

**GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA**

**Questo giorno** lunedì 19 **del mese di** dicembre  
**dell' anno** 2011 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA  
**la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:**

1) Errani Vasco	Presidente
2) Saliera Simonetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Gazzolo Paola	Assessore
5) Lusenti Carlo	Assessore
6) Marzocchi Teresa	Assessore
7) Melucci Maurizio	Assessore
8) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
9) Peri Alfredo	Assessore
10) Rabboni Tiberio	Assessore

**Funge da Segretario l'Assessore** Muzzarelli Gian Carlo

**Oggetto:** APPROVAZIONE DELL'ACCORDO GENERALE PER IL PERIODO 2011-2014 TRA LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E L'ASSOCIAZIONE DELLA OSPEDALITÀ PRIVATA AIOP IN MATERIA DI PRESTAZIONI EROGATE DALLA RETE OSPEDALIERA PRIVATA

**Cod.documento** GPG/2011/2277

**Num. Reg. Proposta: GPG/2011/2277**

-----  
**LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Richiamati:

- Il comma 8 art. 32 della L. n. 449/97 secondo cui le regioni individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione;

- l'art. 8 bis, comma 1, del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni, secondo il quale le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 del richiamato decreto, avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;

- la propria deliberazione 426/2000 con la quale questa Regione definisce i contenuti contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del D. L.vo 502/92 così come modificato con D. L.vo 229/99;

Richiamata inoltre:

- la propria deliberazione n. 1654 del 5 novembre 2007 con la quale si approvava l'Accordo tra la Regione Emilia Romagna e AIOP Emilia Romagna per la regolamentazione dei rapporti in materia di

prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata per il periodo 2007-2009;

Considerato che:

- l'accordo sopra richiamato aveva validità fino al 31/12/2009 sia per quanto concerne i contenuti di carattere normativo, che per i contenuti economici;

- la propria delibera n. 55 del 25 gennaio 2010, in attuazione del Verbale d'intesa siglato il 15 dicembre 2009 fra la l'Assessore alle Politiche per la Salute e il Presidente regionale dell'AIOP, ha prorogato la validità normativa dell'Accordo di cui alla propria delibera n. 1654/2007 per tutto l'anno 2010 aggiornandone i valori di budget;

- Richiamato il verbale d'intesa del 30 dicembre 2010, siglato fra la l'Assessore alle Politiche per la Salute e il Presidente regionale dell'AIOP, con il quale si indicano le linee di indirizzo per il rinnovo degli accordi con la speditività privata assunto quale orientamento vincolante con propria deliberazione n. 64 del 24 gennaio 2011;

Atteso che:

- la produzione di prestazioni, per quantità e tipologia, riflette nel suo insieme gli indirizzi dati;

- la negoziazione regionale ha consentito la stipula di contratti di fornitura aziendali che hanno definito tipologie e volumi di attività relativi all'intera gamma di offerta (ricoveri ordinari, day hospital, LPR, attività specialistica ambulatoriale) in un quadro di integrazione progressiva e di sussidiarietà tra pubblico e privato accreditato, tenendo sotto controllo la spesa;

Considerato necessario addivenire ad un accordo generale che sia un punto di riferimento per la previsione di spesa e fornisca certezza di regole ed omogeneità di comportamenti per tutto il territorio regionale nei rapporti con il privato accreditato;

Ritenuto, pertanto, che si è ritenuto opportuno modificare in parte il precedente accordo, rafforzando il ruolo della committenza locale e inserendo regole anche per l'ambito ambulatoriale in attuazione del citato verbale d'intesa del 30 dicembre 2010;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, l'accordo generale tra la Regione Emilia-Romagna e AIOP Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera per il periodo 2011-2014, che si allega al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;
2. di demandare la sottoscrizione dell'Accordo all'Assessore regionale alle Politiche per la Salute;

# **Accordo generale per il biennio 2011-2014 tra la Regione Emilia-Romagna e la associazione della ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata.**

*Piano dell'accordo:*

## **Considerazioni introduttive**

### **Premesse**

### **Convenzione**

## **PARTE I (PARTE COMUNE AI SETTORI DI ALTA SPECIALITA', NON ALTA SPECIALITA' E NEUROPSICHIATRIA)**

- A.1.) Gruppi di produttori interessati al presente accordo
- A.2.) Sistema regionale degli accordi contrattuali
  
- A.3.) Fatturazione e pagamenti
  - A.3.1) Fatturazione
  - A.3.2) Pagamenti
  - A.3.3) Factoring
  
- A.4.) Controlli
  - A.4.1) Controlli per prestazioni di non alta specialità
  - A.4.2) Controlli per prestazioni di alta specialità
  - A.4.3) Tempistica e modalità dei controlli
  - A.4.4) Clausola arbitrale
  
- A.5.) Commissione Paritetica
- A.6.) Incompatibilità
  
- A.7.) Accreditemento e autorizzazione
  - A.7.1) Dichiarazione individuale di accettazione dell'Accordo
  
- A.8.) Accordi speciali
- A.9.) Governo della mobilità
- A.10.) Day hospital
- A.11.) Percorsi ambulatoriali
  
- A.12.) Accesso alle strutture private accreditate
  - A.12.1) Accesso alle strutture
  - A.12.2) Differenza per comforto alberghiero
  
- A.13.) Provvedimenti regionali
- A.14.) Scelta del medico e/o dell'equipe a regime libero-professionale

## **PARTE II (PARTE SPECIFICA NON ALTA SPECIALITA')**

- B.1.) Accreditamento delle strutture ospedaliere private
- B.2.) Tariffa applicabile e classificazione delle strutture di non alta specialità
- B.3.) Budget
  
- B.4.) La contrattazione locale
  - B.4.1) Indicazioni per la contrattazione locale
  - B.4.2) Contrattazione locale – ulteriori indicazioni
  - B.4.3) Contrattazione locale extra – aziendale
  
- B.5.) Riqualificazione delle attività
  
- B.6.) Articolazione e funzionamento dei meccanismi di budget e di penalizzazione
  - B.6.1) Tetti di spesa non alta specialità
  - B.6.2) Funzionamento dei budget locali intra AUSL
  - B.6.3) Funzionamento dei budget locali extra AUSL
  
- B.7.) Conseguimento di particolari obiettivi di produzione di interesse regionale

## **PARTE III (PARTE SPECIFICA SALUTE MENTALE)**

- C ) Introduzione
  - C.a.) Premessa
    - C.b.1) Autorizzazione al funzionamento e accreditamento istituzionale
  
  - C.c.) Offerta funzionale ed economica in campo psichiatrico degli Ospedali
    - C.c.1) La componente residenziale
    - C.c.2) La componente ospedaliera
      - C.c.2.1) S.P.O.I.
      - C.c.2.2) Reparti riabilitativi (cod.56)
      - C.c.2.3) Restanti PL ospedalieri (cod. 40 e 56)
  
  - C.d.) Disposizioni per la regolazione del sistema
    - C.d.1) Commissione Tecnica Paritetica per la Salute Mentale
    - C.d.2) Integrazione nel DSM – DP
    - C.d.3) Tetto di spesa
  
  - C.e.) Controlli e proroghe

## **PARTE IV (PARTE SPECIFICA ATTIVITA' AMBULATORIALE)**

- D) Premessa
  - D.1.) Oggetto e finalità della parte D
  - D.2.) Rapporti tra autorizzazione, accreditamento e contratto
  - D.3.) Contratto e mobilità infraregionale ed extraregionale
  - D.4.) Modalità particolari di adeguamento dell'offerta
  - D.5.) Criteri per la definizione dei contratti di fornitura

- D.6.) Modalità di gestione del budget aziendale destinato ai rapporti con le strutture accreditate
- D.7.) Controlli
- D.8.) Fatturazione
- D.9.) Pagamenti
- D.10.) Commissione Paritetica
- D.11.) Accesso alle strutture

Allegati:

- 1.1) Fac simile di dichiarazione individuale di accettazione dell'Accordo Regionale
- 1.2) Contenuti e linee guida applicativi degli obiettivi di interesse regionale di cui al punto B.7 dell'accordo generale
- 2) limiti individuali di budget 2 ed intra, extra area vasta
- 3) Allegati alla parte III :
  - 3.1) riepilogo tariffario e schema di dettaglio dei PL autorizzati e in accreditamento oggetto di committenza regionale
  - 3.2) riepilogo posti letto totali
  - 3.3) limiti individuali regionali e di area vasta

La Regione Emilia Romagna e l'AIOP Emilia Romagna, in rappresentanza delle strutture ospedaliere private associate della Regione, di seguito individuate anche solo come "le parti", nell'intento di proseguire e sviluppare ulteriormente il quadro negoziale avviato per la prima volta nel 1996, e rinnovato con numerose innovazioni nel 2001, nel 2004, nel 2007 e ribadito con i verbali d'intesa sottoscritti il 15 dicembre del 2009 e il 30 dicembre del 2010, concordano sull'opportunità di dar corso ad una nuova intesa nel quadro normativo attuale, rapportata all'evoluzione in corso del sistema sanitario regionale e del quadro normativo nazionale, dando applicazione a quanto concordato nel citato verbale d'intesa del 30 dicembre 2010.

### **CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE**

Le parti rendono atto che il quadro contrattuale attraverso il quale si è concretizzato il sistema di accreditamento di erogazione di prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale da parte di soggetti privati, ha salvaguardato con efficacia il principio di programmazione e costruzione di un sistema misto pubblico-privato nell'organizzazione ed erogazione dei servizi ospedalieri, delineando un modello efficace di competizione regolata e concretizzando il principio della libera scelta del cittadino, in un quadro di sostanziale compatibilità finanziaria.

Le parti prendono atto che i contenuti del precedente Accordo Generale (2007-2010) sono stati sostanzialmente rispettati e che la produzione di prestazioni, per quantità e tipologia, rispecchia gli indirizzi dati dall'accordo generale e dagli accordi locali, e si riflette negli esiti della attività di monitoraggio esercitata dalla Commissione Paritetica Regionale, i cui lavori sono stati verbalizzati di volta in volta e sono custoditi agli atti delle singole parti.

Ciò premesso, le parti intendono formulare nel seguito alcune considerazioni di carattere generale.

L'accordo regionale, riveste un ruolo generale di inquadramento complessivo del rapporto fra Sistema Sanitario Regionale e produttori privati, vale a dire definisce il quadro generale di regole, ma determina anche il consolidamento del ruolo produttivo delle strutture firmatarie.

In tale ottica è risultato chiaro alle parti che la forza dell'accordo quale strumento di programmazione, come di fatto si configura, è tale solo se è in grado di interpretare i cambiamenti di cui il sistema necessita, assumendo anche la veste di strumento per il governo economico dello scenario produttivo di prestazioni, in particolare in un momento storico di criticità di risorse.

La necessità di dare, da un lato, nuovo impulso al rapporto contrattuale regionale, riaffermandone il ruolo di atto programmatico, unitamente a quello, proprio di alcune sue parti, di affermazione di regole immediatamente dispositive, che definisce i rapporti con una rilevante componente di produttori privati, e dall'altro di farne uno strumento dinamico di governo delle risorse che il sistema sanitario regionale impegna in tale ambito, è stata confermata nel verbale d'intesa del 30/12/2010 nel quale le parti delineano i nuovi indirizzi negoziali, che debbono portare ad una ulteriore integrazione e ad una maggiore adesione ai fabbisogni territoriali dei produttori.

L'obiettivo tendente al consolidamento delle prospettive di crescente integrazione e completamento del sistema dell'offerta è stato raggiunto tramite accordi sempre più collaborativi e finalizzati alla copertura non competitiva dei bisogni e della domanda di salute, e perseguendo, mediante una ponderazione del reciproco rapporto, un consolidamento sempre maggiore e qualitativamente più impegnativo della rete dell'offerta coordinata e coerente con gli obiettivi della programmazione regionale.

Le linee di indirizzo attorno alle quali sviluppare il nuovo accordo individuate dal verbale d'intesa del 30/12/2010, possono trovare concretizzazione in quanto negli anni si è fatta sempre più incisiva la capacità di esercitare il ruolo di committenza da parte delle aziende territoriali, anche attraverso il miglioramento degli strumenti di lettura del fabbisogno ed monitoraggio della produzione, e gli Ospedali Privati Accreditati sono sempre più consapevoli e riconosciuti quale componente stabile e duratura del sistema, anche alla luce dell'avvenuto accreditamento definitivo, e sono stati sempre più coinvolti, come soggetti attivi e partecipi dei processi di cambiamento e nella costruzione dei percorsi di cura.

Tenuto inoltre conto che sono state rispettate le disposizioni dell'art. 1 comma 796 della Finanziaria 2007 in tema di accreditamento provvisorio e definitivo con il recente compimento dell'iter di accreditamento istituzionale, le Parti sono disponibili a ritenere la presente intesa, con riferimento anche alle disposizioni di



cui al comma 8 art. 32 della L. n. 449/97<sup>1</sup>, della L. n. 448/98, della L.R. n. 34 del 12/10/1998, ed in particolare dell'art. 8 quater comma 1 del Dlgs n.502/1992, lo strumento che esplicita la dichiarazione di funzionalità alle scelte della programmazione regionale delle strutture ospedaliere private accreditate, sia di alta che di non alta specialità, secondo i criteri e le modalità previste nel presente accordo e con riferimento all'accreditamento istituzionale (definitivo).

## **PREMESSE**

*1) L'assetto negoziale regionale/generale ha consentito una sostanziale certezza del budget di riferimento per il settore ed ha aperto la strada alla stipula di contratti di fornitura aziendali che in molti casi hanno definito tipologie e volumi di attività relativi all'intera gamma di offerta (ricoveri ordinari, day hospital, LPR, attività specialistica ambulatoriale) in un quadro di integrazione progressiva e di sussidiarietà tra pubblico e privato accreditato.*

*2) Negli accordi si riflettono gli obiettivi di politica sanitaria, quali possono essere la rimodulazione dei servizi ospedalieri e non, i processi di revisione dei percorsi assistenziali e il progressivo miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni, e ne sono al tempo stesso strumento di attuazione*

*3) In questa Regione quindi il raggiungimento degli obiettivi strategici del sistema sanitario è avvenuto anche con l'integrazione dell'offerta privata.*

Tutto ciò considerato e premesso

## **SI CONVIENE**

di regolamentare i rapporti ex art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e succ. mod. e int. intercorrenti tra le parti in materia di prestazioni sanitarie erogate dalla rete ospedaliera privata sulla base delle intese negoziali di cui al presente accordo, i cui contenuti sono da ritenersi sostitutivi rispetto alla precedente disciplina pattizia.

Le statuizioni del presente accordo generale disciplinano i rapporti di fornitura delle prestazioni ospedaliere di alta specialità, di non alta specialità e di neuropsichiatria, salva diversa specifica indicazione contenuta nell'accordo stesso.

La validità del presente accordo è stabilita in anni 4 a decorrere dall'1.1.2011 per quanto attiene ai contenuti di carattere normativo, fatta salva la necessità di procedere a modifiche concordate. Le previsioni di ordine economico hanno invece validità biennale, e trovano una verifica puntuale nei lavori della Commissione Paritetica.

---

1

Le considerazioni di cui all'introduzione ed alle premesse formano parte sostanziale e pattizia dei contenuti dell'intesa.

## **PARTE I**

### **PARTE COMUNE AI SETTORI DI ALTA SPECIALITA', NON ALTA SPECIALITA' E NEUROPSICHIATRIA**

#### **A.1.) GRUPPI DI PRODUTTORI INTERESSATI AL PRESENTE ACCORDO**

Il presente accordo individua 3 gruppi di strutture eroganti (produttori) ai quali vengono correlati i relativi budget in base alle funzioni svolte.

##### **a.) Ospedali privati di non alta specialità:**

Questo gruppo di produttori eroga prestazioni che fanno riferimento a 2 tipologie di budget: *1) prestazioni intra-AUSL*, vale a dire rivolte a cittadini residenti nella AUSL di competenza territoriale della struttura; *2) prestazioni extra-AUSL*, vale a dire erogate a cittadini non residenti nella AUSL di competenza territoriale della struttura. Nella parte specifica del presente accordo vengono definiti i relativi budget

##### **b.) Strutture private che erogano prestazioni di carattere neuropsichiatrico:**

Questo gruppo di produttori ha un budget complessivo, per l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico, che comprende sia i cittadini residenti che non residenti nella AUSL di competenza territoriale e, in via innovativa, dei singoli budget di area vasta.

##### **c.) Ospedali privati di alta specialità:**

*Questo gruppo di produttori individua gli ospedali privati di alta specialità. Per questo gruppo il presente accordo regionale si applica per quanto concerne la presente parte I di carattere normativo ed eventualmente, ove espressamente previsto, la parte seconda per l'attività di non alta specialità. La definizione dei budget e dei contenuti prestazionali per l'alta specialità è oggetto di specifico accordo*

L'ospedale privato "Villa Salus" (RN), che rientra nel presente accordo seguendo esclusivamente le regole e le modalità comportamentali e tariffarie ospedaliere per quanto concerne le prestazioni oggetto della presente intesa, mantiene, per il numero di PL previsto dagli atti di accreditamento, le caratteristiche di struttura ex art. 26. Per le prestazioni di riabilitazione erogate in regime ex art.26 L.833/78, in quanto riferite a soggetti affetti da minorazioni fisiche e psichiche, con caratteristiche di residenzialità si applica la tariffa giornaliera prevista nell'accordo regionale di settore. Per l'attività che rientra nel presente accordo, ivi comprese le eventuali prestazioni per soggetti in regime ex art.26, la struttura è tenuta, oltre all'osservanza delle norme in tema di accreditamento e di mantenimento del livello dei requisiti richiesti, a preservare un idoneo assetto autorizzatorio come

struttura ospedaliera che eroga prestazioni di lungodegenza e riabilitazione estensiva (cod. 60), in conformità a quanto stabilito nei precedenti accordi 2004/06 e 2007/2009.

L'Ospedale Privato Stacchini, secondo la parte pubblica, non è più in condizione di partecipare al presente accordo in quanto escluso da atti programmatori locali che hanno destinato le corrispondenti risorse all'internalizzazione delle prestazioni in precedenza commissionate. Secondo l'AIOP, che sul punto ha inoltrato a suo tempo una lettera alla Regione con l'illustrazione della propria posizione in merito, tali atti non erano idonei ad inficiare la posizione soggettiva della struttura che in quanto associata ed accettante la base negoziale regionale con apposita dichiarazione in merito, non poteva esserne estromessa con atto unilaterale; la stessa AIOP dichiara pertanto di orientare la propria posizione negoziale alla piena salvaguardia della posizione giuridica acquisita dalla propria struttura, non costituendo il presente accordo acquiescenza alcuna alle posizioni della controparte in merito alle descritte vicende che hanno determinato la sospensione dell'attività della Stacchini a partire dall'anno 2010.

## **A.2.) SISTEMA REGIONALE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI**

Il sistema degli accordi contrattuali regionali con i produttori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale, prefigurato dall'art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992 così come successivamente integrato e modificato, è definito nella Regione Emilia Romagna dalla deliberazione della Giunta regionale n.426/2000, la quale prevede che il contenuto contrattuale debba determinare in maniera analitica i seguenti elementi strategici:

1. gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
2. il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima Azienda USL si impegnano ad assicurare distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
3. i requisiti del servizio da rendere in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
4. il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente rese;
5. il debito informativo delle strutture per il monitoraggio degli accordi contrattuali e le procedure per il controllo esterno;
6. l'introduzione di indicatori adeguati per rendere oggettiva la misura del livello di raggiungimento degli obiettivi.

Gli accordi locali dovranno essere comunque stipulati in aderenza ai principi ed alla disciplina che promana dal presente accordo regionale. Nel caso sorgessero dubbi e posizioni contrastanti in merito all'interpretazione delle intese locali, la Regione fornirà alle parti, sulla base dell'istruttoria svolta in sede di Commissione Paritetica, gli opportuni orientamenti (conformemente a quanto stabilito nella DGR 426/2000) ispirati e fondati sulla disciplina dell'Accordo Regionale.

In considerazione del ruolo riconosciuto nell'ambito della programmazione e della integrazione dei servizi alle Aree Vaste, anche al fine di governare i flussi di mobilità in ambiti di particolare rilevanza sanitaria, si prefigurano come tipologie

di accordi stabili, oltre a quello regionale e a quelli locali, anche accordi area vasta, sottoscritti congiuntamente o attraverso un'Azienda capofila.

Per tutto quanto riguarda la contrattualistica locale e/o di area vasta, si rimanda alla parte specifica del presente accordo.

### **A.3.) FATTURAZIONE e PAGAMENTI**

#### **A.3.1) Fatturazione**

Le prestazioni effettuate nei confronti dei cittadini residenti nella Regione sono **fatturate alle AUSL di provenienza del paziente**, in base al dato anagrafico risultante dalla prescrizione medica al ricovero e dalla documentazione sanitaria (tesserino sanitario).

Nel caso sorgessero problematiche conseguenti alla errata determinazione della residenza del paziente fa fede la fotocopia della carta di identità o l'eventuale autocertificazione prodotta dal cittadino comprovante l'esatto domicilio ai fini dell'individuazione dell'AUSL presso la quale lo stesso è assistito. Ove tale indicazione risultasse comunque errata per cause non ascrivibili alla struttura di ricovero sarà cura dell'AUSL destinataria della fattura prendere in carico la posizione ed effettuare le opportune ricerche per appurare l'effettiva residenza. Qualora la verifica porti ad una modifica della residenza, l'Azienda ne dà comunicazione all'Ospedale Privato il quale emette nota di accredito ed emette fattura all'Azienda di residenza ed apporta le variazioni in banca dati.

Le prestazioni erogate a cittadini provenienti da fuori-Regione verranno fatturate all'AUSL di competenza territoriale dell'Ospedale Privato, con l'indicazione del codice fiscale del soggetto ricoverato e della Regione o Stato estero di provenienza, in conformità alle vigenti convenzioni internazionali.

Le prestazioni a cittadini non residenti e non iscritti al SSN aventi diritto all'assistenza, anche se coperti dalle disposizioni internazionali e/o convenzionali in materia di reciprocità, verranno comunque erogate secondo la disciplina ministeriale vigente e non saranno comunque conteggiate nel budget intraregionale.

Il volume di fatturato relativo ai residenti fuori regione non viene conteggiato nel budget, né l'accesso è sottoposto a condizionamenti o limitazioni da parte delle Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna, fatti salvi i controlli previsti da parte dell'AUSL di competenza territoriale e i contenuti degli eventuali accordi interregionali di governo della mobilità.

La Regione si riserva il recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestati e non riconosciuti dalle regioni di residenza dei cittadini, informando le strutture private interessate sui casi e garantendo il coinvolgimento delle stesse nelle procedure di definizione delle contestazioni.

### **A.3.2) Pagamenti**

Le prestazioni a cittadini residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura privata e a cittadini residenti fuori regione o stranieri, fatturate in modo separato, verranno pagate dalla stessa AUSL entro 90 giorni dal ricevimento della relativa fattura.

Le prestazioni a cittadini residenti in altre AUSL della Regione, fatturate separatamente alle stesse AUSL di provenienza, saranno pagate dalla AUSL di provenienza del cittadino nello stesso termine sopra stabilito.

Alla scadenza dei 90 gg dalla data di emissione ed in coincidenza con la successiva erogazione periodica del finanziamento alle Aziende USL, la Regione si impegna a verificare con l'AUSL di competenza territoriale gli eventuali mancati pagamenti.

Qualora, a chiusura dei consuntivi da parte della Commissione Paritetica di cui al punto A.5, rilevino penalità a carico di alcune strutture, gli Ospedali Privati Accreditati, al ricevimento della richiesta di note di credito da parte delle Aziende AUSL, dovranno ottemperare all'emissione delle note di credito entro 90 giorni.

Se gli Ospedali Privati Accreditati non procedono a sanare contabilmente le penalità entro i termini stabiliti, senza adeguate motivazioni esplicitate, le Aziende AUSL potranno, previa comunicazione, sospendere i pagamenti delle fatturazioni per un importo pari al credito maturato. Su tali fatture non matureranno interessi per ritardato pagamento.

Quanto sopra vale anche per i crediti maturati dalle Aziende AUSL a seguito di controlli sanitari i cui iter siano conclusi con la definizione del relativo procedimento (acquiescenza, transazione, conclusione o definizione del giudizio arbitrale).

### **A.3.3) Factoring**

E' in facoltà delle strutture sanitarie interessate, che comunque intrattengono rapporti con le Aziende USL o Ospedaliere (*accreditamento, convenzioni, appalti per fornitura di servizi, contratti sperimentali, prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, ecc.*) attivare nei confronti delle Aziende le normali formule di finanziamento e anticipo commerciale (factoring, cessione di credito, delega all'incasso, cessione in monte dei crediti futuri ecc.) per fatture relative a cittadini sia della regione Emilia-Romagna che fuori regione e per fronteggiare gli eventuali ritardi nel pagamento delle partite scadute o da scadere.

L'istituto del factoring e la conseguente necessità che gli importi siano riconosciuti dal debitore non inficia la possibilità che gli ammontari possano nel tempo variare (criterio della "non definitività") in funzione all'esito di eventuali contenziosi (sia di tipo amministrativo – ex.: esattezza anagrafiche – sia sostanziale) o rispetto al superamento di tetti per accordi con le AUSL e con la

Regione o per intese tra Regioni; in tali casi la struttura cedente si fa garante per il riaccredito degli importi variati, appena divenuti definitivi, o al cessionario o al debitore.

In caso di ritardo nel pagamento superiore ai 30 gg rispetto alla scadenza dei 90 gg previsti, si stabilisce che le strutture interessate potranno attivare l'istituto del factoring "pro-soluto" (factoring senza rivalsa, anche secondo la tipologia della cessione in monte dei crediti futuri), mediante il quale il credito verso l'AUSL viene irrevocabilmente ceduto ad un istituto finanziario in modo definitivo e con garanzia del pagamento a carico del debitore; le commissioni dovute all'istituto e gli interessi decorrenti dalla scadenza del termine di pagamento sono a carico del debitore e dovranno essere pagate al factor a maggiorazione del credito o separatamente, secondo le modalità contrattualmente stabilite. L'istituto del factoring, secondo le modalità sopra descritte, potrà inoltre essere reso operante in modo ordinario mediante intese tra istituti finanziari ed AUSL, stipulate preventivamente a copertura di interi esercizi o frazioni degli stessi. Anche in tali casi le AUSL beneficeranno di una dilatazione dei termini di pagamento fino ad un massimo di ulteriori 30 giorni rispetto al termine di 90 giorni (90 + 30 =120).

L'istituto finanziario sarà prescelto dal debitore ed il nominativo dovrà essere comunicato almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento; in tal caso le condizioni contrattuali del rapporto di cessione del credito dovranno salvaguardare il principio della totale assenza di oneri finanziari e per commissioni a carico del cedente e rispettare le modalità concordate al presente paragrafo.

In mancanza della indicata designazione da parte del debitore, nonché in caso di sua inerzia, l'Ospedale Privato Accreditato potrà scegliere un istituto di suo gradimento e le condizioni contrattuali praticate dovranno essere accettate dalla controparte, impegnandosi al contempo il creditore a ricercare un assetto degli oneri addossabili al debitore vantaggioso e sostenibile, comunque non lontano dalla media dei prezzi di mercato per cessioni di credito "pro-soluto" verso la P.A., fermi restando i tempi di pagamento (90+30) di cui ai paragrafi precedenti.

Quanto concordato al presente paragrafo A3 costituisce variazione, per quanto di ragione e rispetto alle parti firmatarie del presente Accordo, dell'intesa regionale stipulata nel 1992 ai sensi della L.R. n. 38 del 5.5.1990 e recepita con DGR n. 6189 del 15.12.1992.

#### **A.4.) CONTROLLI**

Qualora dovessero insorgere contestazioni a seguito dei controlli ispettivi sulle prestazioni erogate, l'esito degli stessi derivante dalla definizione della controversia formalizzata con le consuete modalità in sede locale (acquiescenza, transazione o devoluzione al collegio arbitrale) dovrà essere regolarizzato contabilmente con l'apposita nota di accredito (una per ognuna delle tre casistiche sopra descritte), inviata all'AUSL competente per effettuare i necessari conguagli.

I controlli sono svolti secondo le procedure, le tempistiche e le modalità operative stabilite dalla normativa in vigore, segnatamente dalla DGR n. 1171/2009, anche sulla base dei chiarimenti di cui alla nota regionale n. 20661 del 28/1/2010, dalla DGR n. 1890/2010 e, come previsto dal 2° capov. del punto “modalità” della DGR n. 1171/2009, dalle indicazioni di cui nel seguito del presente Accordo.

Le conseguenze economiche che promanano dall’esito dei controlli verranno regolarizzate nei confronti dell’AUSL di assistenza del paziente se residente in regione o dell’AUSL di competenza territoriale della struttura, se residente extra regione .

#### **A.4.1) Controlli per prestazioni di non alta specialità**

I controlli per prestazioni di non alta specialità dovranno essere effettuati con periodicità almeno trimestrale, onde permettere alle strutture una operatività contabile garantita da sufficienti margini di certezza.

Mentre per le prestazioni intra-AUSL i controlli sono svolti dalla Azienda di competenza territoriale, per le prestazioni extra- AUSL potranno essere svolti sia da questa che dalla Azienda USL destinataria delle fatture, previo accordo scritto tra le medesime, onde evitare un raddoppio delle attività e l'utilizzo di criteri ed indirizzi interpretativi differenti.

Si ritiene opportuno altresì che l’attività di controllo sia concentrata in momenti concordati con la Direzione della struttura controllata ed alla presenza di un contraddittorio medico idoneo.

Deve essere garantito il rispetto della normativa sulla privacy.

Sono applicati i criteri e le modalità stabilite dagli atti regionali in materia di controlli, secondo il principio dell’equità e della parità tra strutture pubbliche e private.

#### **A.4.2) Controlli per prestazioni di alta specialità**

Per quanto riguarda le strutture che erogano prestazioni di alta specialità, queste non sono evidentemente al di fuori della normativa regionale sui controlli, che di fatto non esplicita alcuna eccezione.

In considerazione comunque del debito informativo suppletivo a cui tali strutture sono tenute a rispondere in quanto sottoposte ad attività di audit clinico, si ritiene di demandare allo specifico accordo la regolamentazione dell’attività di controllo così come definita dalla DGR 1171/2009 per le prestazioni sottoposte anche a audit al fine di non duplicare i controlli stessi.

#### **A.4.3) Tempistica e modalità dei controlli**

Coerentemente a quanto stabilito nelle indicazioni regionali circa i tempi di esecuzione dei controlli e di componimento delle contestazioni in relazione alla mobilità ospedaliera tra Aziende Sanitarie della regione, i servizi preposti delle singole AUSL dovranno inderogabilmente avviare in modo formale i controlli sui ricoveri effettuati dagli ospedali privati entro **45** giorni dalla validazione delle

SDO relative all'ultimo mese di ogni trimestre solare operata dalla Regione, portarli a compimento con la verifica documentale diretta presso la struttura e la stesura di un verbale nel quale le contestazioni siano sufficientemente circostanziate ed analitiche entro un termine ragionevole; a tal proposito si precisa, nella logica di quanto chiarito con nota regionale prot. n. 20661 del 28/01/2010, che, qualora il verbale non venga redatto entro breve termine o in tempi concordati fra le parti, la redazione di suddetto verbale debba comunque avvenire entro un termine non superiore a 60 giorni dalla data dell'avvio. Laddove sia possibile occorre privilegiare la modalità di controllo e stesura del verbale contestualmente al medesimo, come già detto nella su citata nota. Le relative controdeduzioni della struttura dovranno essere prodotte entro i successivi 60 giorni.

Nel caso di prime contestazioni basate sui flussi informativi, comunque accompagnate da una sintetica valutazione dei fatti oggetto di contestazione, il cui avvio con la comunicazione alla struttura dovrà avvenire nel termine di 45 giorni come sopra, si aprirà una fase istruttoria preliminare con inoltro di controdeduzioni della struttura entro i 60 giorni successivi. Entro i 30 giorni successivi, per i casi in cui le controdeduzioni non siano accolte, occorrerà avviare una verifica documentale diretta, come sopra, che sarà portata a compimento secondo la disciplina di cui al precedente capoverso (*modalità ordinarie*: verbale, controdeduzioni, accettazione o rifiuto delle controdeduzioni).

#### **A.4.4) Clausola arbitrale**

Il sistema di controllo organizzato dalle AUSL sulla base delle indicazioni di codifica emanate dal Gruppo Regionale per il Controllo di Qualità della Codifica della SDO di cui alla determina del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociale n. 009817 dell'11 luglio 2005, finalizzate a prevenire e segnalare gli eventuali effetti distorsivi dell'applicazione del nuovo sistema tariffario, deve essere orientato, in primo luogo, a fornire un servizio di collaborazione e supporto alle strutture, al fine di garantire, al contempo, la prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici da parte degli operatori e la salvaguardia dei livelli di qualità assistenziale.

Qualora l'attività di controllo dovesse rilevare contestazioni alle strutture interessate, con conseguenze sull'attività in accreditamento derivanti da una diversa valorizzazione dei casi trattati o incidenti, in termini di appropriatezza dei ricoveri e di congruità delle risorse sulla corretta osservanza delle regole di scambio, o, comunque, suscettibili di concretizzare un danno economico per l'una o l'altra parte, la controversia eventualmente insorta verrà sottoposta in prima istanza al tavolo regionale, quale tentativo conciliatorio, previsto dalla DGR 1171/2009, su istanza condivisa da entrambe le parti. Qualora anche in questo caso non si pervenga ad una composizione condivisa, o comunque entro 45 giorni dall'inoltro dell'istanza al tavolo regionale, il contenzioso verrà demandato ad una commissione arbitrale rituale insediata a livello di ogni Azienda USL su istanza delle parti, composta da tre membri, nominati, i primi due, uno per ciascuno, dalle parti (Ospedale Privato Accreditato e AUSL), ognuno entro 10 giorni dalla comunicazione della nomina dell'altro, ed il terzo dai primi due all'unanimità; la



nomina del 3° membro, in caso di disaccordo dei primi due, è effettuata dall'Assessore Regionale alla Sanità all'interno di una rosa di tre nominativi proposti dalla Commissione Paritetica e prescelti tra esperti non contigui per motivi professionali o di servizio alle parti in causa.

L'insediamento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla decisione di voler attivare la commissione arbitrale, con proroga di 10 giorni per la nomina del terzo arbitro, e di ulteriori 30 giorni decorrenti dalla comunicazione alla Regione ad opera di uno dei due arbitri nominati dalle parti, in caso di devoluzione alla Regione stessa della nomina, e dovrà emettere la propria decisione entro due mesi dall'insediamento del terzo arbitro, prorogabili all'unanimità della Commissione per altri due. Gli arbitri decideranno quali compositori di parte tecnica ispirandosi alle norme ed alle direttive regionali e nazionali in materia di accreditamento, di tariffe e di controlli, alle linee guida in tema di codifica dei ricoveri e, ove non possibile, secondo equità; alla loro decisione le parti dovranno attenersi in modo vincolante.

Tale clausola è operativa anche in ordine a contestazioni già insorte o comunque relative a ricoveri precedenti. Le modifiche disciplinari e regolamentari intervenute con il presente accordo non sono applicabili alle procedure già in corso. La Commissione opererà quale arbitrato rituale per la composizione di controversie sul piano tecnico, alla presenza dei difensori delle parti, se nominati, in coerenza con quanto stabilito dal livello regionale e nazionale in materia di controlli sulle attività di ricovero e compilazione della scheda nosologica e secondo criteri di parità e di equità tra pubblico e privato accreditato.

#### **A.5.) COMMISSIONE PARITETICA**

Come già previsto dagli accordi generali precedenti, è istituita una Commissione Paritetica AIOP/Regione alla quale è attribuito il compito di monitorare l'andamento finanziario del presente accordo, nonché le sue modalità applicative, e di formulare eventuali proposte di modifica e completamento dell'accordo stesso da sottoporre al vaglio delle parti firmatarie e da recepirsi nei successivi accordi.

La commissione è composta da n. 4 membri, 2 designati congiuntamente dalle Associazioni private firmatarie del presente accordo e 2 nominati dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, di cui 1 è individuato nel responsabile del Servizio Presidi ospedalieri, il quale ha anche compito di coordinare la Commissione. Delle riunioni viene redatto verbale sottoscritto dai componenti e custodito agli atti dell'Assessorato Regionale alla Sanità.

L'AIOP si impegna a fornire trimestralmente alla Commissione paritetica ed alla Regione i dati relativi al fatturato delle strutture aderenti dettagliati secondo quanto concordato. La Commissione paritetica, sulla base delle verifiche e del confronto con i dati risultanti dal sistema informativo regionale, approva i rendiconti infrannuali e i consuntivi annuali. A seguito dell'approvazione la Regione trasmette i dati alle Aziende Sanitarie.

La Commissione Paritetica è investita della facoltà di emanare indirizzi vincolanti circa la disciplina dell'accordo regionale, di quelli locali e di quelli di area vasta e di pervenire, in funzione del raggiungimento di obiettivi concordati nella presente intesa, ad un assetto di penalizzazione che tenga conto del livello qualitativo delle strutture.

#### **A.6.) INCOMPATIBILITÀ**

Si ribadisce l'incompatibilità assoluta del personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, del personale convenzionato e del personale universitario integrato, che comunque intrattiene rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale, a prestare la propria attività nei confronti delle strutture accreditate.

E' vietato pertanto per dette strutture avere nel proprio organico, in qualità di consulente o di prestatore d'opera, personale medico e non in posizione di incompatibilità. Il principio dell'incompatibilità deve intendersi riferito all'attività professionale sanitaria e non, a qualsiasi titolo espletata presso la struttura accreditata da personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, personale convenzionato e personale universitario integrato, ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio.

Per quanto concerne personale medico con il quale le Aziende sanitarie intrattengono rapporti con contratti libero professionali, le Aziende valutano in merito alla tipologia di attività e all'impegno temporale richiesto la necessità di definire all'interno del contratto la clausola della esclusività del rapporto con l'Azienda stessa, anche in considerazione dei possibili conflitti di interesse che possono determinarsi fra l'opera professionale richiesta e altre attività presso strutture private accreditate. È pertanto necessario prevedere all'interno dei contratti la caratteristica del medesimo (se deve intendersi esclusivo con l'Azienda pubblica o se sia compatibile con lo svolgimento di attività professionali presso altri soggetti).

Sono fatti salvi eventuali specifici accordi intervenuti in merito tra gli enti pubblici preposti all'erogazione di prestazioni sanitarie (Aziende Sanitarie e Università, quest'ultima per la specifica funzione didattica e comunque nel rispetto del Protocollo d'intesa Regione-Università) e le strutture private accreditate interessate, per attività svolte nell'ambito di programmi aziendali, con particolare riferimento agli aspetti di continuità assistenziale, alle riduzioni concordate di liste d'attesa, all'utilizzo ottimale ed integrato di risorse e di strutture a valenza sovra aziendale o ad alta intensità tecnologica ed assistenziale, nel rispetto della normativa vigente. La parte pubblica deve acquisire, per attivare programmi che prevedono il coinvolgimento di strutture e personale pubblico e privato in modo stabile e organizzato, il parere preventivo della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

Quanto sopra è legittimamente applicabile fatti salvi i casi in cui i sanitari interessati, con apposita autocertificazione rilasciata alle strutture, a disposizione delle Aziende UOSSL e della Regione, ai sensi del D.Lgs.403/98 e successivi

concernenti la semplificazione amministrativa, abbiano attestato regolarmente la sussistenza della propria compatibilità ad operare presso istituti accreditati.

#### **A.7.) ACCREDITAMENTO E AUTORIZZAZIONE**

Le strutture firmatarie il presente accordo hanno completato il percorso di accreditamento e sono accreditate definitivamente per struttura in coerenza con quanto definito in termini di fabbisogno dalla DGR 2188/2010.

Le eventuali variazioni della struttura dei posti letto dei singoli Ospedali Privati Accreditati possono avvenire, previa acquisizione di nulla osta regionale, solo attraverso la riconversione di posti letto esistenti. Qualora tali variazioni comportino l'acquisizione di una nuova disciplina, la struttura dovrà procedere alla richiesta di accreditamento specifico, passando attraverso l'accreditamento provvisorio. Sul piano autorizzatorio, ferma la necessità di ottenere, come sopra indicato, il nulla osta regionale, si applica quanto disposto nella DGR n. 327 del 23/2/2004, segnatamente ai punti 6° e 7° capoverso della premessa e 1.4. del deliberato, fermo restando che l'attivazione di nuove funzioni (ex: nuova disciplina ambulatoriale o in degenza) necessita di nuova autorizzazione, e non di semplice presa d'atto, solo laddove la categoria di cui all'all. 1 della DGR n. 327/2004 non sia in precedenza posseduta dalla struttura e quindi autorizzata (ex: ampliamento funzioni poliambulatorio: se poliamb. già autorizzato: sola presa d'atto; se di nuova istituzione: nuova autorizzazione).

Le strutture firmatarie il presente accordo risultano, pertanto, accreditate per struttura per le funzioni ospedaliere ed ambulatoriali esercitate in autorizzazione, ai sensi della LR n. 34/98 e ne viene dichiarata, mediante la delibera regionale di recepimento del presente accordo, la funzionalità alle scelte di programmazione regionale di cui all'art. 12 , c.2 della LR 34/98 ed ai sensi dell'art. 8 quater, comma 1. del DLgs 502/1992.

#### **A.7.1.) DICHIARAZIONE INDIVIDUALE DI ACCETTAZIONE DELL'ACCORDO REGIONALE 2011-2014**

L'accREDITAMENTO per gli anni 2011 e seguenti opererà a condizione che la struttura interessata sottoscriva la dichiarazione apposita, conforme al modello **allegato sub 1.1)**, tramite la quale ogni erogatore attesterà di condividere anche sul piano negoziale i contenuti della presente intesa e di accettare la remunerazione tariffaria contrattualmente vigente tempo per tempo.

#### **A.8.) ACCORDI SPECIALI**

La Regione e/o le Aziende sanitarie pubbliche potranno avviare specifiche trattative, con la partecipazione dell'AIOP, con singoli ospedali privati per regolare i reciproci rapporti e per rispondere a specifiche esigenze (progetti speciali). Qualora tali nuovi ed aggiuntivi accordi dovessero comportare un incremento del valore della produzione, il relativo carico finanziario potrà essere previsto con la dotazione di risorse aggiuntive rispetto al budget concordato; tali risorse non dovranno essere considerate al fine del calcolo delle penalità.

Tutto quanto suddetto prestando attenzione ai contenuti di cui al successivo punto B.4.1.) al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni.

### **A.9.) GOVERNO DELLA MOBILITA'**

Le parti private si impegnano a porre in essere le condizioni affinché si possa pervenire, come obiettivo generale, ad un recupero della mobilità passiva extra-regionale, utilizzando le opportune tecniche di circolazione dell'informazione relativa al proprio panorama produttivo e tecnologico ed al livello di comfort ambientale offerto.

Qualora si verifichi un recupero di mobilità passiva extra regionale, questo si rifletterà economicamente sui budget dei settori interessati. Poiché non è materialmente possibile calcolare quanta parte dell'eventuale recupero sia da addossare al settore privato o pubblico, si stabilisce che al privato sia forfettariamente attribuita una quota dell'eventuale recupero finanziario, registratosi rispetto all'anno precedente, pari alla percentuale di attività svolta dalle strutture sanitarie private, misurata come numero di ricoveri per alta e non alta specialità e come numero giornate di degenza per la psichiatria, a favore di cittadini residenti in Emilia Romagna sul totale delle attività svolte a carico del SSN dal complesso delle strutture regionali. Tale percentuale deve essere calcolata separatamente per le strutture di alta e non alta specialità e neuropsichiatria in relazione alle specifiche attività svolte.

Sulla base delle risultanze che saranno comunicate dall'Assessorato Regionale alla Sanità in esito alle informazioni sulla mobilità interregionale (presumibilmente a luglio/agosto di ogni anno rispetto all'anno precedente), si procederà all'integrazione dei volumi contrattati tenendo conto degli eventuali recuperi ed incrementando proporzionalmente i singoli budget. Tale integrazione riguarderà il budget dell'anno in corso di validità e verrà commisurato ai singoli ambiti territoriali in sede di Commissione paritetica e successivamente comunicata alle AUSL.

La eventuale quota di budget legata al recupero di mobilità non viene storicizzata; il parametro di riferimento adottato per il primo anno del triennio di validità dell'accordo rimane fisso per tutti i tre anni e rispetto ad esso dovrà essere calcolato l'eventuale recupero.

A livello locale, mediante il coinvolgimento, ove possibile, dei medici interessati, potranno essere promosse iniziative rivolte al recupero della mobilità passiva extra regionale; in tali casi potranno essere stanziati risorse aggiuntive rispetto ai budget previsti dalla presente intesa e previsti gli opportuni meccanismi precauzionali incentivanti o penalizzanti in relazione all'esito del recupero, attraverso, in via d'esempio, l'analisi dei flussi di migrazione verso determinate strutture, sanitari o prestazioni atti a facilitare e ricondurre in ambito aziendale la mobilità dei pazienti.

Per quanto concerne il fenomeno della mobilità attiva extra regionale, che negli ultimi anni ha avuto un incremento estremamente accentuato e che è stato oggetto di grande attenzione anche a livello nazionale, la Regione mette in essere, anche attraverso accordi bilaterali, strumenti di governo con il fine, fra gli altri, di non

incentivare in particolare la mobilità legata a prestazioni da considerarsi proprie dell'area dell'autosufficienza territoriale. La Regione fornisce indicazioni rispetto a quanto sancito da eventuali accordi interregionali in materia di mobilità sanitaria che operino attraverso la definizione di tetti e/o di committenza specifica; tali indicazioni, per essere vincolanti, dovranno essere fornite entro il primo trimestre dell'esercizio di competenza e comunque, se stipulati successivamente al 1° trimestre, preventivamente all'operatività degli accordi in essere. Qualora siano fornite in tempi successivi, anche in relazione alle regole circa le ricadute economiche individuali, si terrà conto, fatta salva la presenza di un accordo precedente per le regole in esso contenute, nella valutazione delle eventuali ricadute economiche, del periodo nel quale le strutture produttrici non sono state informate dei vincoli economici derivanti dagli accordi, nel rispetto del principio della irretroattività degli atti amministrativi. E' opportuno che la Parte Privata, nella fase di negoziazione tra le regioni, sia consultata sui contenuti della trattativa al fine di formulare eventuali proposte circa i contenuti prestazionali ed il meccanismo di funzionamento dei tetti. A chiusura nella fase di valutazione degli accordi, la regione, prima della definitiva rendicontazione, incontrerà la parte privata per informare sugli esiti della produzione pubblico-privata e valutarne le ricadute sulle strutture.

Tali accordi avranno come base i volumi storici di produzione. Le strutture firmatarie il presente accordo si impegnano a non incentivare attraverso i loro professionisti, meccanismi negoziali fra strutture di diverse regioni al fine di alimentare l'espansione della mobilità interregionale.

Con il presente accordo, per quanto riguarda il settore della non alta specialità, anche a seguito di quanto previsto dal Verbale d'intesa del 30/12/2010, si dà seguito ad un riequilibrio fra budget 1 e budget 2 e si modificano i tetti per la definizione di accordi extra aziendali anche al fine di giungere ad un migliore governo della mobilità intra regionale.

Le nuove modalità da un lato non dovranno essere penalizzanti per quanto concerne le possibilità produttive delle singole strutture, e dall'altro mettono a disposizione delle aziende una quota di risorse maggiore per la committenza diretta alle strutture del territorio di competenza aziendale, correlando pertanto maggiormente la spesa sanitaria con la risposta locale ai bisogni espressi.

La sottoscrizione di accordi economici extra ausl o di area vasta non può pertanto ribaltarsi negativamente, dal punto di vista economico, per quanto riguarda il budget extra ausl, sulle Aziende e sulle strutture erogatrici con le quali non viene sottoscritto alcun accordo.

#### **A.10.) DAY HOSPITAL**

Le riconversioni di posti letto di degenza ordinaria a day hospital o day surgery non configurano le situazioni di cui al punto 1.4 della DGR 327/2004, ma rientrano negli "eventi diversi" previsti nel medesimo punto e necessitano perciò di semplice comunicazione con eventuale presa d'atto da parte dell'autorità competente.

Orientativamente il 10% dei PL autorizzati di ogni struttura potranno essere

adibiti alla funzione di DH e tutti, salvo i DH già autorizzati in precedenza, dovranno trovare origine da una trasformazione o da un diverso concreto utilizzo dell'esistente in termini di PL ordinari.

La regolamentazione interna concernente l'organizzazione del DH potrà essere ispirata al cosiddetto "modello dipartimentale" (modello organizzativo di tipo trasversale che comprende più unità funzionali).

#### **A.11.) PERCORSI AMBULATORIALI**

In virtù dei cambiamenti organizzativi e dell'allocazione di un numero sempre più elevato di prestazioni in livelli erogativi più appropriati, il budget di cui al presente accordo può essere utilizzato anche per l'erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale.

Rientrano, di norma, nei budget qui definiti tutte quelle prestazioni che, in base a valutazioni di appropriatezza, avranno una indicazione all'erogazione a livello ambulatoriale come livello maggiormente adeguato rispetto alla degenza, o che trovano un'esplicitazione, consensuale e concordata di tale passaggio all'interno degli accordi locali anche in un riconoscimento tariffario specifico e nell'utilizzo del flusso informativo ASA, in sostituzione della SDO. Tuttavia, all'interno degli accordi locali potrà essere previsto il passaggio di tali prestazioni nel budget ambulatoriale localmente definito.

In virtù di come sono costruiti i budget, degli accordi locali storicamente intercorsi, del previsto spostamento di risorse dal Budget 2 al Budget 1, sulla base dei fabbisogni espressi dalla committenza, quote di budget, anche diversificate tra le diverse Aziende, possono essere dedicate a prestazioni ambulatoriali, con particolare riferimento a quelle critiche in termini di lista d'attesa o di mobilità passiva, soprattutto se già oggetto di precedenti accordi. Si rimanda alla contrattazione locale la definizione dei livelli di budget da trasformare da ricovero ad ambulatoriale

#### **A.12.) ACCESSO ALLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E CONFORTO ALBERGHIERO**

##### **A.12.1) Accesso alle strutture.**

L'accesso alle strutture private accreditate è pienamente libero, senza vincoli di natura autorizzatoria, sulla base della semplice prescrizione medica.

Le strutture accreditate potranno accogliere anche pazienti paganti in proprio o ristornati dalle compagnie di assicurazione, senza pregiudizio per l'attività assistenziale riferita al SSN. Tale quota di fatturato non potrà generare limitazioni di sorta, né riversarsi sul budget pubblico di competenza anche ai soli fini statistici.

Il limite di budget concordato non può essere utilizzato quale strumento per discriminare il ricovero dei pazienti e tanto meno per effettuare pressioni al ricovero verso le Aziende USL di residenza. I meccanismi legati alla remunerazione ed alle penalità non devono in nessun caso essere oggetto di

trattativa con i pazienti stessi al fine di facilitarne o meno l'accesso. I meccanismi di applicazione economica degli accordi regionali e locali sono conosciuti dalle strutture al momento dell'adesione agli accordi stessi e pertanto non possono essere utilizzati quale sistema di "blocco" dei ricoveri. Le strutture, conoscendo il budget, con l'eccezione degli invii diretti da parte di struttura pubblica che comunque vengono salvaguardati, devono gestire una programmazione dei ricoveri che non può e non deve prevedere la chiusura di una attività in riferimento alla carenza di budget. L'eventuale verificarsi di tali comportamenti che vengano segnalati e comprovati da cittadini o da Aziende USL, può essere sanzionato, su decisione della Commissione paritetica, anche prevedendo meccanismi penalizzanti individuali.

Qualora la programmazione dei ricoveri, effettuata in coerenza con le risorse assegnate, dovesse determinare l'insorgenza di liste di attesa, occorrerà definire criteri di gestione delle stesse rispettosi della disciplina disposta a livello regionale e dei correlati criteri di priorità nella soddisfazione della domanda.

#### **A.12.2) Differenza per conforto alberghiero**

La remunerazione per differenze di conforto alberghiero di ogni tipo pagata direttamente dal ricoverato resta completamente liberalizzata e riservata alla insindacabile decisione dell'amministrazione di ogni struttura privata, con obblighi di trasparenza, pubblicità delle tariffe e corretta comunicazione. L'opzione per il trattamento alberghiero non deve avere alcuna incidenza sui tempi e sulle possibilità di ricovero.

#### **A.13.) PROVVEDIMENTI REGIONALI**

La Regione si impegna a garantire l'uniforme applicazione a livello regionale dei criteri e delle modalità di svolgimento dei rapporti concordati e a tenere in conto quanto previsto nel presente Accordo Generale nell'adozione di provvedimenti che abbiano riflessi sul presente accordo, compresa la materia tariffaria.

La Regione si impegna ad informare l'AIOP circa i propri provvedimenti rilevanti in materia sanitaria pubblica e privata (Delibere, circolari, note, ecc.) ed a rendere accessibili i dati necessari al monitoraggio delle attività delle strutture in relazione agli impegni scaturiti dagli accordi attraverso l'utilizzo e la consultazione delle banche dati nel rispetto della normativa sulla privacy.

L'AIOP richiede di essere coinvolta nella distribuzione diretta dei farmaci ospedalieri da attuarsi al momento della dimissione dei propri ricoverati; la Regione accoglie tale richiesta e si impegna a regolamentare tale servizio prevedendo un rapporto diretto tra le Ausl e le strutture ospedaliere private nell'ambito del quale le parti definiscono le modalità operative per l'approvvigionamento e la erogazione dei farmaci.

#### ***A.14.) SCELTA DEL MEDICO E/O DELL'EQUIPE A REGIME LIBERO PROFESSIONALE***

In materia di attività libero professionale esercitata all'interno di strutture private e con riferimento a prestazioni in accreditamento, vi è tra le parti una diversa posizione circa la possibilità, stante l'attuale legislazione, di poter estendere analogicamente alle strutture private la stessa disciplina già prevista per le strutture pubbliche.

In particolare, la Regione Emilia-Romagna ritiene che tale disciplina sia vigente per i professionisti dipendenti del S.S.N., mentre l'AIOP ritiene che una disciplina consimile sia applicabile per analogia anche ai propri medici strutturati e non strutturati, e di conseguenza alle prestazioni rese in accreditamento.

Si concorda pertanto di attendere in relazione a tale questione l'esito dei chiarimenti che dovranno essere emanati dal Ministero della Sanità.

In caso di esito favorevole alla possibilità di attivazione, la relativa disciplina potrà essere concordata secondo i contenuti già oggetto di confronto nel corso della presente trattativa.

## **PARTE II**

### **PARTE SPECIFICA NON ALTA SPECIALITÀ**

#### **B.1.) ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PRIVATE**

La presente intesa, unitamente al sistema degli accordi locali previsto dalla DGR 426/2000, integra in capo ai soggetti accreditati definitivamente o provvisoriamente (variazione di funzioni), la facoltà di erogare prestazioni sanitarie ospedaliere ed ambulatoriali con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, secondo modalità di accesso definite dalla vigente normativa.

Le prestazioni vengono erogate nell'ambito di un sistema di risorse prefissate (budget) e secondo accordi che determinano i volumi e i contenuti della committenza, in linea con quanto definito nel presente accordo regionale.

#### **B.2.) TARIFFA APPLICABILE E CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE DI NON ALTA SPECIALITÀ**

Alla produzione ospedaliera privata si applicano le tariffe massime stabilite, in materia di non alta specialità, dai vigenti provvedimenti regionali, con riferimento alla fascia B. Le variazioni o le modifiche che verranno apportate al sistema tariffario nel corso di validità del presente accordo dovranno essere oggetto di una preventiva consultazione e presentare una congruenza con quanto qui definito in termini di budget, in quanto l'assetto tariffario è da considerarsi condizione essenziale del buon funzionamento dell'intesa.

In caso contrario la parte privata si riserva di chiedere una revisione degli accordi in essere, essendo l'assetto tariffario, per la parte privata, condizione determinante per l'accettazione dell'intesa.



### **B.3.) BUDGET**

L'attività ospedaliera e ambulatoriale in accreditamento degli ospedali privati eroganti prestazioni di non alta specialità dà luogo alla definizione di 2 budget con appositi meccanismi di riduzione economica delle eventuali prestazioni erogate oltre il tetto economico del suddetto budget, nonché di un budget di settore, che comprende l'attività psichiatrica e neuropsichiatrica ed una disciplina per l'attività ambulatoriale:

A) **Prestazioni intra-AUSL**: erogate dagli Ospedali Privati a cittadini residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura. Può contenere anche prestazioni ambulatoriali derivanti da intese di riconversione produttiva o da nuova allocazione di setting assistenziale di specifiche prestazioni (*budget 1*);

B) **Prestazioni extra-AUSL (budget 2)**: è suddiviso in 2 sotto budget di settore, uno per l'area vasta (budget 2.1.) per prestazioni erogate dagli Ospedali a cittadini non residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura, ma residenti nelle AA.UU.SS.LL della medesima area vasta, ed uno extra area vasta (budget 2.2.) per prestazioni erogate dagli Ospedali privati a cittadini residenti nelle AUSL delle Aree Vaste diverse da quella dell'azienda di competenza territoriale;

C) **Prestazioni intra ed extra AUSL**: erogate dagli Ospedali Privati per l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico sia a cittadini residenti che non residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura (*budget 3* - vedasi in seguito parte specifica)

D) **Prestazioni ambulatoriali**: erogate dagli Ospedali Privati a cittadini residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura sulla base di accordi locali o prestate a cittadini residenti in altre AUSL secondo la disciplina stabilita nel seguito (vedasi in seguito parte specifica).

Tale ripartizione della spesa, che si presenta innovativa rispetto a quanto definito negli accordi precedenti, rende fattivo quanto previsto dal Verbale d'intesa del 30/12/2010 siglato tra le parti, in particolare ai punti 9 e 11.

L'attuale produzione del comparto privato ospedaliero di non alta specialità, anche in forza di dette intese locali ed in seguito ad ampie riconversioni dei reparti secondo i criteri stabiliti dalla programmazione regionale (attivazione della lungodegenza, istituzione generalizzata dei DH, riconversione delle medicine e delle chirurgie a funzioni carenti in ambito locale) è da considerarsi in linea con gli orientamenti vigenti e con le esigenze emerse in ogni Azienda, a seguito dell'impegno alla trasformazione del sistema regionale attivato in questi anni.

In conformità a quanto avvenuto negli anni trascorsi ed a quanto stabilito dal protocollo d'intesa del 2009, le parti dispongono nel seguito la misura dei diversi budget di non alta specialità per il biennio economico 2011/2012 tenendo conto

delle risorse a disposizione del sistema e dell'evoluzione dei finanziamenti che compongono il fondo sanitario regionale.

La Regione rileva che a seguito della manovra finanziaria statale intercorsa nel 2010, la progressione delle quote di FSN spettanti all'Emilia – Romagna, unitamente alla riduzione di risorse sul bilancio regionale non sanitario, non potrà essere confermata in termini di adeguamento rispetto a quanto previsto dall'Accordo Stato – Regioni del 3/12/2009; pertanto quanto concordato nel protocollo d'intesa tra Regione e AIOP (verbale d'intesa del 15/12/2009 recepito con DGR n. 55/2010) non potrà trovare concreta attuazione, se non nei termini di cui al successivo verbale d'intesa del 30/12/2010 (recep. con DGR n. 64/2011).

In funzione di quanto sopra le Parti prendono atto che le criticità economiche che si prospettano per il prossimo biennio fanno sì che, qualora non vi siano cambiamenti, che al momento non paiono delinearsi, ma che le parti concordemente auspicano nella materiale evoluzione del rapporto stato – regioni sotto il profilo finanziario (risorse a disposizione del FSN e risorse a carico del bilancio regionale), il rinnovo degli accordi non può che avvenire a risorse complessive invariate per gli anni 2011 e 2012 rispetto al 2010. In caso contrario, nel senso espresso dal citato auspicio comune, l'adeguamento dei budget di alta e non alta specialità in ciascun anno del biennio sarà rivalutato al mutare delle risorse a disposizione del FSR rispetto al 2010 sulla base delle deliberazioni adottate dalla Regione Emilia-Romagna, in relazione alle quali la Parte Pubblica assume formale impegno di comunicazione.

Il budget complessivo di seguito concordato, nonostante l'invarianza delle risorse a disposizione, è comunque da ritenersi congruo in relazione all'attività erogata, e che si prevede di erogare, rispetto ai fabbisogni rilevati e risulta compatibile, non senza registrare, a parere dell'AIOP, qualche criticità, con le risorse del sistema.

A tale proposito la Parte Privata raccomanda la massima attenzione di tutti gli organismi preposti e delle proprie associate a che, al mutare dei fattori di adeguamento delle risorse a disposizione, si provveda all'immediata corrispondenza dei volumi budgettari e dei livelli tariffari, tenendosi conto con tempestività della dinamica inflazionistica dei costi di produzione in sanità.

Gli eventuali adeguamenti budgetari, così come sopra prospettati, saranno pertanto coerenti con gli analoghi incrementi tariffari che potranno essere previsti dalla Regione per gli anni 2011 e 2012. I valori budgettari riportati nel seguito sono soggetti agli adeguamenti proporzionali al FSR sopra concordati, la cui esatta quantificazione sarà, se ne ricorreranno i presupposti, formalizzata dalle parti con accordo verbalizzato nell'ambito della Commissione Paritetica.

In coerenza con quanto esposto in premessa circa la necessità di ricondurre la presente intesa ad un assetto più avanzato di integrazione fra pubblico e privato, più correlato alle esigenze sanitarie dell'Aziende, e più consono rispetto alle mutate esigenze del sistema, considerate le indicazioni del più volte citato Verbale d'intesa del 30/12/2010, le parti concordano di confermare, anche in relazione ai tempi di rinnovo dell'Accordo Regionale, al fine di garantire la certezza negoziale locale, per il corrente anno i budget in vigore per il 2010 fatti salvi gli adeguamenti eventuali di cui sopra al presente punto B.3, e di rinviare all'anno

2012 quanto negoziato nel verbale d'Intesa del dicembre 2010 in termini di spostamenti di budget dal B.2 al B.1.

Pertanto, per l'anno 2012, i budget di riferimento ed i limiti individuali di produzione sono costruiti tenendo conto:

**BUDGET 1: Budget di riferimento per le attività intra aziendali di ricovero ospedaliero nelle strutture private accreditate di non alta specialità.** Gli importi attribuiti ad ogni azienda sono stati incrementati, secondo uno schema collegato alle diminuzioni del budget 2 (vedasi allegato sub 2) Pertanto il budget 1 è composto :

- a) dalla spesa consolidata in capo alle Aziende dal precedente Accordo (DGR 1654/2007 e DGR 55/2010);
- b) da una quota della spesa che storicamente (media di 2008, 2009 fatturati netti e 2010 fatturato lordo) le Aziende hanno sostenuto per la attività a favore di loro residenti resa da strutture esterne al proprio ambito territoriale, ma interne all'Area Vasta di appartenenza. Tale quota è evidenziata separatamente in allegato sub 2.

Pertanto il budget 1, derivante dalla sommatoria di tutti i budget aziendali, è costruito sommando ai budget storici indicati nell'accordo per gli anni 2007-2010, circa 4,335 mil.ni di euro provenienti dal budget 2 consumato storicamente all'interno delle aree vaste. Il trasferimento di budget non è pari ai 5 mil. di € previsti dal citato protocollo di intesa in quanto sono state escluse le strutture riabilitative, che mantengono i medesimi valori di riferimento per il budget 2 sia intra che extra area vasta, e quindi la somma da ricondurre in budget 1 è depurata dalle corrispondenti valorizzazioni delle attività erogate dalle strutture riabilitative in mobilità intra area vasta.

La quota di trasferimento per singola azienda deriva in prima battuta dalla definizione della quota di area vasta calcolata in percentuale rispetto al peso di ciascuna area vasta sul totale della spesa storica di B2 consumata all'interno delle aree vaste. La redistribuzione sulle singole aziende avviene di nuovo percentualmente rispetto al peso di ciascuna mobilità passiva aziendale intra area vasta.

(prosegue nella pagina)

<b>Budget 1 INTRA AUSL</b>				
	<b>Budget 2011</b>	<b>Budget 2012</b>	<b>Quota trasferita dal budget 2.1 intra-area vasta (°)</b>	<b>Totale Budget 2012</b>
Piacenza	21.186.63 5	21.186.63 5	347.19 7	21.533.832
Parma	31.233.65 3	31.233.65 3	181.14 7	31.414.800
Reggio Emilia	15.796.79 2	15.796.79 2	695.36 2	16.492.155
Modena	14.047.43 0	14.047.43 0	488.01 6	14.535.446
Bologna e prov. (**)	49.970.30 3	49.970.30 3	25.13 0	49.995.432
Ferrara	12.732.25 2	12.732.25 2	241.45 6	12.973.708
Ravenna (***)	20.472.49 8	20.472.49 8	767.63 5	21.240.133
Forlì	12.392.66 2	12.392.66 2	422.38 8	12.815.050
Cesena	15.945.25 4	15.945.25 4	696.17 6	16.641.430
Rimini (*)	17.669.57 4	17.669.57 4	470.58 5	18.140.159
<b>Totale</b>	<b>211.447.053</b>	<b>211.447.053</b>	<b>4.335.092</b>	<b>215.782.144</b>

(°) o da aggiustamenti regionali

*(\*)La parte privata, tuttavia, rileva il perdurare dell'assenza di una quota di budget concessa nel precedente accordo regionale triennale (2004/2006), pari a 197.000 euro; le parti concordano che tale questione è stata affrontata in sede di trattativa, anche a livello locale, e che la quota viene reintegrata nel budget assegnato alla provincia di Rimini in sede di stesura del presente accordo triennale.*

*Con riferimento inoltre al recente ampliamento del territorio provinciale di Rimini attuato mediante l'inclusione della Valmarecchia, la parte privata rileva l'opportunità di rivalutare il budget 1 provinciale conteggiando la spesa storica di riferimento in termini di mobilità attiva verso gli stessi territori di cui si è tenuto conto nella conclusione dell'accordo con la Regione Marche ed è attribuita alle singole strutture in coerenza ai calcoli ed alle decurtazioni effettuate dalla Regione con l'informativa con la quale*

*sono stati comunicati i tetti per struttura verso la Regione Marche (lettere prot. n.139236/2009 e prot. n.126524/2010. La parte pubblica ritiene che non sia opportuno ribaltare in maniera automatica i consumi precedenti in quanto la gestione diretta del territorio di cui trattasi modifica i flussi e la risposta ai fabbisogni e al momento non ritiene che si evidenzino una necessità di incremento budgettario.*

*Tenuto conto di tale diversità di vedute, le parti concordano, in tema di ricadute per il superamento del budget con la regione Marche, di ripartire il minor valore dell'accordo con le Marche riconducibile ai volumi storici espressi dalla componente privata, sia in regime ospedaliero che ambulatoriale, in maniera proporzionale all'attività complessiva verso le Marche dei produttori privati a far riferimento dalle ricadute dell'anno 2010.*

(\*\*) Per quanto riguarda il budget dell'AUSL di Bologna si precisa che ricomprende la quota di attività precedentemente svolta dall'OPA Villa Chiara in budget 3 in ambito intra AUSL, compresi i relativi fondi di abbattimento. La quota di cui trattasi, pari a € 1.204.000, è interamente destinata alla attività di dialisi della AUSL di Bologna in budget 1 come stabilito in sede locale.

(\*\*\*) Con riferimento al budget della AUSL di Ravenna la Regione prende atto delle richieste a suo tempo inoltrate dalla stessa AUSL circa la cessazione dell'attività della struttura ospedaliera privata Stacchini (vedasi paragrafo A.1 che precede) e della corrispondente riduzione del budget provinciale pari ad € 1.965.000; a sua volta l'AIOP richiede che possa essere accolta in sede locale l'opportunità di destinare detta cifra a progetti speciali, nell'ambito del budget 1, che la Direzione Aziendale vorrà finalizzare in funzione delle necessità emergenti in sede locale ;

Il budget della provincia di Bologna non tiene conto della presenza della struttura Santa Viola che viene inserita nel novero dei soggetti accreditati di cui al presente accordo, ma eroga le proprie prestazioni sulla base di un accordo locale con un budget specifico concordato in sede aziendale per l'intra AUSL; per gli utenti residenti in altre province la struttura risulta comunque accreditata, ma l'attività non è compresa nel budget 2. A partire dalla corrente annualità, tenuto conto dell'inserimento nella rete GRACER con riferimento agli stati vegetativi persistenti, il fatturato della struttura viene monitorato al pari delle altre strutture aderenti al presente accordo.

L'Ospedale Privato Villa Regina accreditato nell'anno 2004, non ha budget proprio in quanto funzionalmente collegato con l'Ospedale privato accreditato Villa Nigrisoli sia per il budget 1 che per il budget 2, oltre che per la restante attività extra regionale.

**b) BUDGET 2 : Budget di riferimento per le attività extra aziendali di ricovero ospedaliero nelle strutture private accreditate di non alta specialità, viene determinato per l'anno 2011 in complessivi euro 32.369.893.**

Il budget 2, in forza di quanto concordato come linee di indirizzo del presente accordo nel verbale d'intesa del 30/12/2010 tra Regione e AIOP, viene ridotto, a partire dal 2012 di circa 3,8 mil.ni di euro rispetto al 2010 (fatti salvi gli adeguamenti proporzionali di cui sopra) e suddiviso in due aree separate, a partire dal 2012, per competenza territoriale.

La prima (BUDGET 2.1.), sulla quale incide la predetta riduzione con importi differenziati per singola area vasta, comprende i singoli budget 2 di area vasta e rappresenta il limite di spesa per ogni area vasta della regione per le prestazioni extra AUSL verso cittadini residenti in altre AUSL dell'area vasta, rispetto a quella di competenza territoriale delle strutture; la seconda rappresenta il limite unico, non superabile a livello regionale, del monte prestazioni in extra AUSL verso cittadini residenti in altre aree vaste rispetto a quella di competenza territoriale delle strutture.

Il prospetto allegato sub 2 evidenzia gli importi suddivisi per budget e per area vasta, nonché il dettaglio delle attribuzioni in budget 1 e dei limiti individuali.

La quota aggiuntiva di budget 1 di fatto viene alimentata, per singola azienda e struttura, decurtando i valori corrispondenti di mobilità attiva intra area vasta. Così facendo accade, in alcuni casi, che si generino dei valori passivi nel B2.1 o molto prossimi allo zero. Al fine di ovviare a tale problematica si definisce un limite di riferimento forfettario di € 30.000 per le strutture che andrebbero in passivo o ad una quota inferiore a detto limite. Tali valori vanno pertanto a sommarsi ai budget B.2.1 delle diverse aree vaste, per un valore complessivo di € 210.000 a livello regionale.

**c) Budget di riferimento per l'attività psichiatrica e neuropsichiatrica degli ospedali privati (BUDGET 3):**

*Viene determinato per il biennio 2011/2012 in € 36.227.164.*

*Per quanto concordato sopra nella presente intesa, il tetto di spesa complessivo per le strutture di non alta specialità, viene quindi fissato per il biennio 2011-2012 rispettivamente in € 280.044.110 e € 280.252.610.*

## **B.4.) LA CONTRATTAZIONE LOCALE**

### **B.4.1) Indicazioni per la contrattazione locale**

Per l'erogazione di prestazioni di non alta specialità, all'interno del budget fissato dall'accordo regionale, al fine di conseguire gli obiettivi di salute fissati dalla programmazione nazionale e regionale, le Aziende USL definiscono i contratti aziendali coinvolgendo le strutture accreditate presenti nell'ambito territoriale di propria competenza. Tenuto conto che a partire dall'anno 2012 la contrattazione locale potrà essere estesa ai volumi di produzione che transitano dal budget 2 al budget 1, si auspica che le intese siano concluse nel primo semestre di ogni anno per poter costituire un quadro negoziale omogeneo in ambito regionale.

Per quanto attiene il transito dal budget 2 al budget 1 dei volumi di produzione citati (dettagliati nell'allegato sub 2 per singola struttura) si concorda, come

previsto nel verbale d'Intesa del 30.12.2010, che qualora gli Accordi Locali non tengano conto di tale opportunità, anche in forza di intese locali intra ed extra Ausl già consolidate, il limite di riferimento in budget 2 delle strutture non coinvolte non verrà modificato.

Le strutture private accreditate si impegnano, ciascuno per la propria struttura e/o in associazione, a garantire il rispetto della pattuizione contrattuale in termini di volumi e tipologie di attività attesi, di garanzie per gli utenti e di responsabilità sui risultati produttivi attesi.

Tali rapporti contrattuali, per quanto riguarda la parte economica e normativa devono avere durata pluriennale (normalmente triennale), fatti salvi, in sede di definizione del piano annuale di attività, gli adeguamenti produttivi in merito alla tipologia ed ai volumi delle prestazioni oggetto del contratto e gli eventuali adeguamenti al budget regionale.

Gli accordi contrattuali stipulati in sede locale dovranno inoltre essere formulati secondo le indicazioni di cui all'allegato 1 della deliberazione di Giunta regionale 426/2000, tenendo conto dei seguenti fattori ed eventualmente adattando le intese già intercorse ai contenuti minimi esplicitamente richiamati in detto allegato:

- la contrattazione locale, per quanto attiene alle presente intesa, dovrà essere condotta con gruppi di produttori facenti capo alle articolazioni territoriali rappresentative dei soggetti firmatari dell'accordo generale
- l'accordo regionale vigente al momento della sottoscrizione dell'accordo contrattuale in sede locale funge da intesa-quadro da cui dipendono principi e linee guida utili per orientare la contrattazione locale e la cui deroga, ove se ne ravvisi la necessità, deve essere motivata ed espressamente accettata dalle parti; il successivo punto B.4.2 del presente accordo definisce alcune caratteristiche del contenuto pattizio e degli indirizzi produttivi che dovranno essere riconosciuti negli accordi locali qualora le parti non definiscano concordemente indicazioni diverse sui punti presi in considerazione, ma comunque compatibili con la disciplina generale del presente accordo;
- in sede di accordi locali non potranno essere previste penalità specifiche rispetto al sistema regionale in merito agli sforamenti di budget; possono essere previste forme di penalità che intervengono a fronte della non adozione di comportamenti produttivi concordati previsti nell'accordo locale sottoscritto. Anche queste eventuali forme di penalità devono essere esplicitate negli accordi locali. In merito al fatturato lordo su cui viene effettuato il calcolo delle penalità, le eventuali "penalità" locali impattano sul fatturato con la medesima modalità delle contestazioni (da intendersi nel senso che le contestazioni non rilevano economicamente fino a concorrenza delle eventuali penalità);
- la contrattazione locale dovrà indicare la prevedibile quota di ricoveri oggetto di invio diretto agli ospedali privati da parte della struttura pubblica. Al fine di migliorare l'integrazione funzionale fra pubblico e privato, la previsione del numero di invii deve comunque tenere in considerazione il livello di accesso diretto verso i reparti medici, in particolare le medicine generali, degli ospedali pubblici, prevedendo,

qualora vi sia un forte squilibrio nella percentuale di accessi diretti fra pubblico e privato, di valutare la possibilità di intervenire sulla quota di ricoveri programmati. Per quanto concerne i ricoveri in lungodegenza e riabilitazione il principio della non pervasività non può considerarsi a limitazione degli invii da struttura pubblica pur nel rispetto, in particolare per la riabilitazione, del principio della libera scelta del luogo di cura e della libertà di accesso a fronte di specifiche prescrizioni;

- tale quota di prevedibile invio diretto costituisce il limite oltre il quale dovrà essere prevista una integrazione ai contenuti contrattuali con conseguente assegnazione di risorse aggiuntive corrispondenti;
- dalle penalizzazioni tariffarie sono di regola esclusi i casi effettuati su invio diretto dalle strutture pubbliche e da queste prorogati sulla base di esplicita richiesta

#### **B.4.2) Contrattazione locale - ulteriori indicazioni**

I budget 1 e 2 di cui al precedente punto B.4 sono relativi all'attività di ricovero ospedaliero, fatto salvo quanto specificato al punto A.11.

La quota complessiva di LPARE delle strutture private, in ambito aziendale, si deve intendere come integrata alla composizione dell'offerta ospedaliera pubblica.

Gli accordi locali prevedono la quota di LPARE che, nell'ambito della pianificazione Aziendale, viene attribuita alla spedalità privata, confermandosi, orientativamente, una quota a tale titolo del 20% dell'attività accreditata, contrattata a livello locale fatte salve le verifiche circa una diversa organizzazione dell'offerta.

Il budget intra ausl deve intendersi come coerente ai fabbisogni locali. Gli accordi locali forniscono gli indirizzi produttivi e individuano le tipologie e il numero di prestazioni contrattate in via prioritaria. La individuazione delle prestazioni di interesse aziendale non è a copertura di tutta la capacità dei singoli produttori (non pervasività), ma indica le priorità del committente, secondo un criterio che lascia alle strutture un margine di autonomia produttiva e competitività, comunque improntata ai canoni dell'appropriatezza e dell'efficacia. Quanto definito in via contrattuale orienta la produzione della struttura.

Nell'ambito delle funzioni contrattate i volumi acquisiti dovranno essere congrui rispetto ai requisiti dell'accreditamento dei reparti, secondo un principio quantitativo di sostenibilità nel rapporto fra entità economica delle prestazioni e costi affrontati per produrle, pur nell'ambito del principio della non pervasività.

I suddetti accordi non dovranno pertanto delimitare la produzione di ogni struttura aderente all'intesa, ma stabilire, secondo criteri di equità tra strutture pubbliche e private nella scelta delle funzioni eventualmente da riconvertire e nella attribuzione delle specialità da esercitare, la quantità e la tipologia di prestazioni da fornire in via prioritaria, in conformità ai piani di attività locali, ed in coerenza con le funzioni per le quali le strutture sono accreditate, restando impregiudicati il quadro del livello tecnologico – professionale e la diversificazione specialistica



propri di ogni struttura, che resta accreditata ed abilitata ad erogare prestazioni intra ed extra – AUSL, nonché fuori regione, per tutte le funzioni ospedaliere ed ambulatoriali accreditate.

Nel caso in cui, trascorsi 30 giorni dalla definizione degli obiettivi della programmazione aziendale, si riscontri il mancato raggiungimento degli accordi a livello locale e persista incongruenza tra gli obiettivi citati e l'attività esercitata dalle strutture private la contrattazione verrà condotta a livello regionale con la partecipazione delle parti interessate e delle Associazioni rappresentative firmatarie del presente accordo. Nel persistere dell'assenza di un accordo locale si applicano la disciplina e il contenuto del presente accordo Regionale.

In ogni caso, qualora gli obiettivi della programmazione aziendale comportino riconversioni che necessitano di significativi interventi strutturali e organizzativi, si dovrà tenere conto dei tempi necessari e l'obiettivo dovrà essere articolato nell'arco del triennio di validità del presente accordo, o, se ritenuto necessario dalle parti, in un tempo ulteriore.

#### **B.4.3) Contrattazione locale extra-aziendale**

I contratti relativi alle strutture private extra aziendali (e cioè situate al di fuori del territorio di competenza dell'Azienda USL) sono stipulati secondo i medesimi criteri di quelli intra aziendali di cui ai punti B.4.1, in questo caso con il singolo diretto contraente o, in area vasta, anche con gruppi di committenti e produttori.

I contratti di fornitura devono essere stipulati qualora gli importi di spesa storica superino i 250.000 € e, salvo diversi accordi tra le parti, con un volume previsto di prestazioni corrispondenti alla spesa storica dell'anno precedente.

Nell'ambito dell'area vasta le esigenze di contenimento e prevedibilità della spesa, tenuto conto della riduzione operata sui budget 2 a vantaggio dei budget 1 intra aziendali pari a circa 3,8 mil.ni di €, sono soddisfatte da detta decurtazione; i contratti in area vasta da stipularsi qualora l'attività superi i 250.000 €, dovranno pertanto limitarsi all'aspetto qualitativo della produzione senza riferimento al tetto economico per struttura (tipologia delle prestazioni, liste di attesa, appropriatezza, ecc.). La predetta decurtazione a vantaggio dei budget 1 soddisfa comunque le esigenze di ridimensionamento della mobilità territoriale.

Tuttavia, in materia di prestazioni extra-aziendali non negoziate le parti private si attiveranno comunque per favorire il contenimento delle prestazioni entro i budget complessivi sopra concordati, fatta salva l'operatività dei meccanismi di penalizzazione di cui alla presente intesa, e si impegnano a produrre secondo una tipologia conforme agli indirizzi della programmazione regionale ed ai principi di riqualificazione dell'attività stabiliti nel seguente paragrafo. Dalle penalizzazioni devono essere escluse le prestazioni fornite su invio diretto da parte delle strutture di ricovero pubbliche regionali assimilando le stesse a prestazioni extra budget.

In considerazione del fatto che la produzione extra AUSL è nella grande maggioranza concentrata in specifici bacini di utenza, al fine di prevenire

fenomeni non controllati di mobilità e per una programmazione delle risorse presenti sul territorio si è ritenuto importante continuare a proporre alle parti, in sede locale, l'opportunità di adottare lo strumento dell'Accordo di area vasta.

Questa tipologia di accordi, può avvenire attraverso la stipula di accordi singoli o attraverso un unico accordo con gruppi di aziende e/o di AUSL.

Da parte delle Aziende tale strumento deve essere considerato come mezzo di governo della mobilità ed uno strumento per avere maggiore certezza della spesa, da parte dei produttori privati come strumento per prevenire fenomeni di esubero del fatturato extra ausl che comportino poi difficoltà nelle applicazione del presente accordo regionale.

Il budget definito in tali accordi può considerarsi di fatto come estrapolato dal complessivo budget 2.1 e sarà ricondotto, in caso di sfioramento, al budget stipulato nell'accordo attraverso meccanismi di penalità a favore delle Aziende USL che hanno sottoscritto l'accordo medesimo.

Il punto di riferimento per la stipula degli accordi di area vasta deve essere il budget 2.1. di area vasta costituito dalla somma dei limiti individuali di cui al successivo punto B.6.3.

Con il presente accordo vengono ridefiniti i limiti individuali delle singole strutture (fatturato storico proporzionalizzato ai singoli budget) che sono il riferimento per l'applicazione delle penalità di budget 2.1. e 2.2 ( per il 2011 valgono gli stessi limiti di budget 2 del 2010, tenendo conto di alcune eccezioni derivanti da condizioni specifiche di alcuni OPA ). I limiti di budget sono costruiti sulla base della media individuale 2008, 2009 netta da penalità e 2010 al lordo delle stesse ed al netto degli invii dal pubblico, nonché tenendo conto delle eccezioni sopra indicate .

E' auspicabile che i produttori pervengano alla conclusione degli accordi di area vasta stipulando intese fra gruppi di Aziende e gruppi di produttori, possibilmente con il coinvolgimento di tutti i soggetti componenti l'area.

È inoltre possibile che le aziende AUSL di una stessa area concludano accordi, con i produttori della medesima area, basati sulla spesa storica come sopra ricostruita (adeguata annualmente con gli incrementi budgettari regionali) comprensiva del fatturato intra AUSL e del fatturato extra AUSL, prevedendo che i contenuti economici, sulla base di una scelta condivisa ed esplicitata a livello contrattuale, siano gestiti:

- a) o attraverso la regolazione tra le Aziende delle eventuali differenze tra previsioni di spesa e fatturato effettivo nei limiti di budget di area vasta;
- b) o attraverso lo stanziamento preventivo di una quota di spesa ancorata al fatturato storico e, in omaggio a criteri di prevedibilità della spesa, rinunciando alle compensazioni e componendo un budget unico di area vasta. In tale eventualità l'Accordo dovrà essere complessivo (ricomprendere tutte le AUSL e tutti i produttori dell'area) ed i volumi contrattati saranno assimilati ad un unico budget intra AUSL (budget unico multiprovinciale) con le stesse modalità di funzionamento del budget 1 per quanto riguarda calcolo ed applicazione delle penalità.

### **B.5.) RIQUALIFICAZIONE DELLE ATTIVITA'**

Vista la necessità di favorire una complessiva riqualificazione dell'attività ospedaliera ed un corretto inquadramento delle prestazioni secondo quanto stabilito dai provvedimenti regionali in materia di obiettivi di produzione ospedaliera (recupero di efficienza, riduzione del tasso di ospedalizzazione, miglioramento del rapporto costo/efficacia e qualità/quantità delle prestazioni, propensione all'utilizzo del DH), le parti private si impegnano a modulare la propria attività, ed a organizzare il proprio sistema produttivo al fine di mantenere gli obiettivi del sistema regionale anche attraverso un graduale allineamento delle pratiche assistenziali con quelle delle strutture pubbliche, secondo un principio di appropriatezza.

Le strutture si impegnano inoltre a rendere esplicito e ad informare conseguentemente il cittadino sui contenuti dell'episodio di cura, con particolare riferimento alle fasi di pre e post – ricovero (continuità assistenziale).

### **B.6.) ARTICOLAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI MECCANISMI DI BUDGET E DI PENALIZZAZIONE**

#### **B.6.1) Tetti di spesa non alta specialità**

Il budget complessivo regionale per la non alta specialità come sopra fissato si modifica in virtù dell'andamento della mobilità extra regionale verificatasi rispetto all'anno di riferimento, come disciplinato al punto A.9 del presente accordo.

Per il controllo dei tetti di spesa di cui ai budget 1 e 2 sono previsti i seguenti meccanismi regionali e locali. Il budget 3 verrà trattato specificatamente in apposito separato paragrafo.

Budget e tetti complessivi regionali: i tetti regionali non sono superabili; nel caso in cui si verificano sfondamenti della cifra complessiva sopra riportata, scatteranno i meccanismi di penalizzazione individuale e complessiva, fino al rientro con effetto retroattivo a tutta l'annualità interessata, mediante riduzione delle tariffe (tariffa variabile), come meglio di seguito specificato.

#### **B.6.2) Funzionamento dei budget locali intra AUSL**

1° livello: prestazioni intra AUSL:

nel caso che in ambito locale i singoli fatturati portino ad un superamento del budget 1 Aziendale (budget intra-AUSL – conteggiati separatamente per singole aziende AUSL o, nel caso di accordi di area vasta senza o con compensazione della spesa, elaborati a livello di area vasta), opererà, sempre a livello locale, un sistema di remunerazione a scalare delle prestazioni individualmente eseguite in eccesso rispetto alle intese stipulate a livello locale, tale da ricondurre il valore delle prestazioni locali al budget complessivo concordato.

Posto che la somma dei singoli budget individuali delle strutture concordati localmente o, nel caso di accordo senza indicazioni singole, dei budget individuali 2006 adeguati proporzionalmente (denominati entrambe “di riferimento”), deve sempre essere uguale al budget concordato a livello Aziendale (metropolitano per la provincia di Bologna o di area vasta nel caso sopra previsto), la riduzione a scalare opererà secondo i seguenti criteri fino al rientro (tariffa variabile) nei tetti di spesa locali concordati, non inferiori ai limiti di cui al presente accordo:

- riduzioni applicabili solo al fatturato in eccesso rispetto a quello di riferimento e solo se il fatturato complessivo locale supera quanto negoziato;
- le riduzioni così individualmente calcolate saranno applicate fino a concorrenza del rientro nel budget locale .

Gli importi di riferimento individuale saranno fissati in sede di Commissione Paritetica alla luce dei contenuti dei contratti di fornitura Aziendali o, in caso di loro assenza o non raggiungimento, sulla base dei budget individuali in funzione per l'anno 2006 adeguati proporzionalmente ai budget aziendali.

### **B.6.3) Funzionamento dei budget locali extra AUSL**

*2° livello - prestazioni extra AUSL :*

Per il 2011 si applica la disciplina prevista dal precedente Accordo Regionale 2007/2009.

Per gli anni successivi, in assenza di accordi di area vasta, i meccanismi per il rientro nei budget 2.1 e 2.2. complessivi operano come segue:

#### **a) Regole comuni ai budget 2.1. e 2.2. :**

- qualora si superi a livello complessivo il singolo budget extra – aziendale assegnato a livello regionale opererà un impianto di penalizzazione a tariffa variabile attraverso riduzioni applicabili solo al fatturato complessivo extra AUSL in eccesso rispetto a quello negoziato a livello regionale (budget 2)
- le penalità verranno applicate ai produttori fino a concorrenza del rientro nei budget regionali rispetto ai limiti individuali di ogni struttura.
- la somma dei limiti individuali di ogni anno non potrà mai superare l'importo del budget per lo stesso anno;
- i limiti validi per l'anno 2012 (vedasi allegato sub 2 ) saranno aggiornati negli anni a seguire delle stesse percentuali di adeguamento del budget 2.

#### **b) Limiti individuali di budget 2.1.**

- i limiti sono costruiti sulla base della media dei fatturati del triennio 2008/2010 (2008 e 2009 al netto penalità, 2010 al lordo penalità) di ogni struttura per prestazioni extra AUSL verso altre Aziende dell'area vasta, al netto per ogni produttore della quota di rientro al budget 1 attribuita ad ogni AUSL (prospetto allegato sub 2); le parti concordano che l'indicazione comune, dettagliata nell'allegato prospetto, è quella di attribuire ad ogni produttore in budget 1 il volume decurtato dai budget 2

intra area vasta, e che in caso contrario la quota non attribuita in sede locale verrà reinserita nei rispettivi budget, concorrendo al limite individuale della struttura.

**c) Limiti individuali di budget 2.2.**

- i limiti sono costruiti sulla base della media triennale dei fatturati (costruita come sopra al punto b) di ogni struttura per prestazioni extra AUSL verso altre Aziende della regione al netto della quota attribuita al budget 2.1. Qualora dovessero insorgere penalità per prestazioni occasionali in presenza di un limite di budget esiguo la Commissione Paritetica potrà valutare nel merito questi casi e, anche in funzione dell'andamento del budget complessivo, definire eventuali variazioni rispetto alla mera applicazione standard delle penalità.

I meccanismi di penalità di cui sopra non operano per prestazioni in degenza il cui accesso è stato richiesto dalla struttura pubblica regionale inviante, ovunque ubicata (assimilate pertanto a prestazioni extra-budget).

Le modalità con cui possono essere definiti accordi di area vasta, alla luce di quanto sopra concordato al punto B.4.3., possono essere declinate sulla base di diversi modelli di negoziazione; in loro assenza o in mancanza di una diversa pattuizione si applicano le regole descritte sopra ai paragrafi a) e b).

Qualora vengano sottoscritti i suddetti accordi di area vasta, con disciplina budgetaria loro propria, i budget definiti saranno monitorati in maniera specifica e non concorreranno alla definizione complessiva degli eventuali sforamenti.

Considerato che, comunque, i budget 2 non possono esser valicati, detratti i budget definiti in sede di area vasta, la quota di budget per la quale valgono i meccanismi di rientro sopra definiti viene calcolata per sottrazione.

Da tali penalizzazioni individuali e complessive (livelli 1 e 2) sono escluse le strutture Villa Salus di Rimini per i ricoveri inviati e prorogati da strutture pubbliche e Santa Viola di Bologna.

**B.7.) CONSEGUIMENTO DI PARTICOLARI OBIETTIVI DI PRODUZIONE DI INTERESSE REGIONALE**

E' importante mantenere un set di obiettivi di importanza regionale verso cui deve tendere la produzione, in modo tale che sia mantenuto il monitoraggio su alcuni fenomeni di particolare interesse e per verificare l'omogeneità dei comportamenti da parte delle strutture.

Il raggiungimento degli obiettivi può essere elemento per orientare l'applicazione delle penalità da parte della Commissione Paritetica, a fronte di situazioni che possono essere fonte di particolari criticità. Anche il mancato raggiungimento degli obiettivi può essere fonte di valutazioni con impatti concreti

nell'applicazione delle penalità e nell'analisi dei contenziosi che dovessero scaturire anche a livello locale.

Nell'allegato sub 1.2 vengono illustrate le modalità ed i criteri di conseguimento dei risultati (obiettivi) che certificano la conformità della produzione delle strutture rispetto alle linee guida della programmazione regionale.

La Commissione Paritetica, sentita la Commissione Tecnica Regionale Paritetica per la Salute Mentale per la materia di competenza, è abilitata ad apportare al sistema degli obiettivi tutte le modifiche ritenute opportune per adattare i contenuti della presente intesa all'evoluzione del sistema sanitario regionale ed alle innovazioni previste dalla presente intesa.

Le singole AUSL e/o le aree vaste, nell'ambito degli accordi-contratti con le strutture private, definiranno operativamente le specifiche territoriali rispetto alla disciplina generale.

Gli obiettivi rilevanti, illustrati nell'allegato documento tecnico (allegato sub 1.2), sono suddivisi tra obiettivi di interesse regionale e locale e sono caratterizzati dalla rispondenza ai seguenti criteri:

- misurabilità
- oggettiva evidenza
- rilevabilità sulla base dei flussi informativi routinari

Vengono allegate alla presente intesa le schede tecniche di definizione degli specifici obiettivi, illustrative delle modalità di verifica e misurazione del loro raggiungimento, nonché delle modalità tecniche di ripartizione fra i diversi ospedali appartenenti alle varie categorie.

In linea generale il sistema degli obiettivi deve essere legato a un trend di miglioramento, rispetto agli obiettivi individuati, o di mantenimento di standard considerati soddisfacenti ed elevati dalle parti. Non è da considerarsi né corretto né nell'ottica delle finalità del meccanismo, accedere ai risultati di conseguimento con performance peggiorative, sempre in relazione agli obiettivi individuati.

Parimenti non è corretto tarare i miglioramenti quali-quantitativi richiesti con eventuali performance positive registrate nell'anno precedente in modo straordinario e non ripetibile. I parametri di riferimento degli obiettivi regionali sono sottoposti a revisione annuale, da concordare in sede di Commissione Paritetica. Per l'anno 2011, in considerazione del fatto che non si è ancora proceduto al consolidamento dei dati 2010, la Commissione Paritetica si riserva di individuare il riferimento fra uno dei due anni precedenti; e così anche per gli anni successivi del triennio.

Gli eventuali obiettivi aggiuntivi o sostitutivi fissati a livello locale dovranno essere obiettivi chiaramente valutabili, misurabili e rilevabili.

Le Aziende e gli OPA dovranno inviare alla Commissione paritetica un report relativo ai livelli di raggiungimento degli obiettivi individuati.

Qualora a livello locale non siano individuati obiettivi specifici sostitutivi si fa riferimento a quelli allegati al presente accordo.

### **PARTE III**

#### **C.) PARTE SPECIFICA SALUTE MENTALE**

La presente parte III dell'accordo è rivolta alle strutture private che forniscono attività di tipo psichiatrico, e specificatamente ai seguenti ospedali privati:

- 1. Villa M. Luigia**
- 2. Villa Rosa**
- 3. Villa Igea**
- 4. Ai Colli**
- 5. Villa Baruzziana**
- 6. Villa Azzurra**

ed alla struttura residenziale psichiatrica, associata all' AIOP, accreditata come residenza sanitaria psichiatrica trattamento intensivo (RTI) con requisiti assimilabili a quelli previsti per le sopra indicate strutture ospedaliere, denominata  
**“Sole”,**

con sede a Misano Adriatico, anche quale facente parte del gruppo ospedaliero collegato all' O.P.A. Salus (FE), struttura partecipante al presente accordo regionale ed a cui la residenza è funzionalmente connessa .

#### **C.a.) PREMESSA**

*Con delibera n. 327/2004 la Giunta Regionale ha stabilito, fra l'altro, “di procedere, per quanto espresso in premessa, ai soli fini dell'accreditamento istituzionale, senza pertanto modificare l'assetto autorizzatorio e quanto previsto dai vigenti accordi fra Regione e AIOP regionale, e fatte salve le funzioni di tipo ospedaliero, mono o pluridisciplinari, già svolte sulla base di specifici accordi aziendali, all'assimilazione delle strutture ospedaliere private che erogano attività di tipo psichiatrico alle Residenze Sanitarie Psichiatriche.....”*

Con l'Accordo Regionale stipulato tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Italiana Ospedalità Privata nel novembre 2007, formalizzato con deliberazione di Giunta Regionale n. 1654/2007 “Approvazione dell'accordo generale per il triennio 2007-2009 tra la Regione Emilia Romagna e la Associazione delle Ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata” le parti hanno concordato di procedere per l'area di lavoro della salute mentale, lungo tre direttive principali:

- specializzazione dell'offerta dei servizi AIOP, allora indistinta e gravante interamente sulla disciplina ospedaliera (cod. 40);
- specializzazione e qualificazione che rispetti criteri e protocolli previsti dal percorso dell'accreditamento istituzionale dei servizi pubblici;
- maggiore qualificazione del servizio privato al fine di raggiungere più ampia appropriatezza e continuità terapeutica assistenziale.

Le parti sono concordi nel valutare conclusa la fase di avvio delle citate direttrici di cambiamento, secondo la programmazione effettuata con il precedente Accordo e sostanzialmente riflessa negli accordi sottoscritti a partire dal 2008 in sede locale.

Le parti condividono di ribadire l'assetto al quale si è pervenuti con l'applicazione del precedente Accordo regionale, riflesse nelle disposizioni contenute nella DGR 1654/2007, secondo le quali nello scenario attuale, che presenta bisogni assistenziali molto diversificati, si rende necessaria una puntuale programmazione nell'area della residenzialità e del ricovero, che sviluppi l'efficacia, l'appropriatezza e la valorizzazione delle risorse fornite dal sistema dei servizi della salute mentale.

In particolare si intende ribadire la validità delle conclusioni raggiunte dal gruppo di lavoro congiunto costituito con determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 9141 del 29/06/2005 e n. 9598 del 7/7/2006; con tale atto è stata istituita e disciplinata la Commissione Tecnica per la salute mentale avente il compito, tra gli altri, di elaborare una proposta condivisa in tema di: patologie trattabili nelle strutture residenziali; linee guida concordate per il monitoraggio dei ricoveri; inquadramento degli ospedali privati con attività di psichiatria nell'ambito del DSM e della residenzialità. Il lavoro conclusivo fu condensato in un documento di proposta che fu posto a base del precedente Accordo Regionale 2007/2009 (DGR n. 1654 del 5/11/2007 - all. 3.3.) e che tuttora, tramite il presente richiamo, viene confermato nei contenuti negoziali del presente accordo, salvo espresse modifiche illustrate nel seguito.

#### **C.b.1) AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO E ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

Le parti ribadiscono la necessità che in capo alle 6 strutture partecipanti all'Accordo Regionale, permanga l'autorizzazione ospedaliera, come da esse già ottenuta in via definitiva ai sensi della DGR 327/2004, con i conseguenti obblighi in campo strutturale, organizzativo e tecnologico, e che detta autorizzazione di tipo ospedaliero sia riferita alla totalità dei posti letto, con le varianti disciplinari che potranno essere accordate in sede applicativa dei singoli accordi locali.

Nel corso del triennio 2008/2010 si è proceduto sulla base dei citati provvedimenti e accordi locali, ad accreditare dapprima provvisoriamente gli indicati sei ospedali privati di tipo psichiatrico e poi, come conseguenza delle diverse delibere che si sono succedute nel tempo in tema sia di requisiti di accreditamento (in particolare DGR n. 2000 del 14/12/2009: *requisiti specifici per l'accreditamento delle*



*strutture psichiatriche in possesso di autorizzazione al funzionamento di tipo ospedaliero*) che di percorsi, procedure e fabbisogno (DGR n. 1891 del 6/12/2010), a concedere loro l'accreditamento definitivo a partire dall'anno 2011 con determinazioni della D.G. Sanità della RER.

La struttura residenziale SOLE è stata definitivamente accreditata con determina n. 4115 del 21/4/2010 sulla base delle procedure previste dalla determina n. 6952 del 23/2/2007, entrambe della D.G. Sanità della RER, nonché, in termini di requisiti, dalla DGR n. 327/2004, con prescrizioni sostanzialmente conformi a quelle indicate per le restanti strutture partecipanti alla presente sezione dell'accordo ex DGR n. 2000/2009. La Regione rileva che la localizzazione della struttura al di fuori di uno stabilimento, pur tenendo conto del fatto che la recente riconversione opera a livello di accreditamento e non in termini autorizzatori, costituisce una esperienza positiva da valorizzare anche in vista di eventuali riconversioni che coinvolgano gli assetti strutturali delle strutture accreditate secondo la DGR 2000/2009.

In relazione al fabbisogno ed alle funzionalità delle scelte di programmazione regionale sono stati accreditati 423 posti letto residenziali (di cui 52 in regime semi-residenziale) e 366 posti letto ospedalieri, di cui 300 afferenti la psichiatria secondo lo schema riportato nell'allegato 3.2.

Per meglio illustrare i presupposti dell'assetto complessivo del sistema, si chiarisce che l'accreditamento, sia per la parte residenziale che per quella strettamente ospedaliera, continuerà a investire l'intera dotazione di PL autorizzati mentre l'utilizzo, in termini di risorse stanziare dall'Accordo Regionale in area psichiatrica per prestazioni assistenziali verso cittadini residenti (budget 3), viene definito in termini economici con il presente accordo regionale e riversato, in termini prestazionali, su una porzione di posti letto autorizzati/accreditati equivalenti al monte risorse stanziare e corrispondenti alle assegnazioni individuali evidenziate nei tabulati di monitoraggio.

Quanto al profilo epidemiologico dei malati afferenti alle due componenti residenziale e ospedaliera si fa riferimento ai provvedimenti legislativi ed amministrativi in vigore a livello regionale e nazionale; si rimanda alla deliberazione di Giunta Regionale n. 2000/2009 il dettaglio specifico della mission e dei requisiti organizzativi e clinici necessari alle discipline ospedaliere e alle strutture residenziali oggetto del presente Accordo.

## **C.e) OFFERTA FUNZIONALE ED ECONOMICA IN CAMPO PSICHIATRICO DEGLI OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI**

### **C.c.1) La componente residenziale**

La componente residenziale accreditata RTI (residenze a trattamento intensivo, anche specialistiche) e RTP (residenze a trattamento protratto) si avvale, ad eccezione della RTI "Sole", di criteri di accreditamento specifici dettati da DGR n.

2000/2009 che tengono conto della collocazione dei reparti in ambito ospedaliero (*RTI e RTP in contesto ospedaliero*), ovvero consoni alla particolare realtà ospitante e quindi alle peculiarità strutturali, tecniche ed organizzative proprie di un ambiente protetto e connotato per sua natura da modelli e tipologie specifiche a valenza ospedaliera.

La componente residenziale è accreditata con un totale di 403 posti letto e completamente utilizzata nell'ambito del budget 3 regionale. Tale numero risulta comprensivo di una porzione di posti letto leggermente superiore rispetto al fabbisogno correlato, espresso nell'allegato n. 3.1, al fine di tener conto dei possibili picchi di domanda che si possono registrare e per permettere il pieno utilizzo dei posti letto oggetto di committenza.

L'esistenza di procedure e criteri di accesso condivisi tra DSM-DP e strutture AIOP, da attuarsi mediante partecipazione ai lavori del Comitato di Dipartimento, e da sottoscrivere in forma di accordo, è requisito necessario al fine del raggiungimento degli obiettivi dettati dalla presente intesa. A seguito degli accordi e dell'integrazione nel proprio DSM-DP territoriale, a cui consegue la condivisione delle procedure e dei criteri di presa in carico, la facoltà di accesso, ferma restando in capo al DSM-DP la titolarità prioritaria anche in materia di fissazione della disciplina operativa, viene estesa, indipendentemente dalla residenza del paziente, alla componente professionale medica delle singole strutture AIOP, fermo restando che sia data comunicazione al DSM-DP della decisione di accogliere il paziente, preventivamente quando possibile, o contestualmente al suo ingresso in struttura, al fine di rendere praticabile il dovere di presa in carico del paziente da parte del DSM-DP.

Gli oneri derivanti dagli invii predisposti dalla componente professionale medica delle singole strutture AIOP rientrano a tutti gli effetti nel budget totale concordato, e la componente privata, al pari di quella pubblica, concorre delle responsabilità derivanti da eventuali sovrautilizzi. La verifica e manutenzione dei criteri e delle procedure è a cura dei Comitati di Direzione dei DSM-DP, ai cui lavori partecipano stabilmente i rappresentanti delle strutture AIOP.

In caso di sovrautilizzo rispetto ai volumi commissionati e svolti nel rispetto delle regole di appropriatezza previste a livello regionale, occorrerà rivedere con cadenza trimestrale il piano di committenza e decidere in merito all'eventuale riduzione di produzione nei trimestri successivi ovvero alla formalizzazione del riconoscimento economico di produzioni aggiuntive, anche pregresse, rispetto ai budget concordati.

A tale scopo viene costituita presso l'Azienda USL sul cui territorio insiste la struttura privata, una Commissione Locale di Monitoraggio a questo Accordo, opportunamente estesa all'area vasta, che potrà decidere ed adottare tempestivi correttivi nei casi di sovra e sotto-utilizzo. A tale Commissione competerà fissare annualmente il piano di committenza locale e/o di area vasta.

Eventuali aggiuntivi utilizzi possono essere previsti e concordati a livello di contrattazione locale, così come previsto dagli accordi regionali.

E' possibile esplicitare l'attività in regime di Centro Diurno, la cui spesa sarà per funzione, e corrisposta in regime intra budget.

All'interno della componente residenziale saranno oggetto di committenza anche le prestazioni di tipo specialistico (PR.SP.: indicativamente psicogeriatría, doppia diagnosi, neuropsichiatria età evolutiva, ecc.) secondo canoni disciplinari e criteri da concordare e verificare al rinnovo del provvedimento di accreditamento, sia in sede di prosieguo dei lavori della Commissione Paritetica Psichiatrica sia, conseguentemente, in sede locale in ogni singolo dipartimento.

Le tariffe relative alle residenze a trattamento intensivo, protratto e specialistiche sono allegate al presente accordo (sub all. 3.1) e vengono accolte dalle parti come documento concordato e condiviso nel presente contratto. Gli adeguamenti tariffari verranno concessi in misura uguale a quelli budgetari, questi ultimi ove spettanti in funzione di quanto concordato al punto B.3 del presente Accordo Generale.

### **C.c.2) La Componente Ospedaliera**

La componente ospedaliera prevede al suo interno una molteplice articolazione, numericamente dettagliata negli allegati n.3.1 e 3.2., e con le seguenti caratteristiche.

**C.c.2.1.) Il Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo (SPOI)**, suddiviso in nuclei da 10/18 PL per un totale regionale di 76 posti letto, è un reparto che garantisce l'accesso su 24 ore giornaliere, molto simile a quello dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, con requisiti più attenuati, senza prevedere la possibilità di effettuarvi ricoveri obbligatori. Il reparto SPOI risulta destinato al trattamento di una casistica complessa, meno grave e volontaria, anche se acuta.

Il settore potrà dotarsi di posti letto in day hospital, la cui spesa sarà per funzione o con tariffa pari all'80% di quella ordinaria e corrisposta in regime intra budget (extra budget previi accordi locali)

La mission e l'organizzazione del reparto SPOI, già esplicitati nella delibera di Giunta Regionale n. 1654/2007 (in particolare all'allegato 3.2., qui richiamato e confermato) e n. 2000/2009, vengono ribaditi e convalidati. Gli adeguamenti tariffari verranno concessi in misura uguale a quelli budgetari, questi ultimi ove spettanti in funzione di quanto concordato al punto B.3 del presente Accordo Generale .

L'accesso è normalmente riservato al DSM-DP con livelli ottimali di invio oltre l'80% dell'intera occupazione e potrà essere disposto, per la parte non oggetto di invio diretto, con prescrizione medica pubblica (prescrizione del medico di base o dello specialista). Il reparto è classificato codice 40.2, produce la SDO e potrà accogliere anche pazienti del territorio nazionale, nel rispetto delle citate priorità occupazionali del DSM-DP. E' pertanto necessario per accedere a tale reparto, il possesso del modello unico di richiesta che deve essere compilato da un professionista afferente al Servizio Sanitario Nazionale, attraverso impegnativa

vigente per l'accesso ai reparti ospedalieri. Non è quindi possibile l'inserimento in accesso diretto.

**C.c.2.2)** Un secondo settore ospedaliero ospita **reparti riabilitativi (Cod. 56)**, di cui una parte destinati ai trattamenti dei disturbi del comportamento alimentare (reparti DCA). La porzione oggetto di committenza regionale è limitata ai reparti DCA e si attesta sui 22 posti letto (di cui 6 in regime di day hospital), mentre la dimensione dell'accreditamento dei reparti riabilitativi (e quindi autorizzatoria) viene comunque dettagliata nel prospetto sintetico evidenziato in allegato 3.2, come assetto di convergenza condiviso dalle singole strutture partecipanti con l'adesione al presente accordo.

La tariffa DCA indicata è quella attuale (DGR 16/12/2002 n. 2582) collegata all'insieme del percorso terapeutico multidisciplinare di durata prolungata, con i dovuti aggiustamenti dovuti alla dinamica inflattiva e dei costi di esercizio ("tariffa a pacchetto" di € 30.000 per ricoveri tipo A e di € 16.200 per ricoveri tipo B, con paritario adeguamento percentuale delle interruzioni di programma); tenuto inoltre conto del fatto che possono sussistere necessità di ricovero limitate a solo una parte dell'intero trattamento (es.: segmento riabilitativo di un ricovero medico), si ritiene di poter concordare per tali casi una tariffa giornaliera pari a quella delle prestazioni specialistiche residenziali (attualmente € 231,13 pro die – vedasi allegato 3.1).

Il protocollo diagnostico – terapeutico, a cui è collegata la connessa valorizzazione del trattamento complessivo "a pacchetto", deve essere condiviso dall'Azienda USL di residenza, in conformità alla citata DGR 2582/2002. Trattandosi di una modalità di retribuzione particolare, anche per gli extra Regione, è necessaria l'autorizzazione dell'Azienda USL inviante, con la condivisione della tariffa; in tali casi si procederà a fatturazione diretta da parte della struttura con pagamento diretto da parte della Azienda USL di residenza.

Per la funzione DCA i PL accreditati dovranno soddisfare sia le esigenze regionali (budget 3) che le esigenze di committenza extra-regione.

Per accedere a tale componente è necessario il modello unico di richiesta, che deve essere compilato da un professionista afferente al Servizio Sanitario Regionale o Nazionale (medico di base o specialista esterno alla struttura). Non è quindi possibile l'inserimento in accesso diretto senza prescrizione medica esterna alla struttura.

Gli adeguamenti tariffari verranno concessi in misura uguale a quelli budgetari, questi ultimi ove spettanti in funzione di quanto concordato al punto B.3 del presente Accordo Generale .

**C.c.2.3)** La **restante porzione di PL ospedalieri autorizzati è accreditata come codice 40 e 56**, con remunerazione a tariffa regionale pari a quella in uso, anno per anno, per la mobilità sanitaria interregionale. Non rientra nel budget regionale ed è destinata ad assolvere le funzioni extra-budget richieste dalle singole Aziende USL o per soddisfare fabbisogni di altre aree. Anche per questi reparti, si è

provveduto ad adottare gli opportuni atti per il rilascio dell'accreditamento istituzionale.

Le parti concordano di confermare la prospettiva, già frutto di precedenti intese, da attuarsi entro il primo biennio del presente accordo, di poter pervenire ad una riconversione di ulteriori 3 PL per struttura da cod. 40 a cod. 56.

## **C.d.) DISPOSIZIONI PER LA REGOLAZIONE DEL SISTEMA**

### **C.d.1) Commissione Tecnica Paritetica per la Salute Mentale**

La Commissione Tecnica Paritetica Regionale per la Salute Mentale è composta da 10 membri, 5 rappresentanti di parte pubblica e 5 rappresentanti di parte privata.

I lavori di tale Commissione Tecnica si protrarranno per tutta la durata del presente accordo con funzioni di proposta in materia di monitoraggio delle prestazioni assistenziali, di interpretazione comune in ambito contrattuale, limitatamente all'area psichiatrica, del tutto simili a quelli della Commissione Paritetica Regionale. Le proposte formulate dalla Commissione Tecnica Psichiatrica verranno avanzate al tavolo della Commissione Paritetica Regionale ed in questa discusse e, se del caso, recepite e formalizzate.

A livello locale è insediata la Commissione locale di Monitoraggio, formata rappresentanti di parte pubblica e di parte privata in guisa tale da salvaguardare la partecipazione di ogni struttura, con compiti di esame ed analisi dell'offerta di prestazioni locale e di proposta alla Commissione Regionale.

### **C.d.2) Integrazione nel DSM-DP**

I rappresentanti delle strutture private partecipano ai lavori dei comitati di dipartimento competenti territorialmente (un rappresentante o più, per ogni struttura) con particolare riferimento ai temi della programmazione sanitaria, governo clinico, organizzazione e integrazione tra servizi pubblici e privati accreditati.

La Commissione Locale di Monitoraggio e la Commissione Regionale Paritetica per la Salute mentale rappresentano i due strumenti con cui monitorare l'applicazione di questo progetto e del correlato accordo regionale .

### **C.d.3) Tetto di spesa**

Nell'ambito del budget regionale per la non alta specialità viene ricavato nella fase a regime uno specifico budget per l'attività di psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'età evolutiva degli ospedali privati accreditati elencati nel paragrafo iniziale della presente parte III, e comprendente le funzioni residenziali, ospedaliere (SPOI ed SPDC ed i servizi per la cura dei disturbi del comportamento alimentare), anche espliciti in regime semi-residenziale.

L'ammontare di tale budget (denominato "budget 3") è pari a € 36.227.165 per gli anni 2011 e 2012 (vedasi prospetto allegato sub 3.3.), fatti salvi eventuali adeguamenti budgetari, ove spettanti in funzione di quanto concordato al punto B.3 del presente Accordo Generale.

La struttura residenziale Sole non rientra in tale budget regionale in quanto la stessa viene inserita nel novero dei soggetti accreditati di cui al presente accordo, ma eroga le proprie prestazioni sulla base di un accordo locale che stanziava risorse specifiche concordate a livello aziendale per l'intra AUSL. L'accesso dell'utenza extra provinciale viene regolato da appositi accordi specifici.

Eventuali aggiuntivi utilizzi possono essere concordati a livello di contrattazione locale.

Vengono inoltre determinati, a partire dal 2012, dei singoli budget di area vasta, dati dal complesso della media triennale 2008/2010 dei fatturati lordi delle strutture verso le AUSL di ogni area vasta (allegato 3.3.) ; in caso di eccesso di produzione in ogni area vasta, tenuto conto di una fascia di oscillazione del 10%, si procederà alla decurtazione con il meccanismo della tariffa variabile nei confronti di quelle strutture che avranno registrato una produzione di area superiore al proprio limite e fino alla concorrenza nel budget complessivo di area aumentato del 10%.

In virtù dell'istituzione per la prima volta nel presente accordo di un vincolo budgetario nell'ambito dell'area vasta, i contratti locali la cui attività incide sul citato ambito potranno limitarsi all'aspetto qualitativo della produzione (tipologia delle prestazioni, quantità attese per comparto, liste di attesa, appropriatezza, percorsi di cura, continuità terapeutica, ecc.), ritenendosi già operante in certa misura un modello di salvaguardia economica in forza dei predetti limiti di area vasta coniugati con la permanenza del budget 3 complessivo e dei correlati meccanismi di penalizzazione di cui nel seguito.

In caso di eccesso di produzione rispetto al budget complessivo di settore (Budget 3), si procederà alla decurtazione con il meccanismo della tariffa variabile nei confronti di quelle strutture che avranno registrato un volume di attività superiore rispetto ai limiti individuali indicati nell'allegato n. 3.3 (media dei fatturati netti 2008, 2009 e 2010, adeguata proporzionalmente al budget).

Tale penalizzazione sarà applicata per ogni esercizio, sul fatturato netto dalle penalità di area vasta, in misura proporzionale all'eccesso di produzione individuale rispetto al proprio limite e nella quantità sufficiente a permettere il rientro nel budget complessivo; della stessa beneficeranno, in misura proporzionale, le AUSL destinatarie del fatturato della struttura penalizzata, in via prioritaria quella extra area vasta, e, in caso di in capienza, le altre.

Nel 2012 e 2013 i limiti individuali regionali verranno assunti come media dei fatturati netti 2008/2010 e 2009/2011.

Nel 2013 i limiti individuali di area vasta verranno assunti come media triennale dei fatturati lordi 2009/2011.

#### **C.e.) CONTROLLI E PROROGHE**

I controlli devono essere individuali su singolo paziente secondo la normativa regionale vigente.

Per l'attività ospedaliera, certificata da SDO valgono i controlli di competenza delle strutture tecniche preposte della AUSL di competenza territoriale.

I controlli dovranno essere effettuati in corso di degenza dalla AUSL di provenienza del paziente in trattamento, che può delegare, in maniera esplicita a tale funzione la AUSL di competenza territoriale della struttura.

Le proroghe sono sempre determinate dai DSM di riferimento territoriale del paziente, sia per le brevi-degenze che per le medie-degenze, fatti salvi diversi accordi con il DSM inviante.

Devono essere previsti espliciti protocolli operativi per la richiesta di proroga che definiscano anche i tempi di risposta dei DSM. In mancanza di risposta da parte del DSM di riferimento la struttura è tenuta a rinnovare la richiesta ogni 7 giorni.

Per le degenze intra regione, in presenza della richiesta reiterata e della mancata risposta, non si applicano riduzioni tariffarie e/o penalizzazioni di sorta .

**Allegati: le parti concordano nell'assegnare agli allegati (ivi compresi gli allegati 3.2 e 3.3 della DGR n. 1654 del 5/11/2007) valore pattizio e nel considerarli parte integrante del presente accordo, fatto salvo quanto espressamente modificato e assunto nel corpo principale dell'accordo stesso.**

## **PARTE IV**

### **PARTE SPECIFICA PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

#### **• D.) CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE**

La tendenza a spostare dal livello di ricovero a quello ambulatoriale una sempre maggiore e più complessa quantità di prestazioni influenza fortemente liste e i tempi d'attesa tipici di un sistema sanitario pubblico ed universalistico. La pianificazione regionale, per governare le liste d'attesa, ha demandato alle Aziende USL il compito di aggiornare annualmente i "piani di produzione aziendali", anche al fine di effettuare una oggettiva valutazione della capacità di produzione complessiva aziendale pubblico/privata per rispondere al fabbisogno di assistenza specialistica dei cittadini, nel rispetto dei tempi massimi di attesa stabiliti nel Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa.

Quanto sopra detto è alla base dell'approccio avuto per l'accreditamento istituzionale che, anche in attuazione della legge 296/2006, è stato recentemente completato con l'accreditamento per struttura dei settori ambulatoriali delle strutture private ospedaliere.

Tale modalità peraltro preserva la specificità degli ospedali privati per i quali le singole specialità ambulatoriali sono al servizio, oltre che della collettività territoriale, delle necessità diagnostiche e terapeutiche dei reparti di degenza all'interno della struttura.

L'accreditamento per struttura, (ovviamente relativamente alle funzioni riscontrate in possesso dei requisiti previsti), favorisce una gestione flessibile dei rapporti fra Aziende e privato, tali da consentire - attraverso la possibilità di variazioni e/o adeguamenti annuali dei contratti di fornitura delle attività specialistiche e delle stesse tipologie di prestazioni oggetto dei singoli contratti -, di far fronte alle eventuali modificazioni dell'effettivo fabbisogno della popolazione di riferimento, già nel corso del periodo di validità dell'accreditamento.

Attraverso tali opzioni si è voluto avviare, in sostanza, un percorso destinato a collocare stabilmente anche il contributo del privato ospedaliero nell'ambito della pianificazione sanitaria territoriale, consolidando e qualificando l'apporto di tale categoria di fornitori per il soddisfacimento del fabbisogno della popolazione e per far fronte anche a necessità contingenti che richiedono flessibilità e tempestività di risposta.

L'inserimento stabile di tale categoria di fornitori, tra l'altro, facilita il raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, che derivano dall'applicazione di linee guida, protocolli diagnostico terapeutici, indicazioni di passaggio da un regime erogativo residenziale a quello ambulatoriale, criteri di priorità di accesso, per specifiche patologie, individuati in sede di revisione del decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza e di adozione di quanto stabilito dagli ultimi accordi Stato - Regioni, in modo da pervenire ad



un coinvolgimento di tutte le categorie sul percorso di qualificazione dell'assistenza specialistica.

L'integrazione nel sistema erogativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale comporta il soddisfacimento, anche da parte delle strutture private, del complesso dei debiti informativi riguardanti il settore, con particolare riferimento alla rilevazione dei dati riguardanti le prestazioni erogate e alla relativa trasmissione alla banca dati regionale (ASA), sia ai fini economici sia ai fini del mantenimento dello stato di soggetto accreditato.

Ciò premesso e considerato, la Regione Emilia-Romagna e l'AIOP Emilia-Romagna, si danno reciprocamente atto che:

- l'AIOP è sindacato rappresentativo delle strutture ospedaliere anche per quanto attiene il versante produttivo delle prestazioni ambulatoriali espresse dalle proprie associate che, in un contesto integrato con l'insieme delle strutture sanitarie pubbliche gestite direttamente dalle Aziende sanitarie della Regione, concorrono al soddisfacimento del fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale;
- il ruolo svolto dalle strutture, nell'ambito del macrolivello relativo all'Assistenza Distrettuale, contribuisce ad assicurare l'erogazione, a favore dei cittadini aventi diritto all'assistenza a carico del SSR, delle varie tipologie di prestazioni specialistiche incluse nei L.E.A e, in tal senso, supporta, oltre al settore delle degenze, la vocazione territoriale delle strutture associate all'AIOP che, grazie alla loro distribuzione sul territorio regionale, sono storicamente partecipi della rete integrata dell'offerta del SSR dell'Emilia-Romagna.  
Tale vocazione territoriale rende le strutture private titolari di accreditamento, una volta che siano divenute titolari di contratti per la fornitura di prestazioni, naturalmente destinatarie del Progetto regionale "Sole" che, pertanto, sarà gradualmente esteso anche ad esse secondo modalità da definire;
- è opportuno - al fine di dar corso ad una corretta applicazione, in termini quanto più possibile univoci sull'intero territorio regionale, delle procedure e delle innovazioni connesse all'instaurazione dei nuovi rapporti contrattuali derivanti dall'applicazione della normativa nazionale e regionale relativa all'istituto dell'Accreditamento istituzionale recentemente realizzato nella regione - formalizzare nell'ambito dell'accordo quadro regionale un capitolo dedicato al tema dell'attività ambulatoriale, inserendolo pertanto nel sistema degli accordi contrattuali regionali con i produttori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale, che consenta di superare a livello locale eventuali incertezze e dubbi interpretativi in materia di rapporti con il privato accreditato ospedaliero per le prestazioni ambulatoriali.

#### **D.1.) OGGETTO E FINALITÀ della parte D**

Il presente accordo quadro ha l'obiettivo di individuare le modalità operative comuni per tutto il territorio regionale nella gestione dei rapporti fra pubblico e

privato ospedaliero in ambito di erogazione di prestazioni ambulatoriali, in una logica di integrazione fra pubblico/privato, nel rispetto della libera scelta della struttura erogatrice e del principio di programmazione e previsione della spesa.

I rapporti contrattuali tra le Aziende USL e le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale saranno singolarmente regolamentati alla luce dei principi di cui al presente accordo quadro attraverso contratti di fornitura formalizzati, per le parti compatibili, sulla base delle indicazioni di cui alla D.G.R. Emilia Romagna n. 426/2000 ed ai sensi degli artt. 8 bis, 8 quinquies e 8 octies del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, relativi agli accordi contrattuali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni assistenziali.

Laddove sia possibile e/o ritenuto più opportuno tali rapporti potranno essere disciplinati da un contratto cumulativo che raggruppi tutti o più ospedali privati del territorio, anche di area vasta.

## **D.2.) RAPPORTI TRA AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E CONTRATTO**

Le Aziende USL e le strutture private accreditate presenti sul territorio di competenza stipulano rapporti contrattuali, in base ai Piani annuali di attività, nell'ambito di quanto accreditato per le singole strutture. Tali rapporti contrattuali, per quanto riguarda la parte economica e normativa devono avere durata pluriennale (normalmente triennale), fatti salvi, in sede di definizione del piano annuale di attività, gli adeguamenti produttivi in merito alla tipologia ed ai volumi delle prestazioni oggetto del contratto.

Laddove sia possibile, e/o ritenuto più opportuno, tali rapporti potranno essere disciplinati da un contratto cumulativo che raggruppi tutti o più ospedali privati del territorio, anche di area vasta.

In considerazione della natura intrinseca delle prestazioni ambulatoriali, che rispondono a un fabbisogno sanitario territoriale, è evidente che, di norma, il soddisfacimento di tale domanda deve trovare risposta nell'ambito territoriale dell'Azienda e/o distrettuale, a seconda della tipologia di prestazioni.

Le prestazioni ambulatoriali erogate da strutture pubbliche o private accreditate collocate nell'ambito aziendale di residenza del paziente si conciliano, in linea di massima senza problemi, con quanto stabilito dal II comma dell'articolo 8 bis del D.lgs 502/92 e succ. mod. e int. che sancisce il principio della libera scelta del cittadino del luogo di cura nell'ambito dei soggetti pubblici o privati accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali.

## **D.3.) CONTRATTO E MOBILITA' INFRAREGIONALE ED EXTRAREGIONALE**

Quanto sopra detto in merito al fatto che di norma le prestazioni ambulatoriali dovrebbero trovare risposta nell'ambito territoriale di residenza dei cittadini, deve, tuttavia, conciliarsi, da un lato, con la norma di cui al II comma dell'articolo 8 bis

del D.l.gs 502/92 e succ. mod. e int. che sancisce il principio della libera scelta del cittadino del luogo di cura tra le strutture pubbliche o private accreditate con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali indipendentemente dalla collocazione territoriale e dall'altro con la facilità all'accesso a strutture poste in ambiti territoriali limitrofi, ancorché diversi da quello di residenza.

Al fine di individuare una regolamentazione che consenta di armonizzare le esigenze e i principi sopra richiamati con la salvaguardia della programmazione aziendale, si stabilisce che l'accesso a strutture collocate al di fuori del territorio aziendale sia da ritenere fisiologico qualora abbia caratteristiche di occasionalità. Non così, invece, qualora il ricorso a strutture extraterritoriali assuma una consistenza tale da interagire con la programmazione sanitaria ed economica predisposta dall'Azienda per soddisfare la popolazione residente.

Si stabilisce, pertanto, che qualora gli accessi di utenza proveniente da altre Aziende abbiano natura occasionale, questi siano subordinati, oltre alla prescrizione medica, alla sola esistenza di regolare accreditamento in capo alla struttura produttrice, con addebiti dei relativi oneri direttamente all'azienda infraregionale di provenienza del cittadino e, qualora si tratti di cittadini provenienti da aziende extraregionali, fatti salvi i vincoli derivanti da eventuali accordi interregionali, ai più generali meccanismi regolatori della mobilità sanitaria.-

Qualora, invece, gli accessi assumano una consistenza tale da configurare un sistematico flusso di pazienti, sarà necessario sottoscrivere uno specifico contratto di fornitura di durata annuale, eventualmente rinnovabile, tra la struttura accreditata e l'Azienda Usl regionale di residenza dei cittadini.

Il limite all'occasionalità degli accessi di utenza extra aziendale infraregionale, per tutto il territorio regionale, si concorda che venga individuato in un valore massimo delle prestazioni rese da ciascuna struttura, nel corso dell'anno, pari a 30.000 euro al netto dei ticket per ogni Azienda di residenza dei cittadini.

Di conseguenza, fino alla concorrenza dell'importo sopra indicato, le prestazioni saranno oggetto di liquidazione secondo la regolamentazione regionale di riferimento, mentre quelle eccedenti potranno essere liquidate solo in presenza di contratto di fornitura stipulato con le Aziende. Gli accordi di fornitura extra aziendali, dovranno avere come base negoziale la spesa dell'anno precedente, se superiore al limite sopra stabilito; in caso di disaccordo la spesa dell'anno precedente, se superiore a detto limite, non potrà essere superata, con meccanismi, in tutti i casi descritti, di riduzione economica delle eventuali prestazioni erogate oltre i citati tetti. Si ritiene opportuno, in caso di definizione di accordi con strutture limitrofe territorialmente all'Azienda, addivenire a modalità di prenotazione e di accesso equivalenti a quelle concordate con le strutture ubicate nel territorio di competenza dell'Azienda medesima.

Le AUSL, qualora registrino una forte mobilità passiva extraregionale, devono avviare iniziative di recupero di detta mobilità coinvolgendo nella riorganizzazione dell'offerta anche le strutture private accreditate, aderenti al presente accordo, presenti nel proprio territorio.

Per le prestazioni erogate a residenti fuori regione si farà riferimento alle regole concordate a livello nazionale e ad eventuali accordi tra regioni.

#### **D.4.) MODALITA' PARTICOLARI DI ADEGUAMENTO DELL'OFFERTA**

Qualora una Azienda USL della Regione, in sede di pianificazione territoriale dell'assistenza specialistica ambulatoriale accerti la necessità di coprire determinate aree prestazionali carenti, prima di far ricorso alle procedure per l'attivazione di eventuali nuovi accreditamenti, potrà acquisire la disponibilità di una delle strutture già accreditate operanti sul territorio, per avviare, in tempi e secondo modalità da concordare, un percorso di mobilità funzionale della struttura anche attraverso operazioni di riconversione delle attività preesistenti. Le procedure relative all'acquisizione di nuove disponibilità dovranno essere oggetto di segnalazione alla Commissione Paritetica Aziendale, ove istituita sulla base degli accordi di committenza locali normalmente comuni alla parte ospedaliera. In assenza della commissione paritetica aziendale tale comunicazione dovrà essere inoltrata alla Commissione Paritetica Regionale di cui all'articolo A.5.

L'inizio dell'attività in tal modo definita è comunque subordinata all'autorizzazione all'esercizio della nuova attività o alla presa d'atto, e alla sua inclusione, nei termini che saranno stabiliti dalla disciplina regionale di riferimento, tra le attività oggetto di accreditamento in capo alla struttura da parte della Regione, oltre che agli opportuni aggiornamenti del preesistente contratto di fornitura.

Eventuali necessità contingenti di assistenza specialistica derivanti da eventi non prevedibili potranno formare oggetto di contratti integrativi a termine, con budget specifici, purché relativi ad attività sanitarie autorizzate e accreditate (anche provvisoriamente).

Quanto sopra costituisce punto di riferimento per l'utilizzo in ambito ambulatoriale delle dotazioni specialistiche al servizio del territorio. Resta impregiudicata la facoltà delle strutture di procedere a trasformazioni di attività o all'istituzione di nuove funzioni al servizio dei reparti di degenza, il cui processo di autorizzazione e di accreditamento non dovrà seguire logiche collegate al fabbisogno territoriale; in tali casi i contratti di fornitura locali potranno procedere all'accoglimento di tali nuove offerte solo se ritenute confacenti alla programmazione aziendale.

#### **D.5.) CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA**

In sede di prima applicazione della presente sezione dell'accordo quadro le singole Aziende USL individuano, tra le strutture accreditate, quelle con le quali, al fine di soddisfare il proprio fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale, intendono procedere alla stipulazione o al rinnovo del contratto di fornitura, articolando il fabbisogno stimato per tipologia e per volume.

In sede di definizione dell'oggetto del contratto le parti specificano, in conformità a quanto stabilito dall'articolo 8 quinquies del D.L.gs. 502/92 e succ. mod. e int.,

le tipologie di attività, tra quelle accreditate e, per ciascuna di esse, le prestazioni, da includere nel contratto in quanto ritenute necessarie per il soddisfacimento del fabbisogno di assistenza specialistica della popolazione di riferimento. Stabiliscono, inoltre, il budget di massima assegnato alla struttura, in coerenza con l'attività programmata.-

Durante il periodo di validità del contratto, fatte salve esigenze particolari o contingenze non prevedibili da affrontare secondo quanto previsto al precedente punto D.3 con periodicità annuale, al fine di adeguare l'oggetto del contratto alle eventuali modificate esigenze del territorio da servire, le parti contraenti possono procedere alle necessarie variazioni qualitative e/o quantitative delle attività e/o prestazioni oggetto del contratto medesimo. In presenza di accordi pluriennali, qualora non vengano annualmente ridefiniti i contenuti prestazionali, questi sono da intendersi confermati secondo quanto precedentemente stabilito.

I contratti di fornitura potranno regolamentare le modalità attraverso cui attivare percorsi semplificati per il cittadino, all'interno delle strutture private accreditate, per consentire l'erogazione di prestazioni di completamento dell'accertamento e dei percorsi terapeutici richiesti dal medico curante che abbiano natura chiaramente complementare rispetto alla richiesta che ha determinato l'accesso alla struttura.

Tali percorsi potranno essere effettuati solo entro i limiti stabiliti nei contratti ed esclusivamente per le tipologie di prestazioni e i volumi espressamente previsti.

Dato atto che il ricettario SSN, come da normativa vigente, può essere utilizzato esclusivamente in attività istituzionale da parte dei medici con rapporto di dipendenza o convenzionale con il SSN, le prestazioni erogate nell'ambito di percorsi semplificati dovranno essere registrate su appositi moduli, predisposti sia ai fini delle verifiche stabilite dal contratto, sia della rilevazione tramite il flusso ASA, come da circolare regionale n. 9/2008 (v. allegato 2)

#### **D.6.) MODALITA' DI GESTIONE DEL BUDGET AZIENDALE DESTINATO AI RAPPORTI CON LE STRUTTURE ACCREDITATE**

Annualmente le AUSL, provvedono alla definizione dello stanziamento aziendale complessivo per il soddisfacimento del fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale da destinarsi alle strutture private accreditate associate, qui rappresentate, e titolari di contratto, operanti sul proprio territorio. Tale previsione, anche se articolata per struttura, deve avere comunque una valenza programmatica riferita all'intero fabbisogno oggetto di stanziamento.

Non rientrano nella composizione del budget così definito le prestazioni rese a favore di utenza avente la propria residenza in altre USL della Regione o in altre regioni, mentre le prestazioni eventualmente da erogarsi per periodi limitati - ad esempio i percorsi di garanzia previsti dalla DGR 1035/2009 - e vanno inserite in accordi speciali dotati di propri, specifici, limiti di spesa.

*Al fine di monitorare l'andamento del Programma annuale e controllare il rispetto del budget aziendale, tutti i pagamenti effettuati a favore delle strutture*

*incluse nel programma avranno valore di pagamenti in acconto, salvo conguaglio.*

Entro il primo trimestre dell'anno successivo, i pagamenti stessi saranno valutati per procedere o meno alla loro conferma. Di conseguenza:

- qualora l'importo del consuntivo sia pari o inferiore al budget aziendale previsto, quanto già corrisposto (se pari al fatturato) assumerà valore definitivo, anche in presenza di superamento, da parte di una o più strutture, del proprio limite di spesa;
- qualora l'importo del consuntivo sia superiore rispetto a quello aziendale previsto, si provvederà alla decurtazione del fatturato maturato dalle strutture che hanno concorso allo sfioramento, in proporzione allo sfioramento stesso, salvo ci sia stata esplicita autorizzazione da parte dell'Azienda committente.

Si riporta di seguito una ricognizione dei contratti intra-ausl esistenti nell'anno 2010 con l'indicazione dei volumi oggetto di committenza suddivisi in relazione alle finalità e alla loro rilevanza rispetto al budget ospedaliero:

<b>ATTIVITA' AMBULATORIAL E INTRA-AUSL</b>	<b>PRODUZIONE (* )</b>	<b>TUNNEL E CATARATTE</b>	<b>TOTALE</b>
Piacenza	2.111.984	727.900	2.839.884
Parma	3.811.676	1.049.150	4.860.826
Reggio Emilia	7.474.731	1.383.100	8.857.831
Modena	3.427.235	301.150	3.728.385
Bologna e prov.	7.332.845	2.655.200	9.988.045
Ferrara	2.750.831	281.700	3.032.531
Ravenna	6.870.557	1.442.600	8.313.157
Forlì	2.667.399	491.750	3.159.149
Cesena	2.039.844	398.450	2.438.294
Rimini	4.047.413	1.403.400	5.450.813
<b>Totale</b>	<b>42.534.515</b>	<b>10.134.400</b>	<b>52.668.915</b>

(\*) è ricompresa anche l'attività di dialisi

## **D.7.) CONTROLLI**

Le Aziende USL titolari del rapporto contrattuale potranno, 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.

Le strutture private si impegnano alla partecipazione dei propri sanitari alla definizione di protocolli di comportamento clinico od alla scelta di linee-guida in sede locale. Si impegnano altresì al rispetto delle modalità di comportamento previste da linee guida regionali su priorità di accesso e appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

I controlli sulle prestazioni intra-AUSL, in base al dato anagrafico risultante dalla prescrizione e dalla tessera sanitaria, saranno espletati dall'Azienda competente per territorio, che analogamente provvederà anche ai controlli per le prestazioni da inserire in mobilità extra regionale. I controlli sulle prestazioni ricevute da utenti extra-AUSL della regione potranno essere svolti sia dall'Azienda competente per territorio che dall'Azienda destinataria della fattura, previo loro accordo, onde evitare un raddoppio delle attività di controllo e indirizzi interpretativi non omogenei.

#### **D. 8.) FATTURAZIONE**

Ad integrazione di quanto stabilito nella parte A) del presente accordo le prestazioni effettuate nei confronti dei cittadini residenti nella Regione sono fatturate alle AUSL di residenza del paziente, secondo i criteri di cui al precedente punto D.2 .

Le fatture emesse dagli erogatori dovranno essere accompagnate dalla documentazione conforme al flusso ASA così come previsto dalla circolare n. 3 del 7/2/2002 e successive. Le prestazioni erogate a favore di cittadini residenti di altre Regioni verranno fatturate in forma di acconto all'AUSL di competenza territoriale della struttura, con la medesima documentazione relativa al flusso ASA, eventualmente integrata per conformità alle vigenti regolamentazioni sulla mobilità o alle convenzioni internazionali.

Le prestazioni a cittadini non residenti e non iscritti al SSN, aventi diritto all'assistenza, anche se coperti dalle disposizioni internazionali e/o convenzionali in materia di reciprocità, verranno comunque erogate secondo la disciplina ministeriale vigente e non saranno comunque conteggiate nel budget intraregionale.

Il volume di fatturato relativo ai residenti fuori regione non è sottoposto a condizionamenti o limitazioni da parte delle Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna tranne che per il rispetto di quanto previsto dagli accordi stabiliti dalla regione con altre regioni per il governo della mobilità.

La Regione si riserva il recupero di eventuali somme derivanti da mancato riconoscimento per contestazioni da parte delle regioni di residenza dei cittadini per il tramite dell'AUSL territorialmente competente che ne informerà la struttura erogatrice della prestazione e assicurerà il suo coinvolgimento nelle procedure di definizione della contestazione.

#### **D. 9.) PAGAMENTI**

Ad integrazione di quanto stabilito nella parte A) del presente accordo (punti A.3. pienamente applicabili anche alla presente sezione), le prestazioni rese a favore di cittadini residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura privata ed a favore di cittadini residenti fuori regione o a stranieri, fatturate con separata evidenza, verranno saldate dalla stessa AUSL entro 90 giorni dal ricevimento

della relativa fattura. Le prestazioni rese a favore di cittadini residenti in altre AUSL della Regione sono fatturate separatamente alle AUSL di residenza e saranno saldate dalle stesse entro il termine sopra stabilito.

Tutte le strutture private accreditate, in sede di sottoscrizione del contratto di fornitura, si impegnano a rispettare il debito informativo di cui al "flusso" ASA per il monitoraggio degli accordi contrattuali, con l'avvertenza che il mancato rispetto o l'erronea compilazione della modulistica di cui a tale obbligo darà luogo al rifiuto di pagamento delle prestazioni oggetto di fatturazione.

In sostanza, i dati riguardanti le prestazioni rese dovranno essere trasmessi entro i termini e secondo le modalità stabilite dalla circolare regionale che annualmente regola il flusso ASA, in quanto soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale possono giustificare le transazioni economiche (compensazione della mobilità sanitaria e fatturazione), ed essere quindi riferimento per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse.

#### **D.10.) COMMISSIONE PARITETICA**

La Commissione Paritetica di cui alla parte A) del presente accordo ha il compito di monitorare l'andamento della presente sezione dell'accordo, nonché le sue modalità di applicazione e di formulare eventuali proposte di modifica e completamento dell'accordo stesso da sottoporre al vaglio delle parti firmatarie, anche in vista dell'eventuale loro recepimento in accordi successivi.

La Commissione potrà, altresì, esprimere pareri e/o indirizzi in ordine ai contenuti degli accordi locali riguardanti riconversioni di attività, attivazione di accordi temporanei su prestazioni particolari, forme atipiche di collaborazione pubblico/privato.

Per iniziativa delle singole realtà aziendali sarà possibile procedere all'attivazione di analoghi organismi di controllo a livello locale con un numero di rappresentanti da definire localmente.

#### **D.11.) ACCESSO ALLE STRUTTURE**

Si conferma, oltre a quanto stabilito nella parte A) del presente accordo, che l'accesso alle singole strutture rappresentate dall'Associazione firmataria del presente accordo avvenga tramite prenotazione effettuata attraverso gli specifici sistemi aziendali (CUP, Farmacie, etc.) e, per le prestazioni non inserite, con prescrizione medica ai sensi di quanto stabilito nella parte A) del presente accordo.

Al fine di aumentare i punti di accesso al sistema e di assicurare la semplificazione delle relative procedure è possibile la stipula di accordi locali che estendano la rete dei punti di prenotazione del sistema sanitario pubblico alle postazioni di prenotazione delle strutture private.

\*\*\*\*\*



Allegati:

1.1) Fac simile di dichiarazione individuale di accettazione dell'Accordo Regionale

1.2 ) Contenuti e linee guida applicativi degli obiettivi di interesse regionale di cui al punto B.7 dell'accordo generale

2) limiti individuali di budget 2 ed intra, extra area vasta

3) Allegati alla parte III :

3.1) riepilogo tariffario e schema di dettaglio dei PL autorizzati e in accreditamento oggetto di committenza regionale

3.2) riepilogo posti letto totali

3.3) limiti individuali regionali e di area vasta

## ALLEGATO 1.1:

FAC SIMILE DI DICHIARAZIONE INDIVIDUALE DI ACCETTAZIONE  
DELL' ACCORDO REGIONALE 2011/2014  
(carta intestata dell'Ospedale privato)

L'Ospedale Privato Accreditato ..... con sede in  
..... via ..... n. ... C.F. .... , P.  
IVA ..... , autorizzato all'esercizio con decreto del Presidente della  
Giunta Regionale n. .... del ..... e successive modificazioni ed integrazioni ,e/o  
con provvedimento del Comune di ..... PR. n..... del ..... , legalmente  
rappresentata dal Sig. .... in qualità di .....  
(titolare, presidente del CdA, amministratore, ecc. )

### PRESO ATTO

- dell'Accordo Regionale sottoscritto in data ..... dall'Assessore Regionale alla Sanità e dal Presidente dell'AIOP Regionale;
- della Deliberazione di Giunta Regionale n.... del ..... di recepimento dell'Accordo di cui sopra;
- dei contenuti della L.R. n. 34/98 e successive integrazioni e modifiche;
- del Decreto Legislativo n. 229/99 emanato in attuazione della L. 419/98 ;
- della necessità di formulare espressa accettazione delle tariffe vigenti e dell'accordo regionale sull'ospitalità privata, sopra evidenziato, al fine di poter mantenere la qualifica di soggetto privato definitivamente accreditato;
- dell'intervenuta emanazione degli atti di accreditamento definitivo in capo alla scrivente struttura;

### DICHIARA

- di **accettare il sistema di pagamento a tariffa** di cui alla DGR. n. 69 del 24/01/2011 e successive modificazioni, valide tempo per tempo;
  - **di accettare e condividere i contenuti dell'accordo regionale** citato in premessa e sottoscritto dall'Associazione Regionale di appartenenza,
- al fine di poter **mantenere la qualifica di soggetto privato accreditato** ed accedere all'applicazione dell'accordo regionale di settore e dei contratti locali di fornitura.

data .....

.....  
(firma)

## ALLEGATO 1.2

### **Contenuti e linee guida applicativi degli obiettivi di interesse regionale di cui al punto B.7 dell'accordo generale**

Allo scopo di conseguire i risultati di qualità collegati agli obiettivi di cui al punto B.7 dell'accordo generale, gli ospedali privati di non alta specialità vengono classificati in base alla tipologia delle discipline sanitarie per cui sono accreditati, in quanto gli obiettivi applicabili possono essere diversi a seconda dell'attività sanitaria svolta.

Vengono individuate le seguenti tipologie:

ospedali polispecialistici;  
ospedali chirurgici;  
ospedali medici;  
ospedali riabilitativi.

Il risultato di qualità si intende raggiunto con il conseguimento di un set minimo come da seguente schema :

ospedali polispecialistici	3 su 7 (4 su 9 se dotati di reparti riabilitativi)
ospedali chirurgici:	2 su 5
ospedali medici	2 su 5 (3 su 7 se dotati di reparti riabilitativi)
ospedali riabilitativi	2 su 5
ospedali neuropsichiatrici	2 su 5 (3 su 7 se dotati di reparti riabilitativi)

In sede di Commissione Paritetica, in base alla valutazione dei report di monitoraggio degli obiettivi, sarà definita una scheda di valutazione delle strutture rispetto al livello di raggiungimento degli obiettivi.

Viene affidato alla C.P. l'incarico di procedere alla valutazione anche in corso d'anno del grado di conseguimento dei livelli di qualità connessi agli obiettivi ed alle integrazioni e modifiche che si rendessero necessarie per adeguare gli obiettivi all'evoluzione produttiva del sistema ospedaliero regionale ed alle inerenti indicazioni programmatiche.

Gli obiettivi previsti dal presente allegato saranno applicati a partire dall'anno 2012. Per l'anno 2011 si applicano gli obiettivi previsti dall'Accordo precedente.

### **Scheda tecnica di definizione degli obiettivi**

#### **Obiettivo n. 1: Riconversione di attività in chirurgia specifica**

Gli ospedali privati chirurgici e polispecialistici dovranno porre un'attenzione particolare al raggiungimento di tale obiettivo essendo per il SSR di prioritaria importanza perché rivolto a fornire adeguata risposta alla eventuale presenza di liste di attesa in determinati settori ospedalieri.

Si individuano le seguenti tipologie di interventi come particolarmente critiche e rilevanti ai fini della valutazione sul raggiungimento dell'obiettivo:

1. Protesi d'anca
2. Protesi del ginocchio
3. Tunnel e Cataratta
4. Ernia discale
5. Altri interventi sul ginocchio
6. Colicistectomia
7. Varici
8. Altri interventi dell'area ortopedica (MDC8).
9. Interventi dell'area otorinolaringoiatrica
10. Chirurgia della mammella

L'obiettivo è da considerarsi raggiunto qualora le singole strutture abbiano un incremento per gli interventi sopra individuati di almeno 20 casi o del 5%.

Saranno valutate in maniera specifica le situazioni di quelle strutture che, pur incrementando l'attività, non raggiungano i dati incrementali di cui sopra, purchè la quota di attività dedicata alle prestazioni critiche elencate sia superiore al 30% del totale.

In sede locale potranno essere concordate in via sostitutiva prestazioni/obiettivo diverse dalle precedenti e rispondenti alle tematiche che coinvolgono la presenza di lunghe liste di attesa.

In considerazione della particolare criticità relativa ai tempi di attesa per le prestazioni di protesi d'anca, salvo particolari deroghe a livello locale, una produzione aggiuntiva pari al 10% costituisce titolo per il raggiungimento dell'intero set di obiettivi assegnati.

[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera:ricoveri a carico del SSN (onere 1,2) in regime DH + ordinario residenti in Emilia-Romagna.

Rilevano inoltre anche i DRG 006 e 039 prodotti ambulatorialmente.]

### **Obiettivo n. 2: Progettazione di percorsi ambulatoriali**

L'obiettivo è rivolto a tutte le tipologie di Ospedali Privati del gruppo di non alta specialità, compresi quelli che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

Consiste nell'approntare singoli pacchetti di attività ambulatoriale mirati in modo specifico alla riduzione delle liste di attesa e non sovrapponibili con la normale committenza di settore o nel presentare un progetto di riconversione di attività, attualmente trattata in regime di ricovero sia ordinario che di day hospital, in percorsi ambulatoriali complessi ad accesso singolo o multiplo.

Il progetto, da presentare entro il 31.12 dell'anno, deve obbligatoriamente essere concordato con la AUSL di competenza territoriale e contenere il seguente set minimo di informazioni:

1. Tipologia della casistica da trattare in termini di codici di patologia e prestazionali (quali DRG originano se trattati in regime di ricovero) e sua numerosità;
2. Definizione dei percorsi di accesso in termini di invii, prenotazioni e modalità erogative specifiche standard previste (un accesso o più accessi da parte del paziente);
3. Tempi di realizzazione;
4. Tariffe concordate per i diversi percorsi assistenziali.

Nell'anno successivo verrà effettuata la verifica sulla realizzazione dei progetti presentati.

Nel contempo la regione emanerà linee guida sull'argomento con particolare attenzione al momento della verifica delle congruità dei compensi e delle modalità di determinazione, programmando la revisione, se ritenuto necessario, dell'attuale assetto tariffario del comparto ambulatoriale.

[Evidenze: Accordi Locali]

### **Obiettivo n. 3: Messa in rete di posti letto**

Partecipano a tale obiettivo tutti gli ospedali privati polispecialistici e medici.

L'obiettivo consiste nel dare la propria disponibilità, documentata negli accordi locali, all'AUSL di riferimento territoriale di una quota di PL per invii da parte delle strutture pubbliche di pazienti in lungodegenza, di pazienti acuti da P.S., di pazienti inviati nell'ambito di percorsi assistenziali esplicitamente concordati.

[Evidenze: Accordi Locali]

### **Obiettivo n. 4: Livello di intensività dell'attività riabilitativa.**

Partecipano a tale obiettivo gli ospedali riabilitativi e gli ospedali polispecialistici e medici, e neuropsichiatrici con reparti riabilitativi.

L'obiettivo consiste nel raggiungere un incremento del numero di ricoveri di pazienti entro 30 giorni dall'evento (dimissione dal reparto acuti) dall'episodio di origine.

[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera: ricoveri entro 30 giorni dall'evento acuto per la stessa MDC a carico del SSN (onere 1,2) in regime DH + ordinario, residenti in Emilia-Romagna e ospedali situati in Emilia-Romagna.

L'obiettivo deve intendersi raggiunto anche laddove, a fronte di un calo dei ricoveri, sia aumentata la percentuale di quelli effettuati nei trenta giorni.]

### **Obiettivo n. 5: Partecipazione all'obiettivo regionale di contenimento del tasso di ospedalizzazione per il territorio di riferimento.**

Partecipano a questo obiettivo tutti gli ospedali privati di non alta specialità ad eccezione delle strutture che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

L'obiettivo consiste nel fornire un contributo all'obiettivo dato dalla Regione alla AUSL territoriale di decremento del tasso di ricovero.

L'obiettivo viene raggiunto se a fine anno la % dei ricoverati presso la struttura di cittadini residenti nell'area vasta di riferimento non si è incrementata rispetto all'anno di riferimento, al netto dei ricoveri di lungodegenza e da PS (ivi compresi altri invii da strutture pubbliche).

[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera: numero di ricoveri a carico del SSN (onere 1,2) in regime ordinario >1 g. residenti in area vasta con esclusione dei neonati sani, delle dimissioni dal reparto cod.60 e dei casi inviati da strutture pubbliche .]

**Obiettivo n. 6: Day surgery.**

L'obiettivo è rivolto a tutti gli Ospedali privati che erogano attività chirurgica. Consiste nel trattare in regime di day surgery un numero di casi pari al 80% con riferimento alla tipologia di interventi utilizzati per il calcolo dell'indice di day surgery, così come esplicitati nel "Glossario Indicatori" delle banca dati SDO della Regione.

L'obiettivo viene raggiunto da quegli ospedali privati che abbiano conseguito anche un aumento del 5% rispetto all'anno di riferimento quanto a numero di casi trattati, oltre al raggiungimento della quota produttiva sopra evidenziata (media regionale).

[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera:

ricoveri a carico del SSN (onere 1,2) in regime DH + ordinario di 1 g. e residenti in Emilia-Romagna, rilevano inoltre anche i DRG 006 e 039 prodotti ambulatorialmente.

L'obiettivo deve intendersi raggiunto anche laddove l'attività, partendo da una percentuale storica già alta, si attesti al di sopra del 90%.]

**Obiettivo n. 7: Accuratezza del progetto terapeutico per attività residenziale**

L'obiettivo è rivolto agli ospedali privati che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

Consiste nella definizione all' 80% dei progetti in equipe e misura la realizzazione della multidisciplinarietà nella definizione del progetto secondo le norme di buona pratica clinica.

[Evidenze: autocertificazione o riscontro da parte dei DSM]

**Obiettivo n. 8: Aumento dell'accoglienza di casi inviati da DSM.**

L'obiettivo è rivolto agli ospedali privati che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

Considerato che tali ospedali devono essere considerati parte integrante della rete di servizio del DSM, l'obiettivo mira a rendere ancora più esplicito tale principio.

L'obiettivo infatti viene raggiunto laddove la struttura incrementi di almeno il 5% gli accessi di pazienti inviati dai DSM regionali, se minore del 70%, o mantenga

comunque uno standard oltre il 70% rispetto ai ricoveri provenienti da tutte le Aziende della Regione.

[Evidenze: autocertificazione o riscontro da parte dei DSM]

#### **Obiettivo n. 9: Ricoveri ripetuti per pazienti SPOI**

L'obiettivo è rivolto agli ospedali privati che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

Consiste nel valutare l'efficacia del progetto terapeutico secondo le norme della buona pratica clinica. L'obiettivo si considera raggiunto se la % del n. di pazienti SPOI con 3 o più ricoveri all'anno rispetto al totale dei ricoveri SPOI non supera la % valutata in sede di commissione paritetica in base ai dati consuntivi.

[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera:

ricoveri a carico del SSN (onere 1,2) in regime DH + ordinario e residenti in Emilia-Romagna.]

#### **Obiettivo n.10: DRG ad alto rischio di inappropriata organizzativa della DGR 1890/2010**

**"Soglia di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza ordinaria >1 giorno"**

L'obiettivo è rivolto agli ospedali medici e polispecialistici.

La produzione annuale dell'ospedale in riferimento ai DRG normati, dovrà tendere alle soglie di ammissibilità DRG specifiche individuate nella determinazione regionale.

Nella determina regionale vengono riportate le modalità di calcolo per determinare il numero di ricoveri potenzialmente inappropriati (cartelle cliniche da controllare).

L'obiettivo quindi consiste nel raggiungere una percentuale di DRG rientranti nella soglia di ammissibilità pari al 30% per il primo anno di applicazione ed il 40% per i successivi.

[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera: ricoveri ordinari > 1 giorno a carico del SSN (onere 1,2) di 18<=età<=75 con esclusione dei ricoveri il cui reparto di ammissione 56,40,75,28,60,97,67]

#### **Obiettivo n. 11: Quota di appropriatezza della casistica trattata**

L'obiettivo è rivolto a tutte le strutture.

Consiste nell'aver trattato una casistica appropriata in una quota non inferiore al 90%. L'obiettivo si intende raggiunto qualora dai controlli effettuati dalle AUSL

non emergano contestazioni in tal senso in proporzioni maggiori al 10% dei casi trattati.

[Evidenze: autocertificazione o riscontro da parte delle AUSL]

#### **Obiettivo n. 12: Ricoveri ripetuti nell'anno**

L'obiettivo è rivolto agli ospedali riabilitativi.

Consiste nel raggiungere una percentuale o un numero di pazienti ricoverati più di 2 volte nell'anno comunque non superiore a quella dell'anno di riferimento. Tale percentuale verrà valutata in sede di commissione paritetica in base ai dati consuntivi.

[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera:

ricoveri a carico del SSN (onere 1,2) in regime DH + ordinario residenti in Emilia-Romagna.

Dato significativo: soglia minima di 10 casi, sotto la quale l'obiettivo si considera raggiunto]

#### **Obiettivi ulteriori di particolare interesse regionale in ambito di qualità dell'assistenza**

Al fine di incentivare l'utilizzo di strumenti che impattano positivamente sulla qualità dell'assistenza, quali strumenti di valutazione del risk-management, il miglioramento della continuità assistenziale, in particolare la dimissione protetta, si ribadisce il contenuto del precedente accordo rispetto al set di obiettivi aggiuntivi di particolare interesse.

#### **Obiettivo n. 13) Risk management**

Attivazione di meccanismi di risk-management attraverso l'introduzione di strumenti di rilevazione degli incidenti (incident report) e produzione di dati da trasmettere al livello regionale come previsto dai progetti attivi in materia.

#### **Obiettivo n. 14) Continuità assistenziale**

Garanzia della continuità assistenziale, in particolare per la lungodegenza post acuzie e riabilitazione estensiva, da valutarsi attraverso l'analisi dell'incidenza della dimissione protetta così come rilevata in scheda nosologica, nonché attraverso le valutazioni sul grado di integrazione con i servizi delle Aziende USL di competenza territoriale.

#### **Obiettivo n. 15) Valutazione outcome in riabilitazione**

Adozione di una metodologia sistematica di valutazione dell'outcome in riabilitazione.

#### **Obiettivo n. 16) Partecipazione al programma regionale: "Sistema Integrato di Gestione delle Liste d'Attesa (SIGLA)" per i ricoveri chirurgici programmati**



L'obiettivo è rivolto alle strutture chirurgiche e polispecialistiche e consiste nella concreta partecipazione al progetto.

**Obiettivo 17) Controlli sulla tenuta e correttezza della documentazione clinica ai sensi della DGR 1171/2009 e 1706/2009**

L'obiettivo è rivolto a tutte le strutture.

Consiste nell'aver controllato un numero di cartelle pari al 7% in merito alla tenuta e correttezza della documentazione clinica.

**Obiettivo 18) Ospedale e territorio senza dolore - controllo sulla rilevazione in cartella clinica della L.38/2010**

L'obiettivo è rivolto a tutte le strutture.

Consiste nell'aver controllato un campione significativo di cartelle (almeno il 5%) in relazione all'obbligo di rilevare in cartella clinica il risultato della misurazione effettuata sui pazienti in base alla scala numerica NRS.

<b>Tabella di classificazione e di correlazione con gli obiettivi</b>													

Provincia	Ospedale privato	Cat.	Ob. 1	Ob. 2	Ob. 3	Ob. 4	Ob. 5	Ob. 6	Ob. 7	Ob.8	Ob.9	Ob. 10	Ob. 11	Ob. 12
PC	S.Antonino	M		X	X		X					X	X	
	Piacenza	P	X	X	X		X	X				X	X	
	S.Giacomo	R		X		X	X						X	X
PR	Città di Parma	P	X	X	X		X	X				X	X	
	Villa M. Luigia	Ps		X			-		X	X	X		X	
	Val Parma	P + R	X	X	X	X	X	X				X	X	X
	Villa Igea	R		X		X	X						X	X
	Piccole Figlie	P	X	X	X		X	X				X	X	
	Cardinal Ferrari	R		X		X	X						X	X
RE	Salus spa	P	X	X	X		X	X				X	X	
	Villa Verde	P	X	X	X		X	X				X	X	
MO	Prof.Fogliani	C	X	X			X	X					X	
	Villa Rosa	Ps		X			-		X	X	X		X	
	Villa Igea	Ps + R		X		X	-		X	X	X		X	X
	Pineta di Gaiato	M + R		X	X	X	X					X	X	X
	Hesperia Hospital	P	X	X	X		X	X				X	X	
BO	Villa Erbosa	P + R	X	X	X	X	X	X				X	X	X
	Nigrisoli	P + R	X	X	X	X	X	X				X	X	X
	Ai Colli	Ps		X			-		X	X	X		X	
	Villa Baruzziana	Ps		X			-		X	X	X		X	
	Villa Bellombra	R		X		X	X						X	X
	Villa Laura	P	X	X	X		X	X				X	X	
	Villa Chiara	P	X	X	X		X	X				X	X	
	Prof.Nobili	P	X	X	X		X	X				X	X	
FE	Quisisana	M		X	X		X					X	X	
	Salus	P	X	X	X		X	X				X	X	
RA	Domus Nova	P	X	X	X		X	X				X	X	
	S.Francesco	P	X	X	X		X	X				X	X	
	S.Pier Damiano	P + R	X	X	X	X	X	X				X	X	X
	Villa Azzurra	Ps		X			-		X	X	X		X	
FO	Villa Igea	P	X	X	X		X	X				X	X	

	Villa Serena	P + R	X	X	X	X	X	X				X	X	X
Cesena	Malatesta Novello	P	X	X	X		X	X				X	X	
	S.Lorenzino	P	X	X	X		X	X				X	X	
RN	Villa Maria	P	X	X	X		X	X				X	X	
	Sol et Salus	P + R	X	X	X	X	X	X				X	X	X
	Villa Salus	R		X		X	X						X	X
	Prof.Montanari	P	X	X	X		X	X				X	X	
Legenda:														
P= polispecialistici														
Ps= psichiatrici														
M= medici														
C= chirurgici														
R= riabilitativi														

***Allegato n.2- Limiti individuali di budget 2 extra-ausl e di intra ed extra area  
(B.2.1 e B.2.2)***

		ANNO 2011		ANNO 2012			
N. denominazione id. OPC		LIMITI INDIVIDUALI ANNO 2011	BUDGET 2	BUDGET 2.1 INTRA-AREE ANTE SPOSTAMENT O	QUOTA DA TRASFERIRE SUL BUDGET 1	BUDGET 2.1 INTRA-AREE POST SPOSTAMENT O	BUDGET 2.2 EXTRA- AREE
	1 S.Antonino (2)	19.925,09	18.173,66	18.165,92	0,00	18.165,92	7,74
	2 Piacenza	338.615,36	456.656,55	342.069,81	347.196,81	30.000,00	114.586,75
	4 S.Giacomo (2)	66.960,49	81.079,97	68.661,13	-	68.661,13	12.418,85
<b>PIACENZA</b>				<b>428.896,85</b>	<b>347.196,81</b>	<b>116.827,05</b>	
	5 Città di Parma	3.823.821,88	3.837.542,26	3.734.447,18	149.019,83	3.585.427,34	103.095,08
	7 Val Parma	324.166,64	325.527,11	322.567,66	12.871,78	309.695,88	2.959,45
	8 Villa Igea	364.676,08	352.367,28	341.167,55	13.613,99	327.553,56	11.199,72
	9 Piccole Figlie Cardinal Ferrari (2)	130.256,36	145.168,48	141.374,39	5.641,42	135.732,97	3.794,08
<b>PARMA</b>				<b>86.021,45</b>	<b>0,00</b>	<b>86.021,45</b>	<b>21.721</b>
	10 Salus spa	1.315.801,28	1.249.700,42	918.790,54	291.486,30	627.304,24	330.909,88
<b>REGGIO EMILIA</b>	11 Villa Verde	1.945.602,47	1.890.385,04	1.273.052,98	403.876,06	869.176,92	617.332,06
				<b>2.191.843,52</b>	<b>695.362,36</b>	<b>1.496.481,16</b>	
	12 Prof.Fogliani	334.102,93	303.398,77	138.120,37	229.858,57	30.000,00	165.278,40
	14 Villa Igea (2) Pineta di Gaiato	161.049,79	122.928,30	37.073,02	0,00	37.073,02	85.855,28
	16 (2)	1.079.115,97	1.032.100,29	303.164,01	0,00	303.164,01	728.936,29
<b>MODENA</b>	17 Hesperia Hospital	363.284,16	363.550,75	155.125,04	258.157,57	30.000,00	208.425,72
<b>AVEN</b>				<b>633.482,43</b>	<b>488.016,14</b>	<b>400.237,02</b>	
	18 Villa Erbosa	1.117.413,77	1.095.669,44	227.775,87	5.508,25	222.267,62	867.893,57
	19 Nigrisoli	634.511,83	649.014,78	286.070,62	6.917,98	279.152,64	362.944,16
	23 Villa Bellombra (2)	118.177,56	111.152,60	56.723,84	0,00	56.723,84	54.428,76
	30 Villa Laura	1.161.446,48	1.158.479,40	405.146,53	9.797,56	395.348,97	753.332,87
	31 Villa Chiara	321.361,14	332.664,40	101.894,81	2.464,10	99.430,72	230.769,59
<b>BOLOGNA</b>	32 Prof.Nobili	39.787,74	49.885,40	18.263,99	441,67	30.000,00	31.621,41
				<b>1.095.875,66</b>	<b>25.129,56</b>	<b>1.082.923,78</b>	
	34 Quisisana	1.627,47	3.611,12	2.196,56	4.904,07	30.000,00	1.414,55
<b>FERRARA</b>	35 Salus	240.227,83	169.849,44	105.953,18	236.552,16	30.000,00	63.896,26
<b>AVEC</b>				<b>108.149,75</b>	<b>241.456,24</b>	<b>60.000,00</b>	
	36 Domus Nova	1.099.162,79	1.135.685,21	406.420,74	148.483,97	257.936,77	729.264,47
	37 S.Francesco	1.964.561,05	2.144.269,52	570.267,56	208.344,66	361.922,90	1.574.001,95
<b>RAVENNA</b>	38 S.Pier Damiano	3.403.851,66	3.305.497,38	1.124.431,55	410.805,95	713.625,60	2.181.065,83
				<b>2.101.119,85</b>	<b>767.634,58</b>	<b>1.333.485,27</b>	
	42 Villa Igea	1.247.693,58	1.424.634,68	1.085.808,50	165.513,54	920.294,96	338.826,18
<b>FORLI'</b>	43 Villa Serena	2.767.856,58	2.431.772,68	1.685.160,82	256.874,89	1.428.285,94	746.611,86
				<b>2.770.969,33</b>	<b>422.388,43</b>	<b>2.348.580,90</b>	

	<i>ANNO 2011</i>	<i>ANNO 2012</i>				
N. denominazione id. OPC	<b>LIMITI INDIVIDUALI ANNO 2011</b>	<i>BUDGET 2</i>	<i>BUDGET 2.1 INTRA-AREE ANTE SPOSTAMENT O</i>	<i>QUOTA DA TRASFERIRE SUL BUDGET 1</i>	<i>BUDGET 2.1 INTRA-AREE POST SPOSTAMENT O</i>	<i>BUDGET 2.2 EXTRA- AREE</i>
44 Malatesta Novello	2.364.505,90	2.260.277,07	1.570.637,40	358.724,02	1.211.913,38	689.639,67
45 S.Lorenzino	1.627.438,15	1.816.037,33	1.477.499,57	337.451,90	1.140.047,67	338.537,76
<b>CESENA</b>			<b>3.048.136,97</b>	<b>696.175,92</b>	<b>2.351.961,05</b>	
47 Villa Maria	851.966,01	746.547,56	598.027,80	126.616,96	471.410,84	148.519,77
48 Sol et Salus	2.549.019,75	2.431.571,65	1.603.188,09	339.433,73	1.263.754,36	828.383,57
49 Villa Salus (2)	486.480,67	456.408,76	95.098,68	0,00	95.098,68	361.310,08
50 Prof.Montanari	19.041,79	60.543,80	21.415,59	4.534,20	30.000,00	39.128,22
<b>RIMINI</b>			<b>2.317.730,15</b>	<b>470.584,89</b>	<b>1.860.263,87</b>	
<b>AVR</b>			<b>10.237.956,30</b>	<b>2.356.783,82</b>	<b>7.894.291,09</b>	
	<b>32.369.893,13</b>	<b>32.069.893,11</b>	<b>19.321.782,75</b>	<b>4.335.091,96</b>	<b>15.495.191,31</b>	<b>12.748.110,36</b>

(2) strutture non rientranti nell'ipotesi di travaso dal B.2.1 al B.1

**Allegato n.3.1- Riepilogo tariffario e Schema di dettaglio dei Posti letto per tipologia oggetto di committenza regionale**

	Numero posti letto accreditati	Tariffa pro- die (in euro)	NOTE
Residenze trattamento intensivo	204	210,12	
Residenze trattamento protratto	70	173,4	
Residenze specialistiche(psicog., doppia diagnosi)	88	231,13	
NPIA (Residenziale e Semiresidenziale)	8 + 12	A funzione	
Altre Semiresidenze	35 + 6	A funzione	
SPOI	76	315,18	
SPDC	15	A funzione	
Day hospital	10	80% della tariffa ordinaria	*
DCA : a pacchetto	16	Vedi punto C.c.2.2	
Pro - die	6	231,13	
<b>Totale PL al 2011</b>	<b>789</b>	<b>(compreso cod. 40 e 56)</b>	

\* : la % si riferisce alle tariffe residenziale e ospedaliera sopra definita a seconda della casistica

**Allegato n.3.2- Riepilogo posti letto totali**

Stabilimento:	posti letto ospedalieri totali										
	cod. 40	SPOI	SPD C	cod. 56 psichiatria	cod. 56 DCA	cod. 56 DCA in day hospital	cod. 56 psicogeriatrica	cod 56 riabilitazione e funzionale	post-acuzie riab. Estensi -va	D H	totale stabilimento
Villa Maria Luigia	39	18		3	12	6	18				96
Villa Igea	57	14	15	3				60	6	10	165
Villa Rosa	10	14		3	4						31
Villa ai Colli	2	0		3							5
Villa Baruzziana	22	16		3							41
Villa Azzurra	11	14		3							28
<b>Totali regionali</b>	<b>141</b>	<b>76</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>60</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>366</b>

Stabilimento:	posti letto residenziali totali					
	RTI	RTI specialistiche	RTP	altro residenziale	altro semiresidenziale	totale stabilimento
Villa Maria Luigia	17	21	14	0		52
Villa Igea	27	13	37	8 - RTI minori	12 - minori 35-adulti	132
Villa Rosa	18	16	16	1 - D.H.	5 - C.D.	56
Villa ai Colli	26	19	0	0		45
Villa Baruzziana	46	0	0	0		46
Villa Azzurra	50	19	3	0		72
Residenza Sole	20					20
<b>Totali regionali</b>	<b>204</b>	<b>88</b>	<b>70</b>	<b>9</b>	<b>52</b>	<b>423</b>

**Allegato n.3.3- Limiti individuali regionali e di area vasta**

1) MEDIA TRIENNALE BUDGET 3 : ANNI 2008 - 2009 - 2010 (MEDIA 2011 )										
Ospedali Privati Accreditati				PL	Azienda	Fatturato netto	Fatturato netto	Fatturato	Media Triennale	Media Triennale
N.pr.	denominazione	prov.	assetto SSN	2011	USL	anno 2008	anno 2009	anno 2010	2011	2011
						nota 1				proporzionalizzata
1	Villa M. Luigia	(PR)	accreditata	148	Parma	5.521.849,63	6.019.316,66	5.961.487,63	5.834.217,97	5.991.084,85
2	Villa Rosa	(MO)	accreditata	87	Modena	4.880.424,61	5.015.767,50	5.119.947,93	5.005.380,01	5.139.961,60
3	Villa Igea	(MO)	accreditata	297	Modena	9.805.499,65	10.082.389,01	10.547.608,01	10.145.165,56	10.417.942,54
4	Ai Colli	(BO)	accreditata	50	Bologna	3.124.182,35	3.327.465,12	3.360.540,69	3.270.729,39	3.358.670,75
5	Villa Baruzziana	(BO)	accreditata	87	Bologna	4.846.342,55	5.210.653,91	5.336.316,06	5.131.104,17	5.269.066,15
6	Villa Azzurra	(RA)	accreditata	100	Ravenna	5.837.774,80	5.961.467,00	5.876.809,98	5.892.017,26	6.050.438,21
						34.016.073,59	35.617.059,20	36.202.710,30	35.278.614,36	36.227.164,11

Nota 1: i fatturati consuntivi 2008 sono al netto dei conguagli tariffari del primo periodo (gennaio-aprile 2008- gennaio-settembre per V. Baruzziana)

### Limiti individuali di area vasta

	FATTURATO LORDO AREA VASTA ANNO 2008	FATTURATO LORDO AREA VASTA ANNO 2009	FATTURATO LORDO AREA VASTA ANNO 2010	TOTALE MEDIA 2008/2010 AREA VASTA	BUDGET 3 ANNO 2012
Villa M. Luigia	5.032.429,65	5.380.539,44	5.314.926,45	5.242.631,85	5.991.084,85
Villa Rosa	4.359.355,78	4.467.818,40	4.541.033,44	4.456.069,21	5.139.961,60
Villa Igea	9.182.491,11	9.595.903,81	10.103.416,37	9.627.270,43	10.417.942,54
<b>Totale AVEN:</b>	<b>18.574.276,54</b>	<b>19.444.261,65</b>	<b>19.959.376,26</b>	<b>19.325.971,48</b>	
Ai Colli	3.020.092,70	3.360.807,60	3.318.453,96	3.233.118,09	3.358.670,75
Villa Baruzziana	4.267.919,10	4.987.310,00	5.020.085,46	4.758.438,19	5.269.066,15
<b>Totale AVEC:</b>	<b>7.288.011,80</b>	<b>8.348.117,60</b>	<b>8.338.539,42</b>	<b>7.991.556,27</b>	
Villa Azzurra	4.898.439,10	5.012.330,20	4.949.285,19	4.953.351,50	6.050.438,21
<b>Totale AVR:</b>	<b>4.898.439</b>	<b>5.012.330</b>	<b>4.949.285</b>	<b>4.953.351</b>	
<b>TOTALI</b>	<b>30.760.727,44</b>	<b>32.804.709,45</b>	<b>33.247.200,87</b>	<b>32.270.879,25</b>	<b>36.227.164,10</b>



REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Mariella Martini, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2011/2277

data 16/12/2011

IN FEDE

Mariella Martini

omissis

---

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

---

Il Responsabile del Servizio  
Segreteria e AA.GG. della Giunta  
Affari Generali della Presidenza  
Pari Opportunita'