

CONTRATTO TRA L'AZIENDA USL DI MODENA E L'OSPEDALE PRIVATO

ACCREDITATO VILLA IGEA S.P.A. DI MODENA PER L'ACQUISIZIONE DI

PRESTAZIONI ASSISTENZIALI IN REGIME RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE

E DI DEGENZA OSPEDALIERA E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE dal

01/01/2026 al 31/12/2028

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

Considerato che:

- il D.lgs. n.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”, così come aggiornata con legge regionale n. 23/2022, 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 deliberazione di Giunta n. 426 del 1/3/2000, ad oggetto “Linee guida e criteri per la definizione degli accordi e la stipula dei contratti, ai sensi del D. Lgs. 502/92, così come modificato dal D. Lgs. 229/99, e della L.R. 34/98. Primi adempimenti” ha attribuito alle Aziende USL la competenza alla stipula dei predetti accordi contrattuali a favore dei cittadini residenti nel proprio ambito territoriale, in coerenza con gli indirizzi regionali in materia prevedendo l'adozione di uno schema tipo di contratto/accordo, definendo i contenuti minimi del medesimo;

RICHIAMATE:

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 886 del 06/06/2022 “Approvazione di nuove disposizioni operative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie in attuazione della L.R. n. 22/2019”;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 327 del 23 febbraio 2004 e successive modificazioni e integrazioni, n.1332/2011 e n. 1943/2017, relativamente ai requisiti generali e specifici per l'accreditamento delle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1314 del 01/07/2024 ad oggetto: “Attuazione del D.M. del ministro della salute 19 dicembre 2022. Approvazione requisiti generali di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e

private”;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n.1322 del 01/07/2024 che ha approvato le linee programmatiche sulla residenzialità dei servizi di salute mentale adulti dipendenze patologiche e neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna.

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 691 del 12/05/2025 che ha confermato i requisiti generali approvati con Delibera RER n. 1314/2024, dando atto che gli stessi devono essere posseduti da tutte le strutture sanitarie pubbliche e private a decorrere dal 1° gennaio 2025;

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

Richiamate:

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

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n 1830 del 9 dicembre 2013 recante “Requisiti specifici per l'accreditamento delle residenze sanitarie psichiatriche”;

Richiamati, inoltre:

- 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;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1422 del 01/07/2024 recante
“Approvazione protocollo di intesa tra regione Emilia Romagna e l'Associazione
Italiana di Ospedalità Privata (AIOP) Sezione Emilia-Romagna - per la
regolamentazione dei rapporti economici finalizzati alla fornitura di prestazioni
ospedaliere per l'anno 2024”;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1640 del 13/10/2025 recante
“Approvazione protocollo di intesa tra regione Emilia Romagna e l'Associazione
Italiana di Ospedalità Privata (AIOP) Sezione Emilia-Romagna - per la
regolamentazione dei rapporti economici finalizzati alla fornitura di prestazioni
ospedaliere per l'anno 2025”;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n.878/2023 contenente
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, (di seguito denominata anche “Azienda USL”), in persona
del Direttore Generale, Dott. Mattia Altini, nella sua qualità di legale rappresentante

E

L'Ospedale privato Villa Igea S.p.A., (di seguito denominato anche l’”Ospedale
privato”), con sede legale in Modena, Saliceta San Giuliano, Via Stradella n°73,
Partita IVA 00418870366, in persona della Dott.ssa Giuliana Ponzoni, che agisce
nella sua qualità di legale rappresentante.

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 alla Persona, Salute e Welfare n. 13913 del 23/06/2023 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, dal momento dell'entrata in vigore di dette novità, di tutte le clausole del presente contratto incompatibili con le stesse.

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 sanitarie oggetto di contrattazione e la relativa valorizzazione economica vengono definiti come di seguito.

DEGENZA

ART. 2: VOLUMI E TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI

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

L'Ospedale privato ha diritto di effettuare le prestazioni commissionate e di conseguirne il corrispettivo economico nella misura massima complessiva risultante dal presente contratto, dall'accordo regionale della spedalità privata RER/AIOP e

dalle eventuali penalizzazioni e/o compensazioni previste dalla disciplina vigente in materia di attività accreditata esercitata per conto del SSN dall’Ospedalità Privata.

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

Eventuali prestazioni che, per tipologia, contenuti e modalità assistenziali, risultassero diverse da quelle contrattualmente concordate e la cui erogabilità in nome e per conto del SSN non sia prevista dalla disciplina generale applicabile alle strutture sanitarie private accreditate, non potranno essere riferite al rapporto di fornitura con l’Azienda USL di Modena ed al relativo budget.

Villa Igea	
Prestazioni	Budget 2026
SPOI (Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo)	2.440.013,25
RTI (Resid. Trattamento Intensivo)	2.114.678,15
RTIS (Prog. Speciali)	357.855,93
RTP (Resid. Trattamento Protratto)	1.850.729,45
Centro Diurno Sassuolo	379.258,34
DH/Centro Diurno (MO e Vignola)	686.143,50
NPIA	1.459.248,00
Autismo	527.598,75
complessivo budget 3 psichiatria	9.815.525,37
Riabilit. Psicogeriatrica (budget 1 degenza)	1.576.631,65
Riabilit. Funzionale (budget 1 degenza)	1.941.356,29
solo degenza budget 1	3.517.987,94
Specialistica in budget AIOP	206.008,19
complessivo budget 1	3.723.996,14
Totale complessivo	13.539.521,51

Resta inteso che il budget assegnato potrà essere aggiornato sulla base dei contenuti del nuovo accordo quadro tra Regione Emilia-Romagna e AIOP o sulla base di disposizioni di livello nazionale e/o regionale che potrebbero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Si precisa che:

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

- le parti si impegnano a verificare la corretta e tempestiva trasmissione della scheda di invio o della scheda di proroga per l'accesso in struttura o la prosecuzione del ricovero, svolgendo un monitoraggio sistematico;

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

- L'Ospedale Privato si impegna a ricoverare tutti i pazienti di cui il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche ritiene appropriato l'invio, avendo a riferimento i protocolli operativi condivisi da sottoporre a periodica revisione e la relativa casistica.

- In caso di pazienti particolarmente "complessi", è necessario per ciascuna delle due parti richiedere al referente della controparte un incontro specifico prima del ricovero e durante tutto il ricovero, al fine di individuare le possibili soluzioni. Si rimanda ad un successivo e specifico accordo la definizione dei criteri e delle modalità di attivazione di eventuali e straordinari interventi di affiancamento individuali.

- L'Ospedale privato si rende disponibile ad integrarsi all'utilizzo, secondo le

indicazioni fornite dalla Regione, nelle sue strutture (residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali) del sistema informatico del DSM-DP denominato CURE, allo scopo di soddisfare il debito informativo aziendale e regionale,

-L'Ospedale privato si impegna ad inviare al Nucleo Operativo Provinciale (NOP), oltre che alla direzione dei Settori del DSM-DP, le richieste di prescrizioni farmacologiche off label, per la necessaria autorizzazione, nonché a segnalare agli organismi preposti alla farmacovigilanza, mediante l'apposita scheda unica, le sospette reazioni avverse ai medicinali (ADR).

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

A) SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE:

L'attività dovrà essere organizzata, in coerenza con la normativa regionale (in particolare la DGR n. 2000/2009 e la DGR 1322/2024) e con l'Accordo RER/AIOP vigente e s.m.i. secondo i criteri di accesso ed assistenziali condivisi con il DSM - DP.

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

- prestazioni a componente ospedaliera: SPOI (servizio psichiatrico ospedale intensivo) remunerate sulla base delle tariffe regionali vigenti;
- prestazioni a componente residenziale: RTI, RTP remunerate secondo le tariffe regionali vigenti;
- progetti speciali: RTIS remunerati secondo le tariffe regionali vigenti.

PRESTAZIONI A COMPONENTE RESIDENZIALE PER ADULTI E PER MINORI

Le RTI e le RTP saranno organizzate secondo i criteri stabiliti dalle DGR 2000/2009 e DGR 1322/2024 e remunerate secondo le tariffe regionali vigenti. Rientrano in questa fattispecie le prestazioni commissionate di RTI, RTI speciale e di RTP,

collocata quest'ultima in parte presso Villa Igea (12 posti letto accreditati), in parte presso il CSM di Sassuolo, Residenza "La Luna", c/o Casa Valentini Viale Giacobazzi, 96 (14 posti letto accreditati) ed in parte presso la struttura "il Borgo" situata in località San Donnino (11 posti letto accreditati). Per l'utilizzo della struttura sita al primo piano di Casa Valentini che ospita la Residenza la Luna, si rimanda a specifico e separato accordo tra AUSL di Modena e l'Ospedale Privato Accreditato Villa Igea.

L'attività di tipo semiresidenziale psichiatrico "Il Sole" (accreditata istituzionalmente come centro diurno da ultimo con Determinazione della-Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n.1822 del 31/01/2024) continuerà ad essere gestita presso la struttura sita in Sassuolo e sarà remunerata a funzione. Tuttavia, in assenza di tariffe regionali per questo tipo di attività l'Ospedale privato si rende disponibile a definire una tariffa, calcolata sulla base del costo dei fattori produttivi, nell'intento di superare l'attuale remunerazione forfettaria.

- PROGETTI SPECIALI (RTIS, trattamenti doppia diagnosi), remunerate secondo le tariffe regionali vigenti.

- **Modalità di accesso e altre disposizioni organizzative relative alla componente residenziale**

Dalla necessità di coordinare e monitorare il flusso dei ricoveri ospedalieri e residenziali sanitari è stata istituita dal 29/02/2016, presso l'SPDC OCSAE Baggiovara, la "Cabina di Regia Ricoveri" caratterizzata da funzioni di collegamento tra il DSMDP, l'Ospedalità privata e il terzo settore, grazie alla definizione di procedure e criteri di accesso condivisi.

La Cabina di Regia, in relazione agli Accordi Regionali AIOP (DGR 1654/2007 e rinnovi) in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata e

ai Protocolli Locali, lavora in integrazione sia con gli Uffici Amministrativi delle Case di Cura e degli Enti gestori ai quali sono appaltate le RTE accreditate di Barca, RTP di Borgo e Luna, e la Commissione Locale di Monitoraggio del DSM DP.

La "Cabina di Regia Ricoveri DSM DP", costituita da personale del Settore Salute Mentale Adulti del Dipartimento di Salute Mentale, ha pertanto l'obiettivo di garantire:

- l'utilizzo appropriato della complessa rete aziendale dei ricoveri psichiatrici (SPDC e SPOI) e neuropsichiatrici infantili ospedalieri (SPDC), dei ricoveri residenziali intensivi (RTI) protratti (RTP) ed estensivi (RTE);
- la loro gestione e monitoraggio nel rispetto del principio di uniformità ed equità per la popolazione della provincia di Modena.

L'attività della "Cabina di Regia Ricoveri" (CRR) si articola in:

A. Gestione del flusso dei ricoveri, attraverso la gestione degli invii e delle liste d'attesa secondo criteri clinici di urgenza;

B. Attività di monitoraggio e/o raccolta dei dati relativi ai ricoveri nelle SPDC, SPOI (DGR 1654/2007 Allegato n. 3.2) RTI, RTIS, RTIM (RESIDENZ. TRATTAMENTO INTENSIVO MINORI), RTP, RTE e strutture semiresidenziali a gestione diretta e indiretta, nel rispetto dei contratti in essere tra la Direzione Aziendale AUSL Modena e i gestori AIOP,

La gestione del flusso dei ricoveri avviene dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 16.00 per opera del personale dedicato mentre al di fuori di queste fasce di attività la gestione è affidata ai medici di guardia degli SPDC di Modena.

Per quanto riguarda l'Ospedale privato, l'operatore della CRR provvede ad acquisire la disponibilità telefonando dopo le 9:00 per informarsi sui PL già immediatamente fruibili.

La proposta di ricovero può partire da tutti gli psichiatri, che svolgono attività clinica e

Turni di continuità assistenziale (TCT) presso i CSM, operano presso il SPDC, svolgono attività di consulenza presso i PS e i reparti degli Ospedali della provincia (AUSL e Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico), sono referenti delle RTI territoriali. Allo psichiatra è affidato il compito di compilare la "Scheda di Proposta" che è stata elaborata in condivisione con l'Ospedale privato. In questa sono precisati, accanto ai dati anagrafici, la diagnosi, la terapia in corso e i tempi previsti per il ricovero (DGR 2000/2009 e DGR1322/2024: 15 giorni per SPOI, prorogabile a 30, 30 giorni RTI prorogabili a 60), se il ricovero presenta particolari difficoltà rispetto alle dimissioni per problematiche cliniche o legate al contesto di vita.

L'accesso ai posti letto ospedalieri SPOI è normalmente riservato al DSM ma potrà essere disposto, per la parte non oggetto di invio diretto, con prescrizione del medico di medicina generale (MMG).

Per quanto riguarda i ricoveri inviati presso gli SPOI dai MMG e non in carico ai servizi del DSM-DP, la Scheda di Proposta deve essere compilata dal medico psichiatra dell'Ospedale privato o dallo Specialista privato inviando la scheda alla CRR per fax/e-mail.

Prima dell'ingresso e durante il ricovero l'Ospedale privato dovrà avere e mantenere un contatto con il CSM di riferimento in modo tale da garantire, nel caso di ricoveri SPOI, l'effettiva continuità terapeutica, la programmazione di interventi congiunti e la possibilità di concordare il percorso terapeutico successivo alla fase acuta.

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

privato.

Il ricovero SPOI di paziente in carico ai servizi territoriali potrà essere trasformato in ricovero residenziale RTI o RTIS solo in seguito a condivisione e valutazione da parte del CSM per RTI e del SerDP per RTIS di riferimento e prima della scadenza.

Sarà il medico del CSM per RTI e del SerDP per RTIS a redigere la scheda di invio.

Anche nel caso di paziente del quale non è prevista la presa in carico da parte dei Servizi territoriali, ed inviato dal MMG o ricoverato in seguito a consulenza in PS, il passaggio ad altro regime di ricovero (da SPOI a RTI/RTIS) dovrà essere comunicato e condiviso con il Responsabile del CSM/SerDP territoriale.

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

Per quanto riguarda il governo clinico, la direzione dell'Ospedale privato ed il medico direttamente operante come responsabile dovranno fare riferimento agli indirizzi del DSM-DP dell'Azienda USL. Tali indirizzi così come le modalità e i criteri di invio dovranno essere condivisi con la struttura in sede di partecipazione dei rappresentanti della stessa al comitato di dipartimento e trasfusi in appositi protocolli operativi.

L'Ospedale privato si impegna a proseguire l'attività di ricovero per dipendenze da sostanze per pazienti inviati dal settore dipendenze patologiche del DSM-DP, con le modalità previste nei protocolli vigenti, tali da garantire la necessaria continuità di inquadramento diagnostico terapeutico, l'integrazione e l'unitarietà dell'intervento con i competenti Servizi Dipendenze Patologiche (SerDP).

Nell'ambito dei posti residenziali a trattamento intensivo sono altresì possibili ricoveri a trattamento intensivo o RTIS di pazienti con doppia diagnosi, nei casi di doppio carico dei pazienti stessi al CSM e al SerDP, o solamente al SerDP, secondo quanto

richiesto nella scheda di invio o successivamente concordato coi servizi medesimi:

l'Ospedale privato si interfacerà tempestivamente con entrambi i Servizi (CSM e

SerDP, qualunque sia l'inviaente) a garanzia della doppia presa in carico e della

continuità terapeutica del progetto della persona ricoverata.

Proroghe

Per quanto riguarda le proroghe CSM sia di ricoveri ospedalieri SPOI sia di ricoveri

residenziali RTI/RTIS e RTP, queste vanno concordate con il CSM di riferimento e

vanno utilizzate le "Schede di Proroga" condivise con l'Ospedale privato. Le

comunicazioni di proroga una volta condivise andranno indirizzate alla Cabina di

Regia Ricoveri per il monitoraggio.

Per proroghe oltre i 30 giorni nel caso di ricoveri SPOI, oltre i 60 giorni se ricoveri

RTI/RTIS ed oltre l'anno per ricoveri RTP, dovrà essere richiesta l'autorizzazione al

Direttore del DSM/DP, a cui seguirà riscontro in tempi congrui, comunque

escludendo ripercussioni per mancata o tardiva risposta in merito per l'Ospedale

privato.

Tale richiesta dovrà avvenire con un'apposita relazione motivata da parte dello

psichiatra referente del CSM di competenza territoriale e dello psichiatra del reparto

di ricovero, e inviata, insieme alla scheda di proroga, alla CRR che si farà da tramite

e provvederà al monitoraggio.

Incontri previsti per il monitoraggio dei ricoveri

Sono previsti e organizzati dalla Cabina di Regia Ricoveri:

- Incontri con le Case di Cura e le RTI Territoriali di Modena e di Carpi relativi al monitoraggio degli obiettivi inerenti i tempi di degenza (con particolare attenzione al meccanismo delle proroghe);
- Incontri per la gestione e il monitoraggio delle liste di attesa rispetto

all'ingresso in RTP, RTE con tutti i Servizi ed Enti coinvolti (Case di Cura e Enti del Terzo Settore).

A tali incontri parteciperanno le figure professionali designate dall'Ospedale privato.

Attività Sanitaria non soggetta a SDO

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

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

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

Permessi Terapeutici per le RTP, RTI e RTIS.

I permessi terapeutici non possono essere superiori a 12 ore giornaliere e devono essere adeguatamente registrati e motivati con l'indicazione dell'orario di uscita e di rientro.

L'Ospedale privato, pertanto, sarà remunerato secondo la tariffa ordinaria solo in presenza di queste condizioni.

Un permesso superiore alle 12 ore darà luogo automaticamente ad una dimissione salvo diverso accordo con il DSM che valuterà il caso specifico.

Si concorda fin da ora che in casi di permesso RTP superiore alle 12 ore,

debitamente concordato con il DSM, la tariffa residenziale corrisponderà al 65% della tariffa ordinaria.

Qualora il permesso sia volto ad effettuare indagini sanitarie, precedentemente programmate, anche a carico del Servizio Sanitario, l’Ospedale privato provvederà ad effettuare il trasporto facendo riferimento al “Regolamento interaziendale oneri trasporti sanitari secondari” di cui al successivo art. 7.

- Ricoveri in regime residenziale che si protraggono oltre il limite previsto dalla normativa regionale e dai protocolli locali.

Salvo diversi accordi fra le parti, da concludersi mediante protocollo condiviso tra gli organi deputati al controllo e la direzione sanitaria dell’Ospedale privato, alla disciplina delle proroghe dei ricoveri si applica quanto previsto al paragrafo C. lett. e) dell’Accordo RER AIOP di cui alla DGR 1920/2011.

Qualora alla data della sottoscrizione del presente accordo fossero presenti presso l’Ospedale privato pazienti che avessero superato il limite fissato dalla normativa regionale, le parti si impegnano ad attivare al più presto tutte le risorse idonee a garantire una più appropriata allocazione assistenziale.

- NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA (NPIA)

La struttura “Il Nespolo” collocata all’interno dell’Ospedale privato, nell’ambito del suo generale impegno diretto al recupero e allo sviluppo delle autonomie di base e relazionali del minore:

- è orientata alla diagnosi ed al trattamento dei disturbi mentali e comportamentali dell’infanzia e dell’adolescenza, specialmente delle condizioni di grave psicopatologia che richiedono trattamento intensivo ed una rapida e tempestiva presa in carico, con particolare riferimento ai casi di acuzie psicopatologica;

- allestisce un sistema interno di monitoraggio per la segnalazione quotidiana, anche informatizzata, delle degenze residenziali e semiresidenziali, sul modello di quanto avviene per gli adulti (occupazione/disponibilità dei posti letto, suddivisa per residenziali e semiresidenziali, e per residenti in provincia o fuori provincia);
- garantisce la realizzazione di un sistema di controlli periodici (settimanali o quindicinali) sulle cartelle cliniche dei degenzi e di una reportistica mensile, su formato definito dalla commissione di monitoraggio dell'Azienda USL;
- garantisce la pronta segnalazione alla Direzione del DSM-DP e del Settore di NPIA degli eventi critici (tentativi di suicidio, allontanamenti non concordati, comportamenti dirompenti, contenzioni).

In linea con la DGR 911/2007, il governo degli accessi e delle dimissioni, è affidato al Responsabile del Settore di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SNPIA) del DSM-DP dell'Azienda USL di Modena o suo delegato con l'ausilio della Cabina di Regia, secondo le indicazioni cliniche ed organizzative definite dal Protocollo di interfaccia tra l'Unità Operativa Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (UO NPIA) del DSM-DP dell'AUSL di Modena e la Struttura il Nespolo dell'OPA Villa Igea Mo (revisione del 7/11/2016, da aggiornare).

Detto Responsabile verrà informato prima dell'inserimento di pazienti non residenti ai fini di valutazione clinica congiunta.

DESTINATARI

Sono eleggibili utenti d'età compresa tra 10 e 17 anni affetti da gravi disturbi comportamentali in fase acuta o sub-acuta, correlati a patologie psichiatriche dell'età evolutiva, che non possono essere trattati a livello ambulatoriale, domiciliare o semiresidenziale. La durata massima del trattamento residenziale è di norma un

meße.

MODALITA' DI INVIO

L'invio viene autorizzato dal Direttore dell'UO NPIA, o da un suo delegato, che valuta l'appropriatezza delle richieste formulate dai medici dell'UO NPIA su apposita scheda Dipartimentale, denominata "Scheda di proposta di ammissione a strutture ospedaliere, residenziali e semiresidenziali" a struttura ospedaliera e residenziale, specificando la tipologia di struttura ove svolgere il trattamento (RTI-M Nespolo).

TRATTAMENTO RESIDENZIALE

Il Responsabile de "Il Nespolo" provvede ad individuare un "Responsabile clinico interno" e una équipe che provvede ad elaborare un "Piano terapeutico specifico", condiviso con la famiglia e sviluppato con la collaborazione del servizio inviante; in esso sono definiti gli obiettivi di trattamento, gli specifici interventi intensivi diagnostici e terapeutici adottati allo scopo di perseguirli, i tempi e le modalità per la verifica dei risultati. Dal momento del ricovero la responsabilità del caso è in capo al Responsabile de "Il Nespolo" che è tenuto a comunicare tempestivamente al Direttore dell'UO NPIA ogni evento critico (allontanamenti dalla struttura non concordati, gravi rifiuti di aderire ai trattamenti, manifestazioni auto ed etero lesive, gravi reazioni avverse al trattamento farmacologico), mediante specifica reportistica regionale. Qualora, durante la permanenza presso "Il Nespolo", si rendessero necessari trasferimenti (programmati o in urgenza) presso altra struttura sanitaria, deve essere garantita la continuità assistenziale e la tutela del minore ricoverato da parte degli operatori della struttura. Resta inteso che le modalità andranno condivise per gli specifici casi.

DIMISSIONE

Una volta raggiunti gli obiettivi prefissati, e comunque di norma entro i 30 giorni

previsti per il ricovero, si programma la dimissione; contestualmente si forniscono indicazioni per garantire la continuità assistenziale nella fase successiva al ricovero.

Possono essere previsti interventi semiresidenziali o ambulatoriali, di follow up.

L'eventuale richiesta di proroga del ricovero oltre la scadenza prevista deve essere autorizzata dal Direttore del settore di NPIA e comunicata al Direttore del DSM-DP.

Per i pazienti residenti fuori provincia si fa riferimento ai servizi invianti.

PERSONALE Villa Igea

Il medico individuato quale Responsabile della struttura "Il Nespolo" deve essere in possesso della Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile o affine come la Psichiatria.

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE

DESTINATARI

Sono eleggibili per l'invio al trattamento semiresidenziale minori di età compresa fra 11 e 17 anni affetti da gravi disturbi neuropsichiatrici non gestibili in ambulatorio o nei luoghi della vita quotidiana dei pazienti.

L'invio avviene mediante compilazione della "Scheda di proposta di ammissione a strutture ospedaliere, residenziali e semiresidenziali" autorizzata dal responsabile del Settore di NPIA o suo delegato.

TRATTAMENTO SEMIRESIDENZIALE

Possono essere previsti diversi gradi di intensità di trattamento semiresidenziale, sia individuale che di gruppo, dal lunedì al venerdì. La durata indicativa del trattamento è al massimo di 90 giorni (eventualmente prorogabili su valutazione del Direttore NPIA o suo delegato). Il Responsabile della semiresidenza provvede ad individuare un "Responsabile clinico interno" e una équipe che provvede ad elaborare un "Piano

terapeutico specifico", condiviso con la famiglia e sviluppato con la collaborazione del servizio inviante; in esso sono definiti gli obiettivi di trattamento, gli specifici interventi intensivi diagnostici e terapeutici adottati allo scopo di persegui- li, i tempi e le modalità per la verifica dei risultati.

DIMISSIONE

Una volta raggiunti gli obiettivi prefissati, e comunque di norma entro i 90 giorni previsti per il percorso semiresidenziale, si programma la dimissione.

CORRISPETTIVI

Le parti si impegnano a rivedere la remunerazione delle attività residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali di NPIA sulla base del costo dei fattori produttivi, allo scopo di superare l'attuale sistema a funzione previsto dalla scheda economica.

Con riferimento agli specifici ambiti residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale, il piano di offerta assistenziale della struttura dovrà essere articolato come di seguito:

- Attività residenziali (N° 6 posti per RTI; cfr D.G.R. 911/2007);

- Attività semiresidenziali (12 posti; cfr D.G.R. 911/2007);

Il numero massimo di minori che possono essere accolti nelle attività semiresidenziali terapeutico-riabilitative è di 12, senza superare il numero di 8 in compresenza (D.G.R. 911/2007).

CENTRO DIURNO SALUTE MENTALE ADULTI

CENTRO DIURNO IL GELSO E IL SOLE (Vignola e Sassuolo)

DESTINATARI

Sono eligibili per l'invio al trattamento semiresidenziale adulti i pazienti affetti da disturbi mentali gravi che fanno riferimento ai CSM di area sud, con necessità di

interventi terapeutico riabilitativi evidence based.

MODALITA' DI INVIO

L'invio avviene mediante compilazione della "Scheda di proposta di ammissione a strutture semiresidenziali" (in corso di revisione), autorizzata dai responsabili dei CSM aziendali. Il monitoraggio di tale attività dovrà rientrare all'interno della Cabina di Regia già menzionata. L'OPA è tenuta ad inviare con cadenza trimestrale un report con gli accessi effettuati dai pazienti, comprensivi dei relativi nominativi.

TRATTAMENTO SEMIRESIDENZIALE

Possono essere previsti diversi gradi di intensità di trattamento semiresidenziale, sia individuale che di gruppo, dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle 17. La durata indicativa del trattamento è al massimo di 180 giorni (eventualmente prorogabili su valutazione dello Psichiatra di riferimento e autorizzazione del Responsabile del CSM). Si prevede la presenza di un medico Psichiatra referente del Centro Psicologo, Terapisti della riabilitazione psichiatrica (vd anche criteri di accreditamento ed in funzione degli specifici progetti riabilitativi concordati tra inviante e struttura). Il Responsabile della semiresidenza provvede ad individuare un "Responsabile clinico interno" e una équipe che provvede ad elaborare un "Piano terapeutico specifico", con la collaborazione del servizio inviante; in esso sono definiti gli obiettivi di trattamento, gli specifici interventi intensivi diagnostici e terapeutici adottati allo scopo di persegui- li, i tempi e le modalità per la verifica dei risultati.

DIMISSIONE

Una volta raggiunti gli obiettivi prefissati, e comunque di norma entro i 180 giorni previsti per il percorso semiresidenziale, si programma la dimissione.

CORRISPETTIVI

Le parti si impegnano a rivedere la remunerazione delle attività semiresidenziali, attualmente riconosciuta a funzione, sulla base del costo dei fattori produttivi.

CENTRO DIURNO SALUTE MENTALE ADULTI IL FAGGIO (Modena centro)

All'interno del Centro Diurno Salute Mentale Adulti "il Faggio" è prevista l'elgibilità di pazienti della Salute Mentale Adulti con diagnosi di disturbo mentale grave e in particolare di giovani adulti, finalizzata a favorire le dimissioni dall'OPA e pertanto a ridurre i tempi di degenza dell'RTI da contenere entro i tempi previsti (30+30) garantendo un maggiore turnover. A tale proposito si rende necessario che l'invio dei pazienti da ricoverare e il passaggio di regime (RTI/CD) sia governato dalla cabina di regia in accordo con il medico della struttura e sottoposto a continuo monitoraggio.

A) PRESTAZIONI AMBULATORIALI RIABILITATIVE PER PAZIENTI CON DISTURBI DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO (ASD)

In ottemperanza a quanto previsto dal "Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico. Obiettivi 2023-2027" (PRIA), di cui alla DGR 63 del 23/01/2023, con l'obiettivo di erogare interventi abilitativi secondo la metodologia Applied Behaviour Analysis (ABA) a soggetti in età scolare 6-17 anni, si prevedono cicli di incontri prevalentemente in piccoli gruppi, garantendo di norma due /tre cicli all'anno a seconda del progetto terapeutico individualizzato per i minori nella fascia di età 6 – 15 anni con una media di 2 ore a settimana. Conseguentemente si è reso necessario adeguare le tariffe da applicare alle nuove modalità organizzative, come da tabella di seguito riportata, al

fine di raggiungere un incremento minimo di pazienti presi in carico pari ad almeno 200 utenti medi attivi.

TARIFFE AUTISMO	NUOVE (regime 2 ore)
Tariffa singolo Modena/Vignola/mese	425,20 €
Tariffa singolo Pavullo/mese	461,86 €
Tariffa 3x2 Modena/Vignola/mese	373,40 €
Tariffa 3x2 Pavullo/mese	412,56 €
Tariffa 4x2 Modena/Vignola/mese	347,60 €
Tariffa 4x2 Pavullo/mese	388,47 €
Valutazione 9 ore max (una tantum per ingresso nuovo paziente)	450,00 €

Si richiama inoltre quanto previsto in materia di disturbo dello spettro autistico dalla DGR n. 911/2007, DGR 63 del 23/01/2023 (PRIA) e dal PDTA Autismo. Con riferimento al monitoraggio di quest'ultimo l'Ospedale privato si rende disponibile, a fornire tutti i dati/informazioni che potranno essere richiesti dal DSM-DP dell'Azienda USL di Modena.

Resta inteso che l'invio al trattamento ambulatoriale autismo avviene tramite apposita "scheda di invio" afferente alla Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza dell'Azienda USL di Modena.

Da ultimo, Villa Igea si impegna a dare tempestiva comunicazione al Direttore NPIA (o suo delegato) dell'inizio, del termine e di qualunque interruzione dei trattamenti (es. per modifiche organizzative dell'OPA legate a carenza di personale).

B) PRESTAZIONI DI TERAPIA FAMILIARE PER PAZIENTI CON DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Le parti, con note PG/AUSL/25366/24 del 21/03/2024 e PG/AUSL/28485/24 del 02/04/2024, hanno concordato l'avvio di un percorso (di seguito, il "Percorso") avente ad oggetto prestazioni di terapia familiare a favore dei familiari di pazienti

prevalentemente minori affetti da disturbo del comportamento alimentare (DCA). Il Percorso discende dal finanziamento regionale ottenuto dall'Azienda USL di Modena, di cui alla Deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 2116 del 05/12/2022, e prevede l'attivazione in via sperimentale di interventi di psicoterapia ad indirizzo sistematico al fine di aiutare le famiglie di pazienti DCA a trovare nuove strategie per la gestione della persona malata. Tale Percorso rimarrà attivo in relazione al finanziamento regionale e alle richieste del DSM di Modena fino allo scadere del suddetto finanziamento regionale. Per tutti i dettagli amministrativi e tecnico-operativi si rimanda integralmente alle note sopra citate nonché alla documentazione agli atti del Servizio DSM dell'Azienda USL di Modena

C) RIABILITAZIONE FUNZIONALE, LUNGODEGENZA E NUCLEO OSPEDALIERO DEMENZE AD ALTA INTENSITÀ ASSISTENZIALE (NODAIA) –

RIABILITAZIONE PSICOGERIATRICA

L'attività di riabilitazione psicogeriatrica è garantita dall'Ospedale privato in coerenza con i contenuti assistenziali previsti dal Protocollo operativo, aggiornato con Decisione della Diretrice Sanitaria n. 1554 del 17/07/2024, al cui contenuto specifico si rinvia.

RIABILITAZIONE FUNZIONALE

L'attività di degenza riabilitativa garantita dall'Ospedale privato riguarda sia pazienti neurologici che pazienti ortopedici e tale offerta dovrà essere inserita all'interno della rete riabilitativa provinciale in corso di definizione. A tale proposito, è prevista la costituzione di uno specifico gruppo di lavoro misto, pubblico - privato accreditato, che definirà concordandolo il setting riabilitativo in funzione delle caratteristiche cliniche e dei bisogni assistenziali dei pazienti. Le strutture private accreditate possono inviare direttamente all'Ospedale privato pazienti residenti nella provincia di

Modena nel rispetto delle indicazioni scaturite dal sopramenzionato gruppo misto.

Per tutti i pazienti, la richiesta scritta di trasferimento dovrà essere sempre accompagnata dal progetto riabilitativo individuale (PRI) redatto dal fisiatra della struttura inviante, completo di prognosi, periodo riabilitativo e setting anche in funzione delle indicazioni del gruppo misto, e dovrà arrivare alla struttura ricevente precedentemente rispetto all'arrivo del paziente, per consentire la valutazione delle condizioni di ricettività. Laddove i fisiatri della struttura ricevente non concordassero sulle indicazioni di setting e/o del progetto riabilitativo formulato per il paziente inviato, gli stessi, procederanno in via prioritario al confronto tra i clinici referenti del caso (pubblico e privato), e in subordine coinvolgeranno il Servizio Controlli Sanitari dell'AUSL di Modena. Nel caso di disaccordo si rimanda all'accordo regionale e all'ipotesi ivi prevista di arbitrato. Si ritiene tendenzialmente inappropriato il ricorso al ricovero riabilitativo nella misura superiore ad un intervento/anno/ episodio morboso, fatti salvi i casi inviati dal pubblico o con apposita espressa presa d'atto delle necessità di una misura superiore. In coerenza con quanto già in essere, la degenza media per riabilitazione dovrà tendere a 10 giorni. Da ultimo, in attesa delle indicazioni condivise nell'ambito del sopramenzionato gruppo di lavoro misto pubblico privato accreditato, tenuto conto dell'attuale contesto epidemiologico e dell'orientamento clinico, si prevede la progressiva variazione del mix tra i setting assistenziali (cod.56/60), con orientamento dell'offerta, in prospettiva, verso una maggiore ricorso al codice 60 (orientativamente 6 PL di codice 60 riabilitativo e 28 di codice 56 di cui indicativamente 2 dedicati alla riabilitazione neurologica MDC 1) e questo, in linea con quanto già avviene nel territorio provinciale. Tenuto conto delle esigenze e del fabbisogno si conviene che 6 letti cod 60 possano essere impiegati per ricoveri di lungo degenza medica, collaborazione attivabile a seguito di scambio

di note tra le parti. Laddove questo tipo di diversa composizione del setting liberi delle risorse budgetarie rispetto ai tetti assegnati alle degenze non psichiatriche le Parti valuteranno un incremento corrispondente delle risorse utilizzabili per budget non riabilitativi. Per le parti non espressamente trattate nel presente contratto, si rimanda all'Accordo RER/AIOP nonché alla determina n. 7249 del 15/5/2017 (Linee Guida per l'applicazione dell'Accordo Regionale 2016/2018) e alla istituenda e imminente disciplina Nazionale della Riabilitazione con l'istituzione dei cod. 56 tipol. A, B, C.

Si prende atto che le Parti eventualmente e apparentemente diverse o derogative rispetto all'Accordo vanno interpretate in coerenza allo stesso e secondo i principi da esso posti, nonché in guisa tale da porre in essere una applicazione delle regole che non sia in conflitto con alcune sue parti. Per le parti non espressamente trattate nel presente contratto, si rimanda all'Accordo RER/AIOP se ed in quanto applicabile.

ART. 4: FARMACEUTICA

L'Ospedale privato in collaborazione con l'Azienda USL di Modena è tenuto a concorrere agli obiettivi di governo della spesa farmaceutica indicati dalla Regione per l'area Modena, nel proprio documento di programmazione regionale, anche rendendosi disponibile a partecipare, tramite il proprio personale sanitario, a corsi di aggiornamento organizzati dal Dipartimento Farmaceutico dell'Azienda USL di Modena sull'appropriatezza prescrittiva, in particolare per le categorie di farmaci ad alto rischio di inappropriatezza e oggetto di obiettivi regionali.

In particolare l'Ospedale privato si impegna a:

- aderire al Prontuario Terapeutico di Area Vasta, rispettare le indicazioni terapeutiche registrate e le limitazioni delle Note AIFA;
- di promuovere/favorire, per i residenti nella provincia di Modena in dimissione e a seguito di visita ambulatoriale, la fornitura di farmaci in distribuzione diretta presso la

Farmacia ospedaliera Modena o presso le altre farmacie ospedaliere della provincia di Modena limitatamente ai pazienti ricoverati o sottoposti a visite ambulatoriali in regime di SSN;

- di sostenere azioni per:

- l'impiego appropriato dei PPI nel rispetto delle indicazioni previste dalle Note AIFA 1 e 48, ponendo attenzione alla periodica rivalutazione delle terapie nell'ottica di una possibile deprescrizione;
- l'uso appropriato secondo le indicazioni registrate dei farmaci inalatori per la BPCO secondo le indicazioni del gruppo di lavoro provinciale indirizzando la scelta verso principi attivi disponibili il PT AVEN;
- l'uso appropriato dei farmaci ipolipemizzanti nel rispetto della Nota AIFA 13 con riduzione del ricorso alle prescrizioni in prevenzione primaria in pazienti con età>80 anni;
- l'uso appropriato dei PUFA (omega 3) la cui prescrizione è regolata solo dalla Nota 13;
- l'uso appropriato della Vitamina D (nel rispetto delle indicazioni previste dalla Nota AIFA 96 e delle indicazioni regionali) con riduzione delle prescrizioni e riduzione dell'utilizzo del monodose a favore delle formulazioni multi-dose, economicamente più vantaggiose;
- l'uso appropriato degli antibiotici sistemicici, ai fini di contenere il fenomeno dell'antibiotico-resistenza, con riduzione delle DDD prescritte e orientando la scelta preferenzialmente verso antibiotici Access (Classificazione AWaRE OMS).

Infine, la somministrazione di farmaci di comune utilizzo è a carico dell'OPA, mentre per i farmaci ad alto costo, le parti si impegnano a condividere modalità di fornitura

del farmaco che ne permettano la somministrazione senza soluzione di continuità, anche dopo verifica da parte dell'AUSL di Modena del comportamento tenuto dalle altre Aziende USL dell'Emilia Romagna.

ART. 5: TETTO DI SPESA

L'Ospedale privato potrà erogare per l'anno 2026 le prestazioni oggetto del presente contratto fino all'importo totale riportato nella scheda economica, articolato nei singoli tetti di spesa indicati dalla scheda medesima, fatti salvi i meccanismi di penalizzazione e compensazione budgetaria che saranno applicati dalla Regione in sede di Commissione Paritetica sulla base di quanto previsto dall'accordo RER/AIOP vigente.

Fermo restando l'impegno della struttura al rispetto del totale valore economico del contratto, all'Ospedale privato, o previa autorizzazione del DSM, è consentita la compensazione tra i diversi sotto budget, che avrà effetto dalla dell'autorizzazione scritta. L'autorizzazione si intende comunque acquisita qualora la casistica che ha determinato la compensazione sia stata inviata dal DSM dell'Azienda USL di Modena.

Il tetto di spesa sopraindicato è comprensivo anche delle eventuali variazioni tariffarie regionali, fatti salvi eventuali adeguamenti regionali definiti in sede di Accordo quadro RER/AIOP o sua proroga.

In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero rispetto al budget concordato, e secondo le conclusioni tratte in Commissione Paritetica nell'elaborazione del monitoraggio regionale e nella redazione del consuntivo, all'Ospedale privato non verrà riconosciuto alcun valore economico aggiuntivo, ed il rispetto del budget avverrà per riduzione della remunerazione tariffaria (budget fisso tariffa variabile), così come previsto nell'accordo regionale vigente.

ART. 6: REQUISITI DI QUALITÀ'

L'Ospedale privato dovrà svolgere la propria attività nel rispetto dei requisiti prescritti in materia professionale, igienico-sanitaria, protezionistica e di sicurezza: l'attività contrattata sarà, infatti, immediatamente sospesa anche parzialmente, nel caso di accertate e comprovate gravi carenze professionali e tecnologiche che possano pregiudicare la sicurezza degli assistiti. Inoltre, l'Ospedale privato dovrà rispettare quanto previsto negli specifici atti autorizzativi e di accreditamento di cui alla relativa normativa vigente.

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

- Compilazione e regolare tenuta della cartella clinica/residenziale:

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

Nello specifico, per le Residenze a Trattamento Intensivo (RTI), comprese quelle specialistiche (RTI-S), l'Ospedale privato si impegna alla redazione di un piano clinico assistenziale che preveda il controllo clinico quotidiano della persona assistita.

Per le Residenze a Trattamento protracto (RTP), il progetto personalizzato dovrà essere adeguatamente documentato in continuità con quello terapeutico-riabilitativo

del CSM, che comunque dovrà essere prodotto al momento dell'invio, e dovrà riportare:

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

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

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

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

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

- a provvedere, in ottemperanza a quanto disposto dalla Circolare 16/2009 RER, a mettere in atto ogni strategia rivolta alla prevenzione della pratica della contenzione meccanica, onde ridurne il ricorso a casi eccezionali;
- a monitorare gli eventi di contenzione meccanica, secondo quanto disposto dai documenti regionali e aziendali.

- Compilazione della SDO:

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

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

- alla collaborazione con l'Azienda USL circa la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici atti a garantire il soddisfacimento delle esigenze sanitarie della popolazione interessata;
- all'attivazione delle dimissioni protette in tutti i casi necessari;
- alla corretta compilazione della lettera di dimissione con particolare riferimento alla prescrizione farmacologica nel rispetto delle note AIFA e dei rispettivi Prontuari Terapeutici Provinciali e di AVEN;
- a segnalare al Nucleo Operativo Provinciale (NOP), oltre che alla direzione del DSM, le prescrizioni farmacologiche off label;
- a partecipare alla Commissione Locale di Monitoraggio di cui alla all'Accordo RER/AIOP e al Tavolo Tecnico aziendale.

L'Ospedale privato si impegna inoltre ad applicare le indicazioni nazionali, regionali e aziendali in materia di prevenzione della diffusione della pandemia da COVID – 19 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.

Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza e dei percorsi si concorda di ripristinare la modalità di controllo "a cartella aperta" secondo modalità che saranno concordate tra le parti.

ART. 7 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 18/12/2024 sottoscritto da AUSL di Modena, Ospedale di Sassuolo S.p.A. e Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena che si intende qui integralmente richiamato.

ART. 8: CONTROLLI SANITARI - DEGENZA

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

Relativamente alla procedura e alla tempistica dei controlli, si rimanda al Protocollo Provinciale Controlli del 25/09/2023.

I controlli esterni vengono effettuati dal Dipartimento di Salute Mentale e dal Nucleo Aziendale Controlli (NAC) che svolgono un ruolo di "governance" dell'intero sistema di controllo dei ricoveri psichiatrici mirato a garantire la corrispondenza con quanto

esplicitato dal Piano Annuale dei Controlli (PAC) e con quanto previsto negli accordi di fornitura locali.

Gli obiettivi principali da perseguire sono:

- fornire autorevole contrasto allo sviluppo di tutto ciò che possa portare ad un utilizzo antieconomico o opportunistico delle risorse mediante controlli sulla corretta codifica e sul corretto setting di erogazione;
- concentrare l'attenzione sulla qualità della documentazione clinica e stimolare i professionisti alla compilazione corretta ed esaustiva della stessa;
- valutare la congruenza dei percorsi di accesso, delle modalità di proroga e di trasferimento tra diversi setting assistenziali, della integrazione con i Servizi territoriali con quanto previsto dalle procedure condivise;
- avvio di un confronto sulle risultanze dei controlli effettuati tra i servizi di committenza delle aziende territoriali e le strutture accreditate pubbliche e private del territorio.

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

- la qualità e completezza della documentazione sanitaria mediante l'utilizzo delle indicazioni, degli strumenti e delle metodologie previste dalla DGR 1706/2009;
- corretta codifica della SDO mediante applicazione delle Linee guida SDO nazionali approvate in Conferenza Stato Regioni con rep. Atti 64/CSR del 29 aprile 2010 e delle Linee Guida SDO regionali approvate con successive determini;
- 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.

Così come previsto dalla DGR 354/2012, le situazioni per le quali non si perviene ad una risoluzione del contenzioso saranno sottoposte, per una composizione condivisa, alla valutazione congiunta dei Direttori Generali o del Direttore Generale e del Legale Rappresentante delle Aziende/Strutture Sanitarie interessate; quando ancora non si pervenga ad una soluzione, sarà il Nucleo Regionale di Controllo a dare il giudizio sulle controversie secondo le modalità ed i limiti stabiliti dal vigente Accordo Regionale, e trattandosi di controversia pubblico – privato. Proprio perché si versa nel caso di controversia pubblico-privato rimane praticabile l'opportunità, prevista dall'accordo approvato con DGR 1920/2011, di accedere all'istituto dell'arbitrato.

L'Azienda USL di Modena si riserva la possibilità di effettuare controlli circa la corretta tenuta della documentazione, l'adesione ai protocolli condivisi e l'adeguatezza dei percorsi e dei setting anche sui percorsi residenziali oggetto di committenza.

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 inherente alla regolare esecuzione del contratto.

SPECIALISTICA

ART 9: BUDGET E TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI

Relativamente al 2026 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

CASA DI CURA "VILLA IGEA"

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	ANNO 2026			
	CODICE REGIONALE	BUDGET ORDINARIO	BUDGET GARANZIA	BUDGET STRAORDINARIO
RADIODIAGNOSTICA	vedi tabella radiologia	225.054,00		
Rx del torace urgenti cod.87.44.1	87.44.1			
NEUROLOGIA (visita) (le prestazioni in garanzia sono esclusivamente quelle corrispondenti al cod. reg. 89.13: visita neurologica)	89.13, 89.01.C	28.412,08	5.060,00	
Ecografie - Urgenze B		50.000,00		
ECOGRAFIE (le prestazioni in garanzia sono esclusivamente quelle corrispondenti ai cod. reg. 88.74.1, 88.75.1, 88.76.1: eco addominali) : le ecografie mammarie non possono essere erogate	88.71.4, 88.74.1, 88.75.1, 88.76.1, 88.79.1, 88.79.2, 88.79.3, 88.79.6	82.976,87	40.985,86	
ECOCOLORDOPPLER		5.424,88		5.369,00
TOTALE COMPLESSIVO	443.282,69	391.867,83	46.045,86	5.369,00
di cui su budget AIOP degenza (Budget 1): € 206.008,19				

Resta inteso che il budget assegnato potrà essere aggiornato sulla base dei contenuti del nuovo accordo quadro tra Regione Emilia-Romagna e AIOP o sulla base di disposizioni di livello nazionale e/o regionale che potrebbero intervenire in corso d'anno.

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 storizzabile,

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 di almeno il 70% delle prestazioni complessive e quadriennale 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, l'U.O. Gestione processi amministrativi ospedalieri e contratti con produttori esterni, l'U.O. Committenza, d'intesa con l'Ospedale privato, possono riconvertire, senza aggravi 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 all'U.O. Gestione processi amministrativi ospedalieri e contratti con produttori esterni e all'U.O. Committenza, 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) DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

L'Ospedale privato potrà erogare prestazioni fino al volume annuale risultante dal contratto rispettando l'ammontare dei singoli budget (ordinario, garanzia e commessa straordinaria) e dei relativi sotto-budget, fatto salvo quanto viene espressamente previsto per il budget in garanzia che può essere incrementato a seconda delle esigenze aziendali. In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero dei singoli budget e dei sotto-budget concordati, all'Ospedale privato non verrà riconosciuto alcun valore economico aggiuntivo e il rispetto degli stessi avverrà per riduzione della remunerazione tariffaria (budget fisso e tariffa variabile), fatti salvi gli eventuali accordi integrativi. Con riferimento al budget ordinario (di cui alla lettera

A), il verificarsi del superamento del tetto complessivo di spesa non esime l'Ospedale privato dal garantire comunque (mantenendo aperte le agende di prenotazione), a budget invariato, l'erogazione in regime costante delle prestazioni fino alla scadenza dell'anno di riferimento. Non rientrano nella composizione del budget le prestazioni erogate a favore dei residenti nei territori di riferimento di altre aziende USL della Regione Emilia-Romagna o in altre regioni, dei non iscritti al SSN anche se coperti da disposizioni internazionali e/ o convenzionali in materia di reciprocità

ART 10: MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Per le modalità di accesso e di erogazione l'Ospedale privato è tenuto a rispettare le indicazioni aziendali (in particolare, si rimanda alla pagina pubblicata sul sito internet dell'AUSL all'indirizzo www.ausl.mo.it/cup). Le prestazioni, prescritte sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, salvo eccezioni espresse, possono essere prenotate sia presso i Centri di prenotazione dell'Azienda USL sia presso l'Ospedale privato, attraverso l'utilizzo, via web, del programma di prenotazione pubblico (CUPWEB).

Di norma, il ticket, se dovuto, sarà riscosso dall'Ospedale privato nella misura e con le modalità richieste dalla normativa vigente e dalle circolari aziendali vigenti.

Prescrizione unica con prestazioni su accessi diversificati		
CASO	CODICE 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 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, l'Ospedale privato è tenuto a verificare l'avvenuto pagamento del ticket e ad informare l'utente che in caso di mancato pagamento verranno attivate dall'AUSL di Modena le debite procedure di recupero ticket..

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) limitatamente al budget ordinario, la costante disponibilità delle agende di prenotazione temporale annuale nella misura di almeno il 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 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, appena ne venga a conoscenza, deve darne immediata comunicazione all'Azienda USL di Modena, mediante invio di PEC/mail 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 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. 11: SPECIFICITA' DI ALCUNE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

- Prestazioni urgenti B

Si richiamano di seguito le indicazioni (lettera del Direttore Sanitario Prot. AUSL n.0044045/20 del 29/06/20) per la gestione delle prestazioni urgenti con priorità B, nel caso l'Ospedale privato abbia concordato con l'Azienda USL la disponibilità alla erogazione delle stesse e sia in grado di garantire gli approfondimenti necessari alla presa in carico dei cittadini, ovvero la prenotazione e la erogazione di visite ed esami ritenuti indispensabili da parte dello specialista per completare l'iter diagnostico-terapeutico. Le prestazioni di presa in carico, volte alla conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico, potranno essere richieste e prenotate dalla struttura tramite modulistica DEBURO se previste nella tabella sottostante; in caso contrario, lo specialista dovrà riportare nel referto l'indicazione ad eseguire la prestazione di approfondimento, invitando il cittadino a rivolgersi al proprio MMG/PLS per la prescrizione. Nel caso in cui lo specialista ravvisi la necessità di una visita di controllo, a seguito di un primo accesso in urgenza B, questa dovrà essere prescritta su ricetta SSN dal MMG/PLS e dovrà essere prenotata direttamente dalla struttura privata accreditata. Si ricorda che la visione esami per completamento diagnostico è parte integrante della visita specialistica. Le prestazioni di presa in carico devono

essere registrate dalla struttura privata accreditata sul sistema CUP per una corretta gestione amministrativa della prenotazione.

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
acceso 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.

ART. 12: PROGETTO SOLE

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

In particolare, secondo quanto previsto dalla DGR sopra citata:

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

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

ART. 13: MODALITA' DI FATTURAZIONE E REMUNERAZIONE

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

/o gli accordi specifici locali.

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

Il pagamento da parte dell'Azienda USL delle attività ospedaliero, residenziali e semiresidenziali è subordinato al corretto inserimento delle stesse nei relativi flussi informatici regionali ("File SDO", "Flusso SDRES") e loro validazione nelle banche dati.

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

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

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

Per quanto riguarda la scontistica applicata sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui alla nota PG/AUSL/65783/2025, viene mantenuto lo sconto del 2% su ecografie, ecodoppler o altra diagnostica strumentale che, a seguito dell'entrata in vigore della DGR 2278/2024, non ha subito riduzioni di tariffa.

Lo sconto del 2% non si applica sulle prestazioni facenti parte dei c.d. "pacchetti ambulatoriali", in quanto necessari per la presa in carico del paziente e non presenti nel contratto di fornitura.

Infine, non viene introdotto alcuno sconto sulle prestazioni già non soggette a

scontistica nel 2024 e si precisa che sulle prestazioni prescritte prima del 30 dicembre 2024 ed erogate nel 2025 con tariffe afferenti al precedente nomenclatore, di cui alla DGR 1059/2024, vale la scontistica applicata nel 2024.

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).

Come previsto dalla DGR n. 1422/2024, punto 5 dell'Intesa, per far fronte alla carenza di liquidità determinata dal sistema degli acconti sull'attività extraregionale, si dà atto che, se le condizioni finanziarie dell'AUSL di Modena lo permetteranno, si potrà pervenire ad una riduzione dei tempi di pagamento delle prestazioni intraregionali da 60/90 giorni a 30.

- Prestazioni da fatturare in separata evidenza

Saranno oggetto a una distinta fatturazione le prestazioni:

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

Agli uffici competenti all'effettuazione dei controlli sarà inviata: copia della

Team/Attestato equivalente e la prescrizione medica in originale.

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

Le prestazioni erogate a stranieri titolari di assistenza sanitaria rilasciata dall'Azienda

USL di Modena dovranno intendersi come cittadini residenti e pertanto rientrano

nel budget del presente contratto.

Relativamente alla specialistica ambulatoriale l'Ospedale privato si impegna inoltre a

distingue le prestazioni erogate:

- ordinario
- garanzia
- budget straordinario e commessa straordinaria

ART. 14: TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

Con Deliberazione ANAC n. 585 del 19 dicembre 2023, la quale ha da ultimo

aggiornato la Determinazione ANAC n. 4 del 07/07/2011 recante "Linee Guida sulla

Tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 della Legge 13 agosto 2010 n.

136", è stata confermata l'estensione alle strutture private accreditate degli obblighi di tracciabilità di cui alla suddetta legge 136/2010.

L'Ospedale privato assume pertanto a proprio carico gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136 recante "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia".

Per assicurare la tracciabilità dei flussi finanziari finalizzata a prevenire infiltrazioni criminali, l'Ospedale privato, utilizzerà per tutte le proprie transazioni relative al presente contratto, ad eccezione di quanto disposto dal comma 3 del sopracitato articolo, uno o più conti correnti dedicati, anche in via non esclusiva accesi presso banche o presso la società Poste italiane Spa.

Tutti i movimenti finanziari relativi al contratto in oggetto devono essere registrati sui conti correnti dedicati, salvo quanto previsto al comma 3 dell'art. 3 della L. n. 136/2010 e ss.mm.ii.

Si precisa che in applicazione di quanto disposto dalla legge n. 136 del 13 agosto 2010 e successive modificazioni "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia", art. 3 "Tracciabilità dei flussi finanziari", i codici CIG assegnati alla presente fornitura per tutta la durata del contratto sono i seguenti:

- per la degenza (budget 1) e per la degenza (budget 3): **B9FC6B19A4**;
- per la specialistica: **B9FCEBCCC7**.

Ai fini di agevolare le operazioni di pagamento e garantire la tracciabilità delle stesse i suddetti CIG dovranno essere apposti in relazione a ciascuna transazione posta in essere, in tutti i documenti contabili relativi al presente contratto in particolare nelle

fatture elettroniche, ai sensi dell'art. 25, comma 2-bis, del DL n. 66 /2014, convertito con L. n. 89/2014.

L'Ospedale privato si impegna a rispettare, a pena di nullità del presente contratto, gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136 e ss.mm.ii. confermando i dati (conto corrente dedicato, generalità e codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi) già in possesso dell'Azienda ULS di Modena o in alternativa comunicando i nuovi dati con l'apposito modulo da richiedere all'Azienda USL di Modena.

ART. 15: 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. 16 CERTIFICATI DI RICOVERO E DI MALATTIA

L'Ospedale privato si impegna a trasmettere telematicamente all'INPS la certificazione di ricovero e di malattia relativa ai pazienti convenzionati con il SSN, ricoverati presso lo stesso Ospedale privato, così come previsto dalla normativa di riferimento applicabile (D.Lgs. n. 150 27/10/2009 e decreto del Ministro della salute 18 aprile 2012 e ss.mm.ii.). Come da indicazione dalla circolare INPS 25 luglio 2013, n. 113, in caso di mancato invio telematico della certificazione, il lavoratore dovrà farsi rilasciare detto certificato in formato cartaceo attestante il periodo di ricovero in

modalità cartacea e consegnarlo all'ufficio INPS competente e al datore di lavoro entro i termini previsti.

ART 17: INCOMPATIBILITA' - ALTRI OBBLIGHI NORMATIVI - CLAUSOLA

RISOLUTIVA ESPRESSA

L'Azienda USL, ai sensi della L. 190/2012 e del d.lgs. 33/2013 ss.mm.ii., dichiara di aver adottato con Delibera 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. 39 del 25.01.2024 il "Codice di Comportamento per il Personale Operante all'interno dell'Azienda USL di Modena" di cui al DPR. 62/2013 e al D.P.R. 81/2023. Tali atti risultano pubblicati sul sito internet aziendale e sono accessibili all'indirizzo:

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

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

L'Azienda USL e la Struttura Privata si impegnano a dare piena attuazione delle regole e principi in essi contenuti.

Inoltre, così come previsto dalla Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1314 del 01/07/2024, l'Ospedale privato dichiara di aver adottato un proprio codice di comportamento e/o etico.

L'Ospedale privato, richiamato il regime delle incompatibilità previsto dalla normativa nazionale vigente e dall'art. 5 lett. E) dell'Accordo RER/AIOP n. 2329/16, si dichiara consapevole che è fatto divieto alle strutture private accreditate di prevedere nel proprio organico, in toto o parzialmente, consulenti, personale medico e non, in posizione di incompatibilità, che si deve intendere riferito all'attività professionale sanitaria ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio.

Con cadenza annuale e ogni qualvolta si verifichino modifiche in seno all'organico, 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.

Inoltre, l'Ospedale privato si impegna:

- all'osservanza di quanto previsto dall'art. 41, comma 6, del D.lgs. 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

dell'Ospedale privato medesimo. 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.

- a non porre in essere condotte riconducibili a forme di c.d. "dumping contrattuale", a pena di risoluzione del contratto, attenendosi, in assenza di una specifica normativa di riferimento, ai principi previsti dall'art. 30 comma 4 del D.Lgs. n. 50 del 18 aprile 2016, nella nuova formulazione di cui all'art. 11, comma 1, del D.lgs. n.36 del 31/03/20023 "Principio di applicazione dei contratti collettivi nazionali di settore. Inadempienze contributive e ritardo nei pagamenti", come da esplicita previsione della DGR n.886 del 06/06/2022.

Nei casi sopra descritti, nonché in caso di accertate infiltrazioni mafiose da parte della Prefettura, l'Azienda USL avrà diritto di risolvere il presente contratto con effetto immediato, ai sensi dell'art. 1456 c.c., mediante comunicazione all'Ospedale privato a mezzo PEC, fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Azienda USL ad essere risarcita dei danni subiti, invi inclusi danni all'immagine, e ogni altro diritto previsto per legge.

ART 18: 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 s.m.i.) ed in particolare dei principi di liceità e di minimalizzazione del trattamento.

Ciascuna parte si impegna altresì ad adottare le misure tecniche e organizzative più

opportune per garantire l'integrità e la sicurezza dei dati e per facilitare lo scambio delle informazioni e del materiale documentale utile alla corretta erogazione delle prestazioni sanitarie, nei limiti e nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di flussi informativi.

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

Le parti infine danno atto che, con espresso riferimento al servizio di prenotazione delle prestazioni tramite SSN, eventualmente erogato dall'Ospedale privato sul sistema di prenotazione ISESWEB messo a disposizione dall'Azienda Usl di Modena, quest'ultima resta unico Titolare del trattamento, provvedendo a designare con atto separato l'Ospedale privato quale Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 GDPR e a fornire le necessarie indicazioni affinché il trattamento dei dati personali sia conforme ai requisiti del GDPR, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati.

ART. 19: ADESIONE AL FLUSSO GrAp GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE

In caso di possesso di grandi apparecchiature sanitarie, l'Ospedale privato aderisce al "Flusso GrAp" (Grandi Apparecchiature Sanitarie) in ottemperanza a quanto previsto dal DM 22.04.2014 e si impegna, contestualmente alla sottoscrizione del presente contratto, a ottemperare a quanto previsto in ordine all'obbligo informativo di cui alla nota della Direzione Generale Cura alla Persona, Salute e Welfare Prot. 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. 20 - POLIZZA ASSICURATIVA

L'Ospedale privato ha stipulato adeguata polizza assicurativa a copertura dei danni derivanti dall'esercizio della propria attività, in ossequio ai principi previsti dalla L.

24/2017 (c.d. "Legge Gelli"), con rinuncia all'azione di rivalsa nei confronti dell'Azienda USL in relazione a qualsiasi tipo di responsabilità derivante dall'esecuzione del presente contratto. Gli estremi di tale polizza sono i seguenti:

Agenzia Modena "Diamante" – cod. 422, Compagnia Italiana Assicurazioni S.p.A.

(appartenente a Reale Group), numero di polizza 2024/07/6327724.

Validità dal 31/12/2024 al 31/12/2025. Alla scadenza, l'Ospedale privato si impegna a rinnovare la suddetta, o equivalente, polizza e a mantenerla attiva per tutta la durata del presente contratto, ivi incluse eventuali proroghe.

ART 21: EFFICACIA, VALIDITA' E RECESSO

La validità della parte normativa del presente contratto decorre dal 01/01/2026 al 31/12/2028, fatta salva la necessità di procedere a modifiche in conseguenza di nuove e diverse disposizioni normative o programmatiche (per queste a livello locale la AUSL si impegna ad una consultazione preventiva che dia modo alla struttura di formulare le sue osservazioni), nazionali, regionali o locali, ove non automaticamente applicabili. Le previsioni di ordine economico e prestazionale hanno, invece, validità annuale fatte salve integrazioni regionali e/o nazionali che dovessero intervenire (es: applicazione finanziaria 2026). Per quanto concerne le annualità successive al 2026, fermo restando che le previsioni di ordine economico/prestazionale sono da intendersi su base annuale, le stesse potranno essere rinnovate o modificate anche con mero scambio di note. Alla scadenza del contratto, 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 31/12/2029 secondo le determinazioni economiche dell'anno precedente, con esclusivo riferimento al budget "storico", salvo diverse disposizioni scritte tra le parti come sopra, diverse integrazioni regionali e/o nazionali che dovessero intervenire.

Resta, inteso che sia nel corso di validità del contratto sia in caso di estensione di efficacia dello stesso al 31/12/2029, l'eventuale assegnazione di un extra budget assegnato nell'anno precedente, non potrà essere estesa agli anni successivi se non espressamente stabilito per iscritto dall'Azienda USL. Verranno applicate di diritto tutte le disposizioni normative, nazionali e regionali che dovessero intervenire nel corso di esecuzione del contratto ove strettamente applicabili. La validità del contratto è condizionata dalla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento dell'Ospedale privato.

L'Azienda USL, qualora muti o venga meno l'interesse pubblico sotteso all'esecuzione del presente contratto, si riserva il diritto di richiedere alla Regione di poter recedere dallo stesso, dando all'Ospedale privato congruo preavviso scritto quantificabile in almeno 60 (sessanta) giorni, a mezzo PEC. In caso di recesso, l'Azienda USL provvederà al pagamento delle prestazioni eseguite fino alla data di efficacia del recesso. Sono ad ogni buon conto imposte le procedure previste dall'Art. 8 dell'Accordo AIOP/Regione Emilia Romagna 2016-2018 nel rispetto e nella salvaguardia dei principi di contradditorio di cui all'Accordo Regionale.

ART. 22: FORO COMPETENTE

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

esperire preventivamente una bonaria composizione.

ART. 23: 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, dovuta in base all'art. 2 della Tariffa Parte Prima del DPR n. 642/1972, è assolta dall'AUSL di Modena in modo virtuale – come da Autorizzazione Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Modena – Ufficio Territoriale di Modena protocollo 6132 del 16/01/2025. Le spese di bollo sono a carico della parte privata. Le spese di bollo sono a carico della controparte. Il presente contratto è soggetto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 131/86. Le spese di registrazione sono a carico esclusivo della parte che la richiede.

ART. 24: 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. 25 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 l'articolo 18 "Incompatibilità - altri obblighi normativi - clausola risolutiva espressa", l'articolo 20 "polizza assicurativa", l'art. 21 "Efficacia, validità e recesso" e l'articolo 22 "Foro competente" del presente contratto.

La parte contraente che accetta (Villa Igea S.p.A.)

Villa Igea S.p.A.

Il Legale Rappresentante

Dott.ssa Giuliana Ponzoni

(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

Villa Igea S.p.A.

Dott. Mattia Altini

Dott.ssa Giuliana Ponzoni

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

Imposta di bollo di euro 224 assolta in modo virtuale – Autorizzazione Agenzia delle

Entrate - Direzione Provinciale di Modena – Ufficio Territoriale di Modena protocollo

6132 del 16/01/2025