

**CONTRATTO DI FORNITURA PRESTAZIONI SANITARIE DI DEGENZA
OSPEDALIERA E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE TRA L'AZIENDA USL DI
MODENA E L'OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO "HESPERIA HOSPITAL
MODENA S.R.L." – ANNO 2022**

Premesso che la presente convenzione è redatta in un unico esemplare informatico.

Considerato che:

- il Decreto Legislativo 502/92 (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;

- 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;

- 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;

Considerato inoltre che:

- la legge regionale n. 29/2004, e ss.mm.ii., ha dettato le "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale";

- la legge regionale n. 22/2019, recante “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”, ha modificato e aggiornato la disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento, in coerenza con il D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii;

- la Regione Emilia Romagna, con Delibera 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 di tali 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;

Richiamati:

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 4 del 11/01/2017 recante “Approvazione dell'accordo quadro di regolamentazione dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna e Hesperia Hospital Modena S.p.A. per la fornitura di prestazioni erogate nel triennio 2016-2018”;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1821 del 07/12/2020 recante “Approvazione del protocollo d’intesa tra Regione Emilia-Romagna ed Hesperia Hospital S.p.A per la regolamentazione dei rapporti finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere – 2020”;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 1145 del 11/07/2022 recante “Approvazione dello schema di protocollo di intesa tra Regione Emilia Romagna e l'Associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOP) Sezione Emilia-Romagna per il recupero delle liste d'attesa”, nella quale si fa riferimento alla nota n. prot. 0597226.U

del 1 Luglio 2022 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare con cui è stata informata la struttura privata Hesperia Hospital del contenuto del suddetto protocollo di intesa e comunicato che le condizioni previste nel protocollo trovano applicazione anche per Hesperia Hospital S.r.l.;

- 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;

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 "Hesperia Hospital Modena S.r.l.", di seguito denominato anche "Ospedale privato", con sede legale in Modena, Via Arquà n. 80/A, Partita IVA 01049620360 nella persona del Dott. Gianni Belletti, nato a Bagnocavallo (RA) il 06/10/1966, nella sua qualità di legale rappresentante.

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

REQUISITI DI LEGITTIMAZIONE CONTRATTUALE

L'Ospedale privato accreditato Hesperia Hospital Modena S.r.l. è legittimato alla stipula del presente contratto in quanto:

- in possesso di autorizzazione sanitaria all'esercizio delle attività contrattate;
- accreditato istituzionalmente da ultimo con determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione della Regione Emilia n.16926 del

28/12/2011, ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente;

- le attività contrattate sono funzionali alle scelte di programmazione regionale;

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 o comunque 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 sanitarie oggetto di contrattazione e la relativa valorizzazione economica vengono definiti negli articoli che seguono.

Hesperia Hospital - degenza 2022

Prestazione	Budget 2022
Chirurgia Ortopedica	1.032.348,00
Chirurgia Urologica	825.180,00
Chirurgia ambulatoriale oculistica - cataratte	230.000,00
Chirurgia ambulatoriale oculistica - altra chirurgia	10.000,00
Specialistica ambulatoriale	181.560,00
Totale B.S	2.279.088,00
Chirurgia ambulatoriale oculistica - cataratte unimore	350.000,00
Degenza oculistica - unimore	20.000,00
Totale accordo Unimore	370.000,00

In particolare, si specifica che:

- 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'art.

4.1.1- Non alta specialità - della DGR 4/2017;

- l'Ospedale Privato, previa autorizzazione scritta da parte dell'Azienda USL di Modena e comunque nel rispetto del tetto fissato per il budget di bassa specialità dalla sopra citata DGR 4/2017, potrà compensare tra loro i sotto budget afferenti a Ortopedia e Urologia;

- Il budget fissato nel presente accordo è comprensivo delle eventuali variazioni tariffarie regionali, coerentemente con l'art. 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis del D.Lgs 502/1992 e ss.mm.ii. e degli invii diretti da pubblico;

- Il sotto-budget relativo agli interventi di ortopedia comprende gli interventi di tunnel carpale e anche altri interventi di chirurgia ambulatoriale maggiore;

- Le artrodesi, corrispondenti al DRG 546, saranno remunerate, in linea con il validato regionale, secondo la tariffa prevista per gli Ospedali in fascia A2 e non rientrano nel budget di cui sopra;

- Il setting corretto per l'esecuzione delle prestazioni relative al mapping prostatico è il regime ambulatoriale, tuttavia, non essendo prevista una codifica ambulatoriale, si ritiene di concordare una tariffa scontata fissata in euro 900,00 per ogni caso trattato corrispondente ai DRG 344 e 345, con mpr di biopsia del tessuto periprostatico (mpr 60.15);

- Il sotto-budget relativo alla chirurgia oculistica, dovrà essere utilizzato prevalentemente per le cataratte;

- Tutte le prestazioni di specialistica, comprese le prestazioni di cataratta e di tunnel carpale e di chirurgia ambulatoriale maggiore, vanno inserite nel flusso ASA e seguono la relativa normativa vigente; il budget va inteso al lordo del ticket (se dovuto) e sulle stesse si applica lo sconto previsto dalla normativa nazionale e dal

contratto di fornitura di prestazioni specialistiche in vigore;

- Limitatamente ai trattamenti sanitari riabilitativi conseguenti agli interventi di protesi ortopediche, l'Ospedale privato, non essendo dotata di posti letto di riabilitazione ortopedica, può trasferire il paziente presso le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate della provincia di Modena al fine di garantire continuità assistenziale al paziente;

- Dovranno essere dettagliate in cartella le motivazioni cliniche sottese al ricovero nella giornata precedente l'esecuzione della procedura indipendentemente dalla residenza del paziente;

- 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.

- Determinazione economica di Alta Specialità.

Il budget regionale di alta specialità di cui alla DGR 4/2017 è soggetto al principio del budget fisso /tariffa variabile, pertanto, 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).

TAVI

Per l'anno 2022, l'Ospedale privato potrà erogare come commessa aggiuntiva rispetto al budget di alta specialità previsto nella DGR n.4/2017, n.33 interventi di TAVI inviati dai cardiologi della rete ospedaliera pubblica provinciale o dai cardiologi

dell'Ospedale privato, previa valutazione congiunta all'interno dell'Heart Team provinciale, documentata da specifica modulistica in uso.

L'importo massimo è fissato in € 1.010.922, commisurato sulla tariffa regionale.

Le eventuali TAVI effettuate in numero maggiore rispetto alle 33 commissionate in questo contratto, si intendono ricomprese nel budget di alta specialità regionale (DGR 4/2017).

ART. 2: 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, 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, si impegna 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;

- 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.

- alla riduzione dei ricoveri ripetuti (con finestra temporale 0-1 giorno; 2 – 7 giorni) e dei ricoveri medici brevi (< 4 giorni in D.O. e < 4 accessi in DH) realizzati nei 15 gg. precedenti a ricoveri chirurgici in coerenza con la normativa regionale vigente;

- 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.

CHIRURGIA OCULISTICA – ACCORDO UNIMORE

Tenuto conto di quanto sottoscritto nell'accordo tra l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (UNIMORE) e Hesperia Hospital Modena S.r.l., l'attività assistenziale affidata al Dott. Cavallini Gian Maria, ex D.Lgs. 517/99, si svolgerà presso l'Unità operativa di Oculistica afferente al dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Hesperia

Hospital S.r.l., utilizzando le risorse strumentali logistiche e umane già presenti nella detta struttura.

ART. 3: 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..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, e, in particolare, al Protocollo Provinciale Controlli già condiviso tra le parti e in corso di formale definizione.

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 determinazioni;

- 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 inappropriatezza 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.

ART. 4 TRASPORTI SANITARI SECONDARI

Le parti convengono che gli oneri economici per i trasporti sanitari secondari dovranno essere gestiti secondo quanto previsto dal "Regolamento interaziendale oneri trasporti sanitari secondari" del 02/09/2022 sottoscritto da AUSL di Modena, Ospedale di Sassuolo S.p.A. e Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena, che si intende qui integralmente richiamato.

ART. 5: SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BUDGET E TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI

Relativamente al 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
HESPERIA HOSPITAL**

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ANNO 2022	ANNO 2022				
	CODICE REGIONALE	BUDGET ORDINARIO	BUDGET GARANZIA ORDINARIA	BUDGET STRAORDINARIO	
				EXTRA-ORDINARIO	EXTRA-GARANZIA
MAMMOGRAFIA BILATERALE	87.37.1	50.000,00			
ECOGRAFIE MAMMARIE	88.73.1, 88.73.2, 85.11.1			3.604,65	
CARDIOLOGIA (VISITA+ECG) non urgenti	89.7A.3 - 89.52 - 89.48.1	56.036,67	473,33		
CARDIOLOGIA (VISITA+ECG) urgenti	89.7A.3 a 89.52, 89.43	7.241,22			
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	88.72.3	85.000,00		10.199,00	
HOLTER	89.50	35.000,00		8.636,60	
TFST DA SFORZO	89.41, 89.43	22.000,00		1.953,00	
CHIRURGIA VA SCOLARE VISITE	89.7A.6, 89.01.5	10.000,00		2.737,00	
ECODOPPLER	88.73.5, 88.77.1, 88.77.2, 88.76.1	17.500,00		5.654,32	
SPIROMETRIA	89.37.1	1.600,00		195,30	
ECO CAPO E COLLO	88.71.4	8.850,00		3.242,05	
COLONSCOPIE	45.23, 45.25, 45.42, 91.41.3, 91.41.4, 91.42.1, 91.42.2	111.780,00		76.650,00	
GASTROSCOPIA	45.13, 45.16	31.780,00		39.175,50	
DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X (MOC) (8)	88.99.2	20.956,04			
VISITE OCULISTICHE	95.02, 95.01, 89.01.D, 08.01, 08.21, 08.23, 09.41, 09.42, 98.21	75.776,95	5.000,00		
CAMPI VISIVI COMP.	95.05	19.700,00			
OCT	95.12	77.500,00			
VISITE UROLOGICHE	89.7C.2, 89.01.C	35.000,00		9.894,50	
ESAME FERRITINICO INVASIVO (in autogestione)	57.39.2	5.000,00			
CISTOSCOPIE	57.32, 57.33	7.500,00			
UROGRAFIE	87.77, 87.76, 87.73, 87.76.1, 07.79.1	4.500,00			
F LUSOMETRIA (in autogestione)	89.24	5.000,00			
VISITE OTORINOLARINGOIATRICHE	89.7B.8, 89.01.H, 96.52	15.066,67	10.000,00		9.000,00
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	95.41.1	13.301,00		5.749,59	
ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	95.41.2				
IMPEPENZIOMETRIE	95.42	4.623,00			
TC CAPO E RACHIDE	00.30.1, 00.90.3, 00.30.2, 87.03, 87.03.1	89.000,00		11.764,90	
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, 89.39.5	100.000,00		20.105,19	
ANGIO-TC E FLEBOGRAFIA	00.01.6, 00.30.7, 00.63.2, 88.65.3, 88.66.1, 88.66.2, 88.63.1, 88.65.1	5.044,55			
RM DELLA COLONNA	88.93, 88.93.1	80.000,00		90.419,00	
RM DEL CERVELLO E DEL TRONCO	88.91.1 - 88.91.2 - 88.91.5 - 88.91.4 - 88.91.3	183.917,16	60.000,00		169.000,00
RM DEL MASSICCIO FACIALE	88.91.3-88.91.4				
CARDIOCHIRURGIA VISITE (accesso diretto)	89.7	1.127,00			
SCINTIGRAFIE (miocardica, tiroidea, ossea, polmonare, renale)	92.15.3-92.09.2-92.01.2-92.18.2 - 92.15.1 - 92.03.3 - 92.05.1	11.760,00			
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				1.750,00	
TOTALE COMPLESSIVO	1.735.664,18	1.191.460,25	75.473,33	291.730,60	177.000,00
di cui su budget di eggenza: 101.560,00					

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.

Resta inteso che il budget si intende al lordo del ticket (se dovuto) e al netto degli sconti (se applicabili).

- Budget ordinario: aspetti specifici

Relativamente al budget ordinario, la struttura privata 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 la struttura privata, 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.

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, 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 in altre 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 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;
- 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 alla struttura, al fine di garantire un governo dell'offerta senza soluzione di continuità, l'Azienda USL, salvo diversa comunicazione da parte della struttura accreditata, in caso di mancata presentazione/proiezione delle agende, 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. Qualora, a causa di eventi eccezionali (es. mancato funzionamento strumentazione diagnostica, assenza per sciopero o prolungata dei professionisti, chiusura non preventivabile degli spazi ...), l'Ospedale privato deve darne comunicazione all'Azienda USL di Modena appena ne venga a conoscenza, mediante invio di PEC e contatto telefonico. In ogni caso, l'Ospedale privato dovrà farsi carico di individuare ogni possibile soluzione volta a garantire la presa in carico dei pazienti già prenotati e dei futuri fino alla completa soluzione dell'evento e al regolare ripristino delle attività. Resta inteso che tali azioni dovranno essere preventivamente autorizzate dall'Azienda USL di Modena.

L'Ospedale privato si impegna all'adozione di un modello informatizzato di invio dei

calendari secondo le indicazioni che verranno fornite dall'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. 6: SPECIFICITA' DI ALCUNE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

- Prestazioni urgenti B

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

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

privata accreditata sul sistema CUP per una corretta gestione amministrativa della

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 (UOTC)	
RM ADDOME INFERIORE (NON PROSTATA)	
RM ADDOME SUPERIORE	
RM MUSCOLO-SCHELETRICA	

prenotazione.

- Prestazioni urgenti B in accesso diretto

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

Operativamente, qualora non vi siano disponibilità sul sistema dell'offerta, il cittadino può contattare direttamente l'Ospedale privato al numero 059449385, nei giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 14:00 alle ore 19:00 e il sabato dalle ore 08:00 alle ore 12:00. L'Ospedale privato è tenuto a fornire un appuntamento entro 10 giorni dal contatto con il cittadino. La prenotazione deve essere effettuata utilizzando il gestionale aziendale CUPises.

L'attivazione di tale percorso verrà valutata ogni anno dall'Azienda USL e dall'Ospedale privato sulla base delle rispettive esigenze e dall'effettiva buona riuscita del percorso.

- Visite di controllo

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

- Tac e Risonanze Magnetiche

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

- Prestazioni di senologia

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

L'Ospedale privato, dunque, si impegna ad osservare le disposizioni dell'Azienda USL che dovessero intervenire in corso d'anno relative alla quantità, alla tipologia della casistica da trattare e alle conseguenti modalità di prenotazione. E' attribuita allo specialista della struttura privata la valutazione clinica circa l'esecuzione del singolo test mammografico o l'eventuale integrazione con l'esame ecografico ovvero la prosecuzione dell'iter diagnostico secondo le modalità previste dalle circolari aziendali (prot. AUSL n. 34313 del 30/04/2021 ed eventuali successive modifiche e integrazioni). Per l'esecuzione dell'esame ecografico la struttura privata, utilizzerà ai fini dell'inserimento dei dati nel flusso ASA, il modulo AUSL, già in uso, predisposto per le prestazioni aggiuntive.

- 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 all'Ospedale privato 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 Otorinolaringoiatriche

E' prevista l'esecuzione, da parte della struttura, 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 all'Ospedale privato 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 urologiche

E' prevista l'esecuzione, da parte della struttura, di prime visite urologiche (89.7C.2) e di visite successive di controllo (89.01.Q).

Lo specialista dell'Ospedale privato dovrà effettuare in autogestione anche le seguenti prestazioni per il completamento dell'iter diagnostico, se rivelatesi

necessarie a seguito della visita e se accreditate:

- 57.39.2 - esame urodinamico invasivo
- 57.32, 57.33 - cistoscopie
- 89.24 - flussimetria

utilizzando, a tal proposito, il modulo DEBURO o eventuale altra modulistica prevista dalla regione, specificamente predisposto per le prestazioni aggiuntive sottolineando che le prestazioni si intendono comprese nella somma dei budget assegnati alle visite urologiche e alle prestazioni diagnostiche sopra elencate.

- Visite di Chirurgia Vascolare

E' prevista l'esecuzione, da parte della struttura, di prime visite di chirurgia vascolare (89.7A.6) e di visite successive di controllo (89.01.6).

ART. 8: PROGETTO SOLE

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

In particolare, secondo quanto previsto dalla DGR sopra citata:

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

modalità operative concordate con le Aziende sanitarie.

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.

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 fisiatrica. 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 rimozione del cristallino (13.8) e di impianto secondario di cristallino artificiale (13.72) nei pazienti che hanno avuto una sublussazione del cristallino dopo intervento di cataratta o a sostituzione di una IOL opacizzata, effettuati nell'ambito dell'accordo tra l'Ospedale privato e UNIMORE, si pattuisce che la prima procedura sarà valorizzata al 100% della tariffa del NTR mentre la seconda procedura sarà valorizzata al 50% della tariffa del NTR.

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

Le fatture o i relativi allegati dovranno indicare il totale delle prestazioni effettivamente erogate (comprese quelle integralmente remunerate dal ticket) per conto e a carico del SSN, l'importo lordo corrispondente, l'indicazione degli sconti e gli eventuali ticket riscossi ed il netto risultante. Non vanno incluse nella fatturazione riferita al presente contratto le prestazioni pre e post ricovero, che ai sensi dell'art.1, comma 18 della Legge Finanziaria n.662/96, rientrano nella tariffa del ricovero stesso. Tali prestazioni, infatti, dovranno essere fatturate direttamente alla struttura ospedaliera pubblica/privata che effettuerà o avrà già effettuato il ricovero.

In caso di eventuali contestazioni sulla congruità delle prestazioni effettuate, ovvero

sugli importi fatturati, la struttura privata inoltrerà regolare nota di accredito entro i 20 giorni successivi alla contestazione oppure potrà controdedurre nel rispetto degli stessi termini. In assenza di controdeduzioni relative alle contestazioni sulla congruità delle prestazioni effettuate e in assenza di emissione della nota di credito entro i 20 giorni successivi alla notifica della contestazione, la relativa fattura di riferimento 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:

- chirurgia ambulatoriale;
- di alta specialità;
- 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 la struttura 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 e ss.mm.ii., dichiara di aver adottato con Delibera del Direttore Generale n. 136 del 15.04.2022 il "Piano triennale per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024" e con Delibera del Direttore Generale 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. D), Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 4 del 11/01/2017 Accordo RER/HESPERIA, 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 struttura privata si impegna a fornire all' Azienda USL l'elenco nominativo del personale dipendente e dei propri collaboratori. Tramite i propri funzionari opportunamente identificabili, l'Azienda USL potrà effettuare, in qualsiasi momento e senza preavviso, eventuali ispezioni presso la struttura ai fini dell'accertamento di quanto previsto dal presente articolo. L'accertata esistenza delle situazioni di incompatibilità potrà comportare la risoluzione di diritto del contratto ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., previa formale diffida all'eliminazione dei rapporti di cui sia stata verificata l'incompatibilità e successiva perdurante inadempienza. La valutazione operata dall'Azienda sulla gravità dell'inadempimento ai fini dell'applicazione della Clausola risolutiva espressa di cui all'art. 1456 c.c. citato, dovrà tenere conto della comprovata buona fede nell'esecuzione del contratto da parte della Struttura privata.

Inoltre, la struttura privata 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.

L'Azienda USL avrà diritto di risolvere il presente contratto con effetto immediato, ai sensi dell'art. 1456 c.c., mediante comunicazione alla Struttura Privata a mezzo PEC, fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Azienda USL ad essere risarcita dei danni subiti, ivi inclusi danni all'immagine, e ogni altro diritto previsto per legge, nel caso in cui, nella gestione e proprietà dell'Ospedale privato, vengano accertate infiltrazioni mafiose da parte della Prefettura.

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 sul sistema di prenotazione ISESWEB messo a disposizione dall'Azienda UsI di Modena, quest'ultima resta unico Titolare del trattamento, avendo già provveduto a designare con atto separato, PROT. AUSL 86335/22 del 25/10/2022, 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. 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. AUSL 6879/21 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, VALIDITA' E RECESSO

La validità della parte normativa, della parte economica e prestazionale del presente contratto è stabilita in un anno e decorre dal 01/01/2022 al 31/12/2022, e ha valore di sanatoria per il periodo dal 01/01/2022 fino alla data di sottoscrizione, 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 e della definizione dei nuovi aspetti contrattuali e al fine di garantire l'attività assistenziale senza soluzione di continuità, si conviene di estendere l'efficacia del presente contratto fino al 31/12/2023 secondo le determinazioni economiche dell'anno precedente, salvo diverse disposizioni scritte tra le parti.

Verranno applicate di diritto tutte le disposizioni normative, nazionali e regionali che dovessero intervenire nel corso di esecuzione del contratto. La validità dell'accordo è condizionata dalla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della struttura.

L'Azienda USL si riserva il diritto di recedere dal presente contratto in qualsiasi momento, da esercitarsi mediante invio alla Struttura Privata di comunicazione scritta a mezzo PEC, con un preavviso di almeno 20 (venti) giorni. In caso di recesso, l'Azienda USL provvederà al pagamento delle prestazioni regolarmente 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'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. 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 artt. 1341 e seguenti del codice civile, l'Ospedale privato dichiara di avere preso attenta visione e di accettare espressamente la clausola riferita all'articolo 11 "Incompatibilità - altri obblighi - clausola risolutiva espressa," all'articolo 14 "Efficacia, validità e recesso" e all'articolo 15 "Foro competente" del presente contratto.

La parte contraente che accetta: Hesperia Hospital Modena 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.

La Direttrice Generale

Il Legale Rappresentante

Azienda USL di Modena

Hesperia Hospital Modena S.r.l.

Dott.ssa Anna Maria Petrini

Dott. Gianni Belletti

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

Imposta di bollo assolta come documento informatico, ai sensi del DMEF 17 Giugno 2014 – Esatte € 144,00