizzati, tra l'altro, al contenimento della spesa farmaceutica territoriale entro i limiti prescritti dalla normativa vigente. L'Ospedale privato si attiverà affinché concordemente e coerentemente agli altri presidi ospedalieri dell'Azienda USL ed agli altri erogatori pubblici e privati, nella lettera di dimissione ospedaliera e nei referti di specialistica ambulatoriale, siano formulate terapie indicando il principio attivo in luogo del nome commerciale del farmaco, nel rispetto delle note AIFA e dei contenuti del Prontuario Terapeutico AVEN;

- a rispettare i criteri provinciali per l'assegnazione della classe di priorità;

- ad aderire al progetto regionale di gestione informatizzata delle liste di attesa dei

ricoveri (SIGLA) richiamando, inoltre, la necessità di dare realizzazione alle indicazioni regionali relative alla prioritizzazione dei ricoveri;

- a porre in essere, tramite la propria capacità imprenditoriale, ogni strumento utile e necessario al recupero della mobilità sanitaria passiva infraregionale ed extraregionale esistente in provincia di Modena. L'Ospedale privato si impegna, altresì, anche attraverso i propri professionisti, a non alimentare la mobilità territoriale.

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 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.

- Riabilitazione estensiva (cod.60).

L'accesso alla riabilitazione estensiva è prioritario per i pazienti provenienti dagli ospedali pubblici provinciali nel rispetto del volume di prestazioni concordato contrattualmente.

Se le strutture provinciali modenesi non invieranno pazienti in lungodegenza/riabilitazione estensiva, la quota di budget AIOP potrà essere utilizzata per prestazioni di ortopedia.

PROGETTO RECUPERO MOBILITA'

Le parti convengono che, per l'anno 2022, il progetto per il contenimento della mobilità passiva con contestuale riduzione dei tempi d'attesa interesserà l'ambito oculistico, ortopedico e della diagnostica RM secondo i volumi e gli importi dei budget straordinari massimi, riportati nello schema seguente:

Progetto recupero mobilità passiva e contenimento tempi d'attesa

disciplina/prestazione/ note	volumi	budget straordinario per il contenimento della mobilità per ricovero (e riduzione dei tempi attesa)	budget straordinario per il contenimento della mobilità per specialistica ambulatoriale (e riduzione dei tempi attesa)
		Anno 2022	Anno 2022
Ortopedia	n. 50 ATA (con applicazione sconto del 7,5%)	€ 442.305	
Oculistica recupero mobilità Veneto per intervento di cataratta	n. 350		€ 330.000
Visite oculistiche	n. 2500		€ 50.000
Diagnostica pesante (RM) per recupero passiva extraRER (sconto del 10%)			€ 50.000
TOTALE		€ 442.305	€ 430.000

Le parti danno atto che è stato introdotto un meccanismo, a salvaguardia dell'Azienda USL di Modena, rispetto alla buona riuscita complessiva del progetto di contenimento della mobilità verso il Veneto, per quanto attiene l'intervento di cataratta. Al fine di dare corretta applicazione a questo meccanismo di salvaguardia del progetto, si prevede un riconoscimento economico mensile in acconto pari all'80% del fatturato e un successivo conguaglio del restante 20% subordinato al raggiungimento dell'obiettivo di contenimento/azzeramento della mobilità collegato al professionista interessato.

Vista la difficoltà nel reperire i dati sul numero di interventi eseguiti presso la struttura fuori regione, si conviene sull'utilizzo di una dichiarazione da far sottoscrivere al professionista che si impegna con l'Ospedale privato in esclusiva garantendo alla

stessa un controllo diretto sul proprio operato. L'Ospedale privato si impegna ad inviare mensilmente in allegato alla fattura il n. di interventi eseguiti dal professionista (sia presso CdC Fogliani che presso Occhiobello) così da assicurare il monitoraggio in tempo reale dell'operazione e procedere a chiusura d'anno all'applicazione della penalizzazione sul numero di interventi eseguiti impropriamente dal professionista.

Per tale ragione, se la produzione oculistica per l'intervento di cataratta, effettuata dallo specialista che storicamente garantiva l'attività su modenesi presso la struttura di Occhiobello, non rispetterà l'azzeramento previsto, l'Ospedale privato si impegna a rimborsare l'Azienda USL secondo lo schema che prevede la progressiva penalizzazione della produzione all'aumento del numero dei casi modenesi trattati presso la struttura di Occhiobello.

La decurtazione sarà applicata sul saldo del 20% delle prestazioni fatturate in acconto. Il valore della penalità da applicare sarà pari al prodotto tra numero di casi operati dal professionista presso la struttura di Occhiobello e rispettiva tariffa applicata nella regione di esecuzione dell'intervento, fino a concorrere al tetto massimo di € 66.000. Il superamento di tale tetto comporterà, oltre al non riconoscimento del restante 20%, anche il mancato rinnovo del progetto, a seguito del mancato contenimento dei flussi di mobilità passiva.

Analogamente a quanto applicato ad altre strutture coinvolte nel progetto di recupero della mobilità ortopedica, viene previsto uno sconto pari al 7,5% sulla valorizzazione dei DRG di impianto di protesi.

Per quanto concerne il recupero della mobilità per la diagnostica pesante (RM), verrà applicato lo sconto del 10% sulla valorizzazione tariffaria delle prestazioni (budget straordinario di € 50.000) della suddetta attività, in analogia con l'attività ordinaria.

Resta inteso che tutta l'attività erogata dovrà essere rendicontata nelle specifiche

banche dati regionali e dovrà essere addebitata con fattura separata riportante la descrizione delle specifiche commesse oggetto della presente nota, nello specifico "Progetto recupero mobilità".

ART. 4: 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 Nucleo Aziendale Controlli (NAC) che svolge un ruolo di "governance" dell'intero sistema di controllo dei ricoveri 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 anti economico o opportunistico delle risorse mediante controlli sulla corretta codifica delle prestazioni 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, di presa in carico, di trasferimento e di dimissione con quanto previsto dai protocolli e dai PDTA provinciali con particolare attenzione a garantire la omogeneità dei comportamenti ai fini della equità e la continuità terapeutica in un'ottica di integrazione di ospedale-territorio;
- appropriatezza clinica secondo le indicazioni della DGR 354/2012 e dei Piani di

Controllo Regionali via via elaborati.

- 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 determinate;

- 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 limitatamente alla parte eccedente le risorse messe a disposizione o la sommatoria delle tariffe ambulatoriali, come chiarito nella DGR 354/2012 nella parte relativa alla necessità di un pur ridotto riconoscimento economico e la opportunità di preventivi accordi economici locali.

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.

ART. 5: SPECIALISTICA

BUDGET E TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI

Relativamente al 2022 e 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:

PRE STAZIONI SPECIALISTICHE ANNO 2022	ANNO 2022				
	CODICI	BUDGET ORDINARIO	BUDGET GARANZIA ORDINARIA	BUDGET STRAORDINARIO	
				EXTRA-ORDINARIO	EXTRA-GARANZIA
OCULISTICA (le prestazioni in garanzia sono esclusivamente quelle corrispondenti al cod. reg. 95.02: visita oculistica)	95.02, 95.01, 89.01.D, 08.01, 08.21, 08.23, 09.41, 09.42, 98.21	75.000,00	12.837,39	50.000,00	
ORTOPEDIA	89.7B.7, 89.01.G, 81.92	75.850,51		5.276,17	
ECOGRAFIE (le prestazioni di ecografie mammarie non possono 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, 88.71.4	12.366,04	11.000,00		
ECO CAPO E COLLO				3.758,30	
ECOCARDIOGRAFIA				6.336,40	
ECODOPPLER		15.000,00		5.654,32	
RADIOLOGICA	vedi tabella Radiologia allegata	110.000,00			
VISITE OTORINOLARINGOIATRICHE	89.7B.8, 89.01.H, 95.52	23.780,51			
TEST FUNZ. VE STIBOLARE	95.44.1				
AUDIOMETRIE	95.41.1 - 95.41.2			5.749,59	
IMPENDIOMETRIE	95.42				
VISITE OCULISTICHE					3.000,00
VISITE NEUROCHIRURGICHE				13.730,50	
ECOGRAFIE ADDOMINALI					5.000,00
RM MUSCOLOSCELETRICHE	88.94.1, 88.94.2	200.000,00			
RM NEURO	88.91.1, 88.91.2, 88.91.3, 88.91.4, 88.91.5, 88.93, 88.93.1	25.000,00		50.000,00	
DERMATOLOGIA	89.7A.7, 89.01.7, 86.30.1, 86.30.2, 86.30.3	20.119,40			
CARDIOLOGIA (le prestazioni in garanzia sono esclusivamente quelle corrispondenti al cod. reg. 89.7A.3 - 89.52: visita cardiologica + ECG)	89.7A.3, 89.01.3, 89.52, 88.72.3	38.256,67	18.373,33		1.500,00
TC CAPO E RACHIDE	88.38.1, 88.90.3, 88.38.2, 87.03, 87.03.1			80.000,00	
TC ADDOME, TORACE E BACINO	88.01.1, 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5, 88.01.6, 87.41, 87.41.1, 88.38.5				
CONTROLLI E PRE STAZIONI DI PRE SA 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				1.750,00	
TOTALE COMPLESSIVO	869.339,12	595.373,13	42.210,72	222.255,28	9.500,00

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;
- 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 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, 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 (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. 6: 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 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 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;
- budget straordinario.

b) l'utilizzo di un'unica agenda di prenotazione per TAC eseguite con e senza metodo di contrasto e un'unica agenda di prenotazione per RM, eseguite con e senza metodo di contrasto;

c) limitatamente al budget ordinario, la costante disponibilità delle agende di prenotazione 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 dell'Ospedale privato, 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 dall'Ospedale privato stesso. 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 dell'Azienda USL. L'Ospedale privato 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. 7: 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. 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 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 l'Ospedale privato, 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.

- 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 dell'Ospedale privato, per il completamento dell'iter diagnostico, dovrà effettuare anche le sottoelencate prestazioni, se rivelatesi necessarie a seguito della visita e se accreditate, utilizzando, a tal proposito, il modulo DEBURO o eventuale altra modulistica prevista dalla regione, 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 alle prestazioni di asportazione di xantelasma
- cod. 98.21 rimozione manuale di ciglia
- 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, possa essere detratta la commessa relativa alla branca interessata o riconvertita previa valutazione congiunta delle parti.

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 dell'Ospedale privato 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.

- Visite Dermatologiche

E' prevista l'esecuzione, da parte dell'Ospedale privato, di prime visite di dermatologia (89.7A.7) e di visite di controllo (89.01.7).

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

- cod. 86.30.1 asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo mediante crioterapia con azoto liquido
- cod. 86.30.3 asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo mediante cauterizzazione o folgorazione.

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 tutte le prestazioni sopra descritte, possa essere detratta la commessa relativa alla branca interessata o riconvertita previa valutazione congiunta delle parti.

- Visite Otorinolaringoiatriche

E' prevista l'esecuzione, da parte dell'Ospedale privato, di prime visite di otorinolaringoiatria (89.7B.8) e di visite di controllo (89.01.H).

Lo specialista dell'Ospedale privato, per il completamento dell'iter diagnostico, dovrà

effettuare anche la prestazione corrispondente al codice del nomenclatore regionale 96.52 (irrigazione dell'orecchio - irrigazione con rimozione di cerume), se rivelatasi necessaria a seguito della visita e se accreditate, utilizzando, a tal proposito, il modulo DEBURO o eventuale altra modulistica prevista dalla regione, specificamente predisposto per le prestazioni aggiuntive sottolineando che la stessa si intende compresa nel budget assegnato alla branca di otorinolaringoiatria. 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 tutte le prestazioni sopra descritte possa essere detratta la commessa relativa alla branca interessata o riconvertita previa valutazione congiunta delle parti.

- Prestazioni di ortopedia

E' prevista l'esecuzione, da parte dell'Ospedale privato, di prime visite di ortopedia (89.7B.7) e di visite di controllo (89.01.G)

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

Le prestazioni corrispondenti ai codici regionali 81.92 e 81.91 non dovranno superare il 25% del sotto-budget di ortopedia su base annua. 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 la prestazioni corrispondenti ai codici 81.92 e 81.91, possa essere detratta la commessa relativa alla branca interessata o riconvertita previa valutazione congiunta delle parti.

ART. 8: 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. 9: MODALITA' DI FATTURAZIONE E REMUNERAZIONE

L'Azienda USL liquiderà all'Ospedale privato solo le prestazioni validate nei relativi flussi regionali (SDO e 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 ed il rispetto del budget avverrà per riduzione della remunerazione tariffaria (budget fisso tariffa variabile), così come previsto nell'accordo regionale vigente e secondo la disciplina negoziale regionale vigente in tema di compensazioni a livello provinciale sia per le degenze che per l'ambulatoriale. 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. L'eliminazione dello sconto viene, inoltre, applicata a: 89.41 - T. CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - 89.42 - T. DA SFORZO DUE GRADINI MASTERS - 89.43 - T. CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - 89.44 - ALTRI T. CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - 89.44.1 - PRV DA SFORZO CARORESPIRATORIO - 89.44.2 - T. CAMMINO;

- per tutte le RM si applica lo sconto del 10% sulle tariffe previste dal nomenclatore regionale;
- per l'intervento di tunnel carpale eseguito in contemporanea con l'intervento di dito a scatto, si pattuisce la tariffa complessiva di € 1.299,00 coerentemente con quanto stabilito dalla nota di trasmissione della DGR 1108/2011 (prot. n. PG/2011/233214) in base alla quale "qualora un intervento di chirurgia ambulatoriale venga eseguito contemporaneamente ad un altro (es. intervento di tunnel carpale e intervento per dito a scatto) con percorso pre e post operatorio comune, sarà opportuno prevedere all'interno dei contratti di fornitura abbattimenti tariffari in ragione di tale evenienza". Si precisa che, ai fini di un corretto inserimento dei dati nel flusso ASA, le prestazioni andranno inserite in modo separato con i relativi sconti.

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). In presenza di controdeduzioni da parte della struttura si avvieranno i procedimenti previsti dalla DGR 354/2012 e dall'Accordo Regionale in maniera integrata, fino all'eventuale procedimento arbitrale.

- Prestazioni da fatturare in separata evidenza

Saranno oggetto a una distinta fatturazione le prestazioni:

- di chirurgia ambulatoriale;
- 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;
- budget straordinario e commessa straordinaria.

ART. 10: 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.11: INCOMPATIBILITA' - ALTRI OBBLIGHI - 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 con cadenza semestrale ogni qualvolta si verifichino modifiche in seno all'organico, l'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. A questo fine hanno piena validità le dichiarazioni sostitutive e liberatorie rilasciate dai medici sul loro stato di assenza di

incompatibilità, come previsto dal vigente Accordo Regionale.

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. 12: NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

L'Azienda USL 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 ss.mm.ii.) 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 UsI di Modena, quest'ultima resta unico Titolare del trattamento, provvedendo a designare con atto separato 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. 13: 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 della 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. 14: EFFICACIA E VALIDITA'

La validità della parte normativa del presente contratto è stabilita in due anni e decorre dal 01/01/2022 al 31/12/2023, 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.

Le previsioni di ordine economico e prestazionale hanno, invece, validità annuale e potranno essere rinnovate per l'anno successivo anche con mero scambio di corrispondenza. 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 31/12/2023, si conviene, per garantire senza soluzione di continuità l'attività assistenziale, che il presente contratto continui ad esplicare la propria efficacia fino al 30/06/2024 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 del contratto è condizionata dalla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura Privata. 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.

L'Azienda USL si riserva altresì il diritto di recedere dal presente contratto in qualsiasi momento, dando alla Struttura Privata preavviso scritto di almeno 20 (venti)

giorni, a mezzo PEC. In caso di recesso, l'Azienda USL provvederà al pagamento delle prestazioni eseguite fino alla data di efficacia del recesso.

ART. 15: FORO COMPETENTE

Per tutte le controversie inerenti l'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. 16: 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'Azienda USL 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 17: 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. 18: CLAUSOLE VESSATORIE

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e seguenti del codice civile, l'Ospedale privato dichiara di avere preso attenta visione e di accettare espressamente l'articolo 11 "Incompatibilità, altri obblighi e clausola risolutiva espressa", l'articolo 14 "Efficacia e validità" e l'articolo 15 "Foro competente" del presente contratto.

La parte contraente che accetta: Casa di Cura Prof. Fogliani S.r.l.

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.

Il Direttore Generale

Il Legale Rappresentante

Azienda USL di Modena

Casa di Cura

Dott.ssa Anna Maria Petrini

Prof. Fogliani S.r.l.

(firmato digitalmente)

Dott. Alessandro Tripoli

(firmato digitalmente)

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

Importo bollo € 144,00