

Progr.Num. 2329/2016

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno mercoledì 21 **del mese di** dicembre
dell' anno 2016 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Caselli Simona	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Costi Palma	Assessore
7) Donini Raffaele	Assessore
8) Gazzolo Paola	Assessore
9) Mezzetti Massimo	Assessore
10) Petitti Emma	Assessore
11) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Costi Palma

Oggetto: APPROVAZIONE DELL'ACCORDO QUADRO DI REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI TRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI ADERENTI AD AIOP PER LA FORNITURA DI PRESTAZIONI EROGATE NEL TRIENNIO 2016-2018.

Cod.documento GPG/2016/2462

Num. Reg. Proposta: GPG/2016/2462

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- l'art. 32, comma 8 della L. n. 449/97 a norma del quale 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;
- il D.Lgs. 502/92 ed in particolare:
 - l'art. 8 bis, comma 1, 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;
 - l'art. 8-quinquies, comma 2, che prevede tra l'altro che la Regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipula contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale;
- il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera",

pubblicato nella Gazzetta Ufficiale in data 4 giugno 2015;

- l'articolo 15, comma 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e modificato dall'art. 1, comma 574, della L. 28 dicembre 2015, n. 208, il quale stabilisce che ai contratti e agli accordi, conclusi ai sensi dell'articolo 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/92, vigenti nell'esercizio 2012 per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, che, a decorrere dall'anno 2014 è pari al 2%;

Richiamate, inoltre, le proprie deliberazioni:

- n. 426/2000 con la quale questa Regione definisce i contenuti contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/92;
- n. 1920 del 19/12/2011 "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";
- n. 517 del 29/4/2013 "Approvazione del verbale di Intesa tra Regione Emilia-Romagna e AIOP Emilia-Romagna";
- n. 633 del 21/05/2013 "Approvazione dell'Accordo-contratto per la "Regolamentazione dei rapporti tra la Regione Emilia-Romagna/ Ospedali Privati accreditati (fascia A) per la fornitura di prestazioni ospedaliere di alta specialità anni 2013, 2014 e 2015";
- n. 354 del 26/03/2012 avente ad oggetto "linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna. Aggiornamento";
- n. 560 del 28/04/2014 di recepimento dell'accordo AIOP-Regione Emilia-Romagna per attività di ricovero per riabilitazione e psichiatria;

Considerato necessario addivenire ad un accordo-quadro che fornisca certezza di regole ed omogeneità di

comportamenti per tutto il territorio regionale nei rapporti con il privato accreditato;

Considerato altresì opportuno regolamentare in un unico accordo-quadro l'attività sia di non alta specialità e psichiatria sia di alta specialità erogata dalle strutture private accreditate aderenti ad AIOP al fine di disciplinare l'acquisizione di prestazioni sanitarie sino al 2018;

Precisato che l'accordo-quadro allegato alla presente deliberazione costituisce il quadro di riferimento in base al quale gli enti del SSR e le strutture private accreditate regolamentano, tramite successivi accordi contrattuali locali, i loro specifici rapporti al fine di soddisfare in concreto, secondo logiche integrate di copertura non competitiva, il fabbisogno di salute regionale;

Richiamati:

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n.33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la propria delibera n. 66/2016 recante: "Approvazione del piano triennale di prevenzione della corruzione e del programma per la trasparenza e l'integrità. Aggiornamenti 2016-2018";

Richiamate, altresì, le proprie deliberazioni:

- n. 2416 del 29 dicembre 2008, avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e ss. mm.;
- n.193 del 27 febbraio 2015 recante "Contratto di lavoro ai sensi dell'art. 43 LR 43/2001 e affidamento dell'incarico di Direttore Generale "Sanità e Politiche Sociali";
- n.516 dell'11 maggio 2015 recante "Soppressione e modifica servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali";
- n.628 del 29 maggio 2015 concernente "Riorganizzazione della Direzione Generale sanità e Politiche Sociali";

- n.2185 del 21 dicembre 2015 "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della macchina amministrativa regionale";
- n.2189 del 21 dicembre 2015 "Riorganizzazione a seguito della riforma del sistema di governo regionale e locale";
- n. 56 del 25 gennaio 2016 concernente "Affidamento degli incarichi di Direttore Generale della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 43 della L.R. n.43/2001";
- n. 270 del 29 febbraio 2016 concernente "Attuazione prima fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n. 622 del 28 aprile 2016 concernente "Attuazione seconda fase della riorganizzazione avviata con Delibera 2189/2015";
- n. 702 del 16 maggio 2016 "Approvazione incarichi dirigenziali conferiti nell'ambito delle Direzioni Generali - Agenzie - Istituto, e nomina dei responsabili della prevenzione della corruzione, della trasparenza e accesso civico, della sicurezza del trattamento dei dati personali, e dell'anagrafe per la stazione appaltante";
- n. 1107 del 11 luglio 2016 "Integrazione delle declaratorie delle strutture organizzative della Giunta regionale a seguito dell'implementazione della seconda fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n. 1681 del 17 ottobre 2016 "Indirizzi per la prosecuzione della riorganizzazione della macchina amministrativa regionale avviata con delibera n. 2189/2015";

Richiamata, infine, la determinazione dirigenziale n. 12096/2016: "Ampliamento della trasparenza ai sensi dell'art. 7 comma 3 D.LGS. 33/2013";

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 quadro di regolamentazione

dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna ed ospedali accreditati aderenti ad AIOP per la fornitura di prestazioni ospedaliere 2016-2018" allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di dare atto che l'Assessore regionale alle Politiche per la Salute provvede alla sottoscrizione dell'Accordo, di cui al punto 1.;
3. di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.

ACCORDO QUADRO DI REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI TRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI ADERENTI AD AIOP PER LA FORNITURA DI PRESTAZIONI EROGATE NEL TRIENNIO 2016-2018

La **Regione Emilia Romagna**, nella persona dell'Assessore regionale alle Politiche per la Salute Sergio Venturi e l'**Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP)**, sezione Emilia Romagna, nella persona del legale rappresentante *pro tempore* Bruno Biagi, in rappresentanza delle strutture ospedaliere private associate della Regione, addivengono ad un nuovo accordo quadro per regolamentare l'acquisizione di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale. Il presente accordo quadro sarà altresì sottoscritto per adesione dai legali rappresentanti *pro tempore* delle **Strutture private aderenti ad AIOP**.

Sommario:

Premessa

Art. 1 - Oggetto, durata e natura giuridica dell'accordo quadro

Art. 2 - Finalità dell'accordo

Art. 3 - Soggetti erogatori e requisiti

Art. 4 - Volumi economici

Art. 5 - Obbligo di leale cooperazione

Art. 6 - Fatturazione, pagamenti e connessi accertamenti

Art. 7 - Privacy

Art. 8 - Decadenza, risoluzione del contratto e controlli

Art. 9 - Commissione paritetica

Art. 10 - Clausola compromissoria

PREMESSA

Il presente accordo quadro, di regolamentazione dei rapporti fra Regione Emilia-Romagna e Ospedali Privati accreditati, si inserisce nel più complessivo sistema di relazioni fra Servizio Sanitario Regionale e produttori privati accreditati, ispirato ad una logica non competitiva di copertura della domanda di salute e di compatibilità con il sistema programmatico regionale. Con il presente accordo si intende pertanto consolidare il ruolo dei produttori privati, affinché sia integrato nell'ambito dei processi di riorganizzazione ospedaliera (in primis, l'applicazione del DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e della Delibera della Giunta regionale 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM Salute 70/2015).

Le parti prendono atto che sono state rispettate le disposizioni dell'art. 1 comma 796, lett t) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Legge finanziaria 2007) in tema di accreditamento con il compimento dell'iter di accreditamento definitivo; Le parti prendono altresì atto che l'accREDITAMENTO definitivo delle strutture private risponde alle scelte di programmazione regionale conformemente a quanto previsto dal D.lgs 502/92.

ART. 1 - OGGETTO, DURATA E NATURA GIURIDICA DELL'ACCORDO QUADRO

Il presente accordo quadro (di qui in avanti, accordo) regola l'acquisizione da soggetti privati accreditati regionali aderenti ad AIOP di prestazioni di alta specialità, di non alta

specialità e di neuropsichiatria rientranti nei LEA. Tali prestazioni sono costituite da ricoveri ed attività specialistica ambulatoriale.

L'accordo è stipulato in conformità e attuazione della normativa vigente, in particolare degli artt. 8-*quarter*, 8-*quinquies*, 8-*sexies* ed 8-*octies* del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421", nonché della L.R. 12 ottobre 1998, n. 34, recante "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del d.P.R. 14 gennaio 1997".

L'accordo ha durata triennale, e si applica alle prestazioni sanitarie acquisite dagli enti del SSR da soggetti privati accreditati **dal 1 gennaio 2016 al 31 dicembre 2018**. Pertanto, le parti concordano sulla efficacia retroattiva del presente accordo.

L'accordo ha natura di contratto normativo e costituisce il quadro di riferimento in base al quale gli enti del SSR e le strutture private accreditate regolamentano tramite successivi accordi contrattuali locali (di qui in avanti, contratti locali) i loro specifici rapporti al fine di soddisfare in concreto, secondo logiche integrate di copertura non competitiva, il fabbisogno di salute regionale. Pertanto, gli enti del SSR e le strutture private accreditate sono vincolati al rispetto delle condizioni e ai termini stabiliti nel presente accordo, dovendo altresì garantire che eventuali incrementi di spesa conseguenti a contratti locali non si ripercuotano su soggetti pubblici diversi da quelli firmatari.

Alla stipula di contratti locali possono addivenire solo le strutture private accreditate dalla Regione. Pertanto, posto che in capo alla Regione Emilia Romagna e agli enti del SSR permane la titolarità del servizio reso, i contratti locali devono essere intesi alla stregua di convenzioni accessive al sottostante rapporto di natura concessoria, ovvero come atto consensuale che ne regola le condizioni di esercizio.

ART. 2 - FINALITA' DELL'ACCORDO

Con il presente accordo le parti contraenti intendono perseguire le seguenti finalità:

- rimodulazione della rete ospedaliera, ed in particolare riduzione della dotazione di posti letto regionali in misura conforme allo standard del 3,7 per mille abitanti come definito dal DM n. 70/2015 e dal verbale di intesa regione Emilia Romagna e AIOP Emilia Romagna del 11 agosto 2015 (PL accreditati e PL accreditati per il fabbisogno) , attraverso l'adeguamento dei percorsi assistenziali alle nuove evidenze scientifiche;
- assicurare coerenza con la programmazione nazionale, regionale e locale, ovvero garantire l'applicazione dei volumi e delle soglie di rischio e di esito previsti dal DM 70/2015 ed il trasferimento di alcune prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale. Le strutture private accreditate sono pertanto tenute a rispettare indicatori e standard quali-quantitativi adottati e/o di futura adozione dalla normativa nazionale e regionale. La regione, preliminarmente all'emanazione di atti aventi contenuto normativo e in particolare quelli relativi al tema tariffario , ne dà informazione ad AIOP affinché la stessa ne possa valutare l'impatto, anche organizzativo, e conseguentemente possa informare i propri associati.
- lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali stabiliti in ambito regionale, di area vasta e/o aziendale e condivisi con le strutture ospedaliere private interessate;
- la razionalizzazione della spesa in applicazione dell'art. 15, c. 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, così modificato dall'art. 1, c. 574, della L. 28 dicembre 2015, n. 208, anche mediante adeguamento dei budget in relazione al mutare delle risorse

disponibili, del fabbisogno della popolazione e delle mutate condizioni erogative regionali. Pertanto, il presente accordo sarà automaticamente adeguato a fronte di sopravvenute normative che impongano il rispetto di nuovi limiti e/o parametri di spesa o, viceversa, stabiliscano un nuovo quadro di obblighi e di garanzie;

In armonia con le finalità del presente accordo, i contratti locali definiscono tra l'altro:

1. i requisiti del servizio da rendere in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
2. il corrispettivo preventivato, a fronte delle attività concordate, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente rese;
3. il debito informativo delle strutture per il monitoraggio degli accordi contrattuali;
4. la fornitura di prestazioni che le strutture private presenti nell'ambito territoriale si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia.

Si precisa che è in corso di definizione, a livello regionale, una piattaforma web per rilevare le informazioni utili al monitoraggio del presente accordo. Tale piattaforma sarà alimentata direttamente dalle Aziende USL tramite l'invio trimestrale dei dati di fatturato delle strutture aderenti all'accordo, al fine di consentire il monitoraggio dell'andamento dell'attività e degli eventuali scostamenti rispetto ai budget concordati.

Aziende USL, AIOP e strutture private saranno abilitate alla visione della reportistica regionale di sintesi concordata, che consentirà di verificare la coerenza tra i dati di attività immessi dalle Aziende (fatture/note ricevute dalle Strutture private) e i valori di fatturato comunicati ad AIOP dalle strutture private aderenti agli accordi.

La possibilità, per tutti gli attori del sistema, di accedere alla reportistica renderà pertanto trasparente il processo, consentendo di segnalare tempestivamente eventuali disallineamenti di fatturato, in modo da fornire alla Commissione Paritetica valori condivisi dalle parti, abbreviando i tempi di approvazione dei report che definiscono gli scostamenti rispetto ai budget concordati.

ART. 3 – SOGGETTI EROGATORI E REQUISITI

Ai fini e per gli effetti del presente accordo, i soggetti erogatori legittimati alla stipula di contratti locali di fornitura sono le strutture private accreditate di ricovero ospedaliero aderenti ad AIOP Emilia Romagna.

Sono legittimati alla stipula dei contratti locali le strutture private in possesso dei seguenti requisiti oggettivi e soggettivi.

A) Requisiti oggettivi

Le strutture private devono essere autorizzate ed accreditate. Pertanto, i soggetti erogatori devono rispondere ai requisiti di accreditamento stabiliti dalla Regione Emilia-Romagna e dalla normativa nazionale in materia. In particolare, si richiama la disposizione di cui al punto 2.5 dell'Allegato 1 al DM 70/2015. Le strutture private devono possedere i suddetti requisiti oggettivi al momento della sottoscrizione dei contratti locali, e devono mantenerli per tutta la loro durata. Da parte loro la Regione e le AUSL, relativamente alle soglie di erogabilità, delle prestazioni, si impegnano a considerare nella loro programmazione come oggetto di committenza i volumi di attività in termini qualitativi e quantitativi già esistenti in capo al privato accreditato.

Si dà atto che allo stato odierno non vi è stata alcuna Intesa della Conferenza Stato-Regioni

in ordine all'individuazione degli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, di cui al punto 2.5 dell'Allegato 1 al DM 70/2015. Gli effetti della futura adozione di tali provvedimenti sulle singole strutture aderenti ad AIOF Emilia Romagna andranno verificati rispetto alla possibilità che comportino il venir meno dei requisiti soggettivi sia ai fini del presente accordo e/o degli eventuali contratti locali già stipulati da parte delle strutture eventualmente interessate. Si dà altresì atto che tra le Parti è già avvenuta una consultazione che ha portato, alla luce dei contenuti del citato punto 2.5 dell'allegato 1 ed in attesa delle linee guida nazionali in materia, a circoscrivere la categoria delle strutture afferenti il settore delle monospecialistiche e di quelle inferiori ai 60 PL. Le realtà per le quali sono state ravvisate delle criticità hanno tutte già provveduto entro il 30 settembre 2016 ad effettuare i necessari processi di integrazione ed a notificarli in Assessorato.

B) Requisiti soggettivi

Le Aziende USL non possono addivenire alla stipula di contratti locali con strutture private che si trovino, a causa di atti compiuti o omessi, in una delle situazioni di cui ai commi 1, 2, 4, 5 lett. a), b), c), d), f), h), i), l), 7, 8, 9, 10 e 11 dell'art. 80 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, recante "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture".

Nelle situazioni di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 80 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, ne consegue l'impossibilità di addivenire alla stipula di contratti locali se la sentenza o il decreto sono stati emessi nei confronti: del titolare o del direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale; di un socio o del direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo; dei soci accomandatari o del direttore tecnico, se si tratta di società in accomandita semplice; dei membri del consiglio di amministrazione cui sia stata conferita la legale rappresentanza, di direzione o di vigilanza o dei soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o di controllo, del direttore tecnico o del socio unico persona fisica, ovvero del socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società. In ogni caso, il divieto a contrarre opera anche se le circostanze di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 80 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 si verificano nei confronti dei soggetti cessati dalla carica nell'anno antecedente la data di stipula, qualora l'impresa non dimostri che vi sia stata completa ed effettiva dissociazione della condotta penalmente sanzionata; il divieto non si applica quando il reato è stato depenalizzato ovvero quando è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima.

La struttura privata non può addivenire alla stipula di contratto locale se al momento della stipula ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate nell'ambito dei servizi compresi nel SSR, ovvero di altro contratto locale, a condizione che si sia dimostrato con mezzi adeguati che la struttura privata accreditata si sia resa colpevole di gravi illeciti professionali tali da rendere dubbia la sua integrità o affidabilità. Tra questi rientrano anche le significative carenze nell'esecuzione di un precedente contratto, anche locale, che ne hanno causato la risoluzione anticipata non contestata in giudizio, ovvero confermata all'esito di un giudizio che ne abbia accertato la gravità anche rispetto all'entità del danno, l'assenza di condizioni che possono aver indotto all'errore, ovvero hanno dato luogo ad una condanna al risarcimento del danno o ad altre sanzioni.

Le strutture private devono possedere suddetti requisiti soggettivi al momento della sottoscrizione per adesione del presente accordo e della stipula dei contratti locali, e devono mantenerli per tutta la loro durata.

L'attestazione del possesso dei requisiti soggettivi è autocertificata mediante dichiarazione sostitutiva in conformità alle previsioni del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, sottoscritta con modalità di cui all'art 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445. Le Aziende USL procedono ai controlli in merito al possesso dei requisiti autocertificati sulle strutture che insistono sul loro territorio anche per conto di altri soggetti di parte pubblica.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, c. 17, L. 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", la struttura privata accreditata è tenuta al rispetto di patti di integrità e/o legalità adottati dalle singole Aziende USL, laddove gli stessi e relativi aggiornamenti siano stati inviati dalle Ausl mediante PEC alle singole strutture e dalle stesse accettati. Pertanto, la mancata sottoscrizione dei medesimi impedisce la stipula dei contratti locali.

ART. 4 –Volumi ECONOMICI

4.1 Attività erogata a residenti della Regione Emilia-Romagna

Il presente accordo individua 3 gruppi di strutture eroganti 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 ospedaliere di non alta specialità (che potrebbero comprendere anche prestazioni di alta complessità) che fanno riferimento a 2 tipologie di budget:

- **Budget 1) Prestazioni intra-AUSL**, vale a dire rivolte a cittadini residenti nell'Azienda USL di competenza territoriale della struttura;
- **Budget 2) Prestazioni extra-AUSL**, vale a dire rivolte a cittadini residenti in Regione Emilia Romagna ma al di fuori dall'Azienda USL di competenza territoriale della struttura privata erogante. In tal caso, nell'anno 2016, permane l'obbligo di stipulare un contratto secondo le modalità di cui al precedente Accordo Regionale, qualora il volume economico annuale delle prestazioni superi, relativamente a ciascuna struttura, la soglia di € 250.000 comprensiva di eventuali prestazioni ambulatoriali oggetto di riconversione produttiva/nuova allocazione di setting assistenziale.

Con riferimento al budget 2 "Extra-AUSL" le parti concordano che dall'anno 2017 il budget 2 sia unificato a livello regionale, con compensazioni contabili stabilite dalla Regione per compensare gli esuberi produttivi dei fatturati verso le singole AUSL e che gli Accordi da stipulare, di cui al precedente capoverso (obbligatori al superamento della soglia di € 250.000), abbiano valore solo qualitativo. Gli Ospedali Privati si impegnano a fornire i dati di fatturazione di tutto l'esercizio entro il 15 gennaio dell'anno

successivo, per permettere alla Regione di consolidare i dati di bilancio entro il primo mese dell'esercizio successivo.

- B. Strutture Private che erogano prestazioni di carattere neuropsichiatrico ospedaliere e residenziali:** questo gruppo di produttori ha un budget complessivo regionale (cd. **Budget 3**) per l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico rivolta ai cittadini residenti nella Regione Emilia-Romagna.
- C. Ospedali privati di Alta Specialità (aderenti AIOF):** questo gruppo di produttori individua gli ospedali privati di alta specialità, il cui budget complessivo di riferimento è il cd. **Budget regionale dell'Alta Specialità.**

I budget definiti nel presente accordo (di cui alla tabelle sottostanti 1 e 2) rappresentano il tetto massimo di spesa riconoscibile all'attività erogata da tali strutture.

Eventuali ulteriori attività saranno remunerate se preventivamente commissionate (in termini di volumi e di spesa) nonché formalmente autorizzate dalla Regione o dall'Azienda committente.

Qualora fossero necessarie prestazioni aggiuntive rispetto ai volumi commissionati, le stesse saranno concordate nei volumi e nelle tariffe, ad eccezione dei *DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria*, così come indicati nell'elenco allegato al Patto per la Salute 2010-2012, che non potranno essere oggetto di specifica committenza aggiuntiva e che dovranno subire una riduzione tendenziale nei ricoveri pari al 20%.

In applicazione dell'art 15, c.14 del Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012 (convertito con modificazioni dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012) diretto a stabilire una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati per prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale, i budget per il triennio di riferimento del presente accordo (2016-2018), in assenza di modifiche legislative, sono definiti secondo la legge attualmente in vigore che prevede il riferimento a quanto commissionato nel 2011 decurtato del 2%. Pertanto, gli importi salvo integrazioni di Legge, nel qual caso si dovrà procedere ad una nuova negoziazione, sono definiti come segue:

4.1.1. Ospedali privati eroganti attività di Non Alta specialità e strutture private neuropsichiatriche aderenti all'AIOP:

Tab.1 Budget Non Alta Specialità e Psichiatria										
Budget 1 Intra-AUSL Strutt. Aderenti AIOP	Budget 2011 (ex DGR 1920/11 e nota prot. 120656/2013)	(ex RER	Budget ricalcolato Romagna (*)	2011 per	Applicazione DGR 560/2014	Budget Anni 2016-2018 (= 2011-2%)	Scost. Budget 2016-2018 vs 2011 (v.a.)	Scost. Budget 2016-2018 vs 2011 (%)		
Piacenza	€ 21.186.635	€	21.186.635			€ 20.762.902	-€ 423.733	-2%		
Parma	€ 31.233.653	€	31.233.653			€ 30.608.980	-€ 624.673	-2%		
Reggio-Emilia	€ 15.796.792	€	15.796.792			€ 15.480.856	-€ 315.936	-2%		
Modena (**)	€ 11.856.723	€	11.856.723			€ 11.619.589	-€ 237.134	-2%		
Bologna e Prov	€ 49.970.303	€	49.970.303			€ 48.970.897	-€ 999.406	-2%		
Ferrara	€ 12.732.252	€	12.732.252			€ 12.477.607	-€ 254.645	-2%		
Romagna	€ 66.479.988	€	76.717.944	€ 500.000		€ 75.683.585	-€ 1.034.359	-1%		
Tot. Budget 1 Intra-AUSL	€ 209.256.346	€	219.494.302	€ 500.000	€	215.604.416	-€ 3.889.886	-2%		
(*)Budget intraAVR (pari a € 10.237.956, come da nota RER n. 120656 del 2013) rientra dal 2014 nel Budget IntraAUSL										
Budget 2 Extra-AUSL Unico regionale (Anni 2017-2018)	€ 32.006.609	€	21.768.653			€ 21.333.280	-€ 435.373	-2%		
di cui (A)										
Osp. Priv. Piacenza	€ 425.501	€	425.501			€ 625.459	€ 199.958	47%		
Osp. Priv. Parma	€ 4.729.304	€	4.729.304			€ 4.926.679	€ 197.375	4%		
Osp. Priv. Reggio-Emilia	€ 3.261.404	€	3.261.404			€ 2.886.839	-€ 374.565	-11%		
Osp. Priv. Modena (**)	€ 1.574.269	€	1.574.269			€ 1.414.160	-€ 160.109	-10%		
Osp. Priv. Bologna e Prov	€ 3.392.699	€	3.392.699			€ 3.281.665	-€ 111.033	-3%		
Osp. Priv. Ferrara	€ 241.855	€	241.855			€ 91.991	-€ 149.865	-62%		
Osp. Priv. Romagna	€ 18.381.578	€	8.143.622			€ 8.106.487	-€ 37.135	0%		
Budget 3 Psichiatria	€ 36.227.164	€	36.227.164			€ 35.502.621	-€ 724.543	-2%		
Totale budget 1+2+3	€ 277.490.119	€	277.490.119	€ 500.000	€	272.440.317	-€ 5.049.802	-2%		

(**) Esclusa Hesperia Hospital;

(A) Dal 2017 il budget 2 Extra-AUSL è unico a livello regionale; i limiti aziendali del budget extra-ausl sono individuati come riferimento storico (sulla base della media triennale dei fatturati 2013-2015)

Con riferimento esclusivamente all'anno 2016 il Budget 2 "Extra-AUSL" è ripartito, come indicato nella tabella seguente, in Budget 2.1 "Intra-Area Vasta" e in Budget 2.2 "Extra-Area vasta" in continuità con l'accordo precedente di cui alla DGR 1920/11, la cui disciplina resta applicabile:

Tab.1a

	Budget 2016 Extra-AUSL		di cui Budget Intra- Area Vasta		di cui Budget Extra- Area Vasta	
Budget 2 Extra-AUSL	€	21.333.280	€	8.750.127	€	12.583.153
di cui						
AVEN			€	7.570.182		
AVEC			€	1.179.945		

In relazione agli importi sopradefiniti si precisa quanto segue:

- Tali importi costituiscono i limiti massimi budgetari entro cui le Aziende USL possono stipulare i singoli accordi locali. Sono fatte salve committenze aggiuntive negoziate in sede locale. Al superamento di tali budget opera il cd. meccanismo del “budget fisso e tariffa variabile”, già descritto nella DGR 1920/2011 in base al quale in caso di sfondamento del tetto economico scatteranno le penalità individuali e complessive (mediante riduzione a scalare delle tariffe). Il metodo di calcolo e applicazione delle penalità è quello descritto nella citata DGR 1920/2011, sia per il budget 1 che per il 2.

In particolare, in caso di eccesso di produzione rispetto al budget complessivo di settore si procederà alla decurtazione con il meccanismo della tariffa variabile nei confronti di quelle strutture che avranno registrato un volume di attività superiore rispetto alla media del triennio precedente, calcolata adeguando le medie individuali e la loro somma al budget contrattato con la presente intesa. Tale penalizzazione sarà applicata in misura proporzionale all'eccesso di proporzione individuale rispetto alla media e nella quantità sufficiente a permettere il rientro del budget complessivo. Della stessa beneficeranno, in misura proporzionale, le AUSL destinatarie del fatturato eccedente la media mobile individuale triennale lorda della struttura penalizzata. A tal riguardo, si rinvia al regolamento interno e alle determinazioni che la Commissione Paritetica adotterà.

I budget 1 “Intra-AUSL” e 2 “extra-AUSL” possono essere utilizzati, in analogia a quanto già avviene in diverse realtà locali, anche per acquisire prestazioni ambulatoriali derivanti da intese di riconversione produttiva o da nuova allocazione di setting assistenziale. Di tali acquisizioni deve essere data evidenza separata negli accordi locali con specifica indicazione degli importi oggetto di riconversione entro il budget complessivo assegnato, al fine di poter consentire il monitoraggio in ambito regionale e l'alimentazione della piattaforma web regionale.

Sono fatti salvi specifici Accordi conclusi in sede locale per il travaso dal 2017 dal budget 2 al budget 1, nel rispetto dei limiti di budget complessivi ed in una logica di autosufficienza territoriale. Tali Accordi dovranno essere approvati in Commissione Paritetica.

- La contrattazione locale dovrà indicare, nell'ambito del budget complessivo concordato con le singole strutture erogatrici, la prevedibile quota di ricoveri oggetto di invio diretto agli ospedali privati da parte della struttura pubblica. Di tale quota deve essere data evidenza separata negli accordi locali con specifica indicazione degli importi riconosciuti entro il budget complessivo assegnato, al fine di poter consentire il monitoraggio in ambito regionale e l'alimentazione della piattaforma web regionale. Di norma, pertanto, la quota di ricoveri oggetto di invio diretto agli ospedali privati da parte della struttura pubblica è compresa entro il budget complessivo assegnato, salvo che non intervenga esplicita richiesta da parte dell'Azienda USL committente.
- In relazione al principio di non pervasività della committenza, la quota di committenza qualitativa per tipologia di prestazioni non potrà superare il 70% del budget oggetto di committenza, salvo diversi accordi locali.

Sulla base dei Budget di Non Alta Specialità sopra definiti per gli Ospedali Privati accreditati, è di seguito riportato un prospetto indicativo distinto per Azienda USL di residenza dei cittadini:

Tab. 1b

Budget di Non alta specialità: anni 2016-2018 (*)				
Azienda USL di Residenza	Intra-AUSL	Extra-AUSL	Tot.	
Piacenza	€ 20.762.902	€ 1.559.012	€	22.321.915
Parma	€ 30.608.980	€ 1.202.044	€	31.811.024
Reggio-Emilia	€ 15.480.856	€ 3.928.012	€	19.408.868
Modena	€ 11.619.589	€ 4.023.800	€	15.643.389
Bologna	€ 48.970.897	€ 3.721.720	€	54.402.761
Imola		€ 1.710.143		
Ferrara	€ 12.477.607	€ 3.697.790	€	16.175.397
Romagna	€ 75.683.585	€ 1.490.759	€	77.174.344
Totale	€ 215.604.416	€ 21.333.280	€	236.937.696
(*) Esclusa attività erogata da Hesperia Hospital				

4.1.2. Ospedali privati eroganti attività di Alta specialità aderenti all'AIOP:

In relazione all'attività di alta specialità erogata dalle tre strutture aderenti all'AIOP (Salus Hospital di Reggio-Emilia, Maria Cecilia Hospital di Ravenna, Villa Torri Hospital di Bologna) si precisa che il valore economico complessivo è pari a € 42.216.000, determinato in misura pari al budget 2011 decurtato del 2%, come previsto dall'art. 15, c.14, del DL 95/2012 conv. L135/2012, e incrementato del valore riconosciuto a recupero della mobilità passiva 2012 rispetto al 2011, suddiviso per gruppi di prestazioni come di seguito indicato:

Tab.2. Budget di Alta Specialità: anni 2016-2018

Gruppi Alta Specialità	Strutture Aderenti AIOP Budget 2016-2018
Gruppo A1- Cardiochirurgia	€ 29.400.000
Gruppo A2- Diagnostica Interventistica Percutanea Coronarica	€ 2.700.000
Gruppo A3- Riabilitazione Cardiologica	€ 400.000
Totale Gruppo A	€ 32.500.000
Gruppo B 1- rivascolarizz non coronarica	
Gruppo B2-Piede Diabetico	
Totale Gruppo B	€ 3.216.000
Gruppo C1-aritmologia	
Gruppo C2- Ablazioni	
Totale Gruppo C	€ 2.000.000
Gruppo D1 -Neurochirurgia Centrale+Gamma Knife	
Gruppo D2-Neurochirurgia Periferica	
Totale Gruppo D	€ 4.100.000
E-Miscellanea	€ 100.000
G-Chirurgia Toracica	€

	300.000
Totale	42.216.000

Le prestazioni di alta specialità sono raggruppate nei seguenti gruppi:

A) *Diagnostica e interventistica coronarica e patologia valvolare cardiaca* (A1 cardiocirurgia; A2) Diagnostica e interventistica percutanea coronarica; A3 riabilitazione cardiologica): comprende il percorso della rivascolarizzazione coronarica chirurgica e degli interventi di cardiocirurgia per patologia valvolare: la quota è comprensiva della remunerazione relativa al numero concordato (30 Casi) degli impianti per via trans-catetere della valvola aortica (TAVI);

B) *Rivascolarizzazione non coronarica*: Il gruppo comprende gli interventi di rivascolarizzazione non coronarica, e specificatamente nei settori sopra aortico, renale e degli arti inferiori. Questo gruppo è comprensivo anche del trattamento endovascolare del piede diabetico, definito da uno specifico percorso.

C) *Aritmologia*: Nel gruppo sono compresi gli impianti di pace maker e defibrillatori (CRT/CRD), nonché gli interventi di ablazione.

D) *Neurochirurgia* (D 1 centrale ; D 2 periferica): Il gruppo D1 comprende il trattamento chirurgico di patologie craniche e il trattamento con gamma knife . il gruppo D2 periferica comprende gli interventi di artrodesi vertebrale ed una quota di chirurgia neurologica periferica nonché interventi di scoliosi neuromuscolari pediatriche idiopatiche

E) *Miscellanea*: Questo gruppo comprende un volume residuale di ricoveri, non di Alta Specialità e comunque non eliminabili, riferibili alla quota di ricoveri medici per patologie attinenti ai servizi di Alta Specialità, ma che non usufruiscono di procedure di tale livello per ragioni non determinabili al momento del ricovero.

G) *Chirurgia Toracica*

Nell'Allegato 2 è riportato l'elenco dei DRG riconosciuti per prestazioni di alta specialità.

In relazione agli importi sopradefiniti si precisa che:

- in caso di mancato raggiungimento del tetto di gruppo, i budget, sono travasabili tra loro, solo dal basso verso l'alto.
- Sono fatte salve committenze aggiuntive negoziate in sede locale e recuperi di mobilità così come definiti in sede di Commissione Paritetica.

Sulla base del Budget di Alta Specialità sopradefinito, è di seguito riportato un prospetto indicativo distinto per Azienda USL di residenza dei cittadini e per struttura erogante:

Tab. 2a

Budget di Alta specialità: anni 2016-2018					
Strutture Eroganti					
Azienda USL di Residenza	Salus Hospital	Villa Torri	Villa Maria Cecilia	Tot.	
Piacenza	€ 855.047	€ 22.628	€ 192.971	€	1.070.646
Parma	€ 141.318	€ -	€ 310.379	€	451.697
Reggio-Emilia	€ 4.826.924	€ 262.542	€ 584.098	€	5.673.564
Modena	€ 202.239	€ 323.656	€ 578.286	€	1.104.181
Bologna	€ 4.193	€ 1.731.829	€ 1.873.848	€	3.609.871
Imola	€ -	€ 298.586	€ 2.710.781	€	3.009.367
Ferrara	€ 13.747	€ 683.173	€ 4.512.385	€	5.209.304
Romagna	€ 49.696	€ 424.252	€ 21.613.423	€	22.087.371
Totale	€ 6.093.163	€ 3.746.664	€ 32.376.173	€	42.216.000

Programmazione degli interventi

Al fine di consentire ai terzi beneficiari continuità nella fruizione delle prestazioni sanitarie, è obbligo della struttura programmare, comunicandolo alle AUSL, l'erogazione delle prestazioni nell'arco dell'intero anno solare, con un impegno all'erogazione mensile tendenzialmente omogeneo. Resta inteso che la struttura non possa e non sia tenuta a fornire prestazioni con onere a carico del SSR qualora non coerenti con la configurazione di accreditamento, e/o qualora eccedenti il budget assegnato, e/o qualora comunque violino il contenuto del presente accordo o dei contratti locali.

La struttura comunica tempestivamente alla AUSL e alla Regione Emilia Romagna, con almeno 20 giorni solari di anticipo, eventuali sospensioni di funzioni o attività sanitarie; il preavviso deve essere trasmesso a mezzo PEC o posta raccomandata A/R, e comunque deve essere tale da garantire continuità assistenziale e da evitare disagio all'utenza.

4.1.3 Attività ambulatoriale

L'attività ambulatoriale ha assunto nel tempo un ruolo sempre più importante nella rete dell'offerta di prestazioni del SSN, sia per il sempre più cospicuo passaggio delle prestazioni dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale, sia per la sempre maggiore importanza assunta dal comparto territoriale nell'assegnazione delle risorse e nel futuro assetto organizzativo del sistema, anche in funzione dei criteri di appropriatezza e di congruità delle risposte al fabbisogno. Rispetto al passato, anche per tener conto del ruolo di presidio che le risorse assegnate al comparto privato hanno rappresentato in questo settore per affrontare il tema delle liste di attesa e della tempestività nell'erogazione delle prestazioni, pare opportuno rafforzare la stabilità di tali assegnazioni.

4.2 Attività erogata a cittadini residenti in altre regioni

Col presente accordo si disciplinano i volumi finanziari massimi riferiti anche alle prestazioni rese a favore di cittadini residenti in altre regioni italiane.

Le strutture private si impegnano a porre in essere azioni tese a qualificare e ridurre i volumi di prestazioni, al fine di allinearsi ai limiti di spesa fissati dalla normativa vigente.

Avuto presente l'Accordo raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni in data 29/9/2016 per la regolazione dei flussi finanziari connessi alla mobilità degli assistiti per gli anni 2014-2015 e fermo restando che per il triennio di validità del presente accordo i fondi corrispondenti alla

mobilità attiva inter-regionale saranno trasferiti dalla Regione Emilia-Romagna alle strutture private accreditate senza essere compensati in alcun modo dalla Regione stessa, rispetto a quanto riconosciuto dalle Regioni di residenza degli assistiti, e che pertanto costituiranno budget definitivi per l'anno di riferimento, si forniscono di seguito alcune indicazioni orientative:

- per il triennio di valenza dell'accordo (2016-2018) allo stato attuale è realistico ritenere che il valore del fatturato 2013, calcolato su base Aziendale, possa costituire un riferimento per la sola regolazione finanziaria dei flussi di mobilità tra regioni degli assistiti; in tal senso si è data indicazione alle Aziende sanitarie regionali per procedere alla liquidazione degli importi fatturati nel corso del 2016, a titolo di acconto;
- la Regione si impegna a comunicare ad AIOP entro 30 giorni dal raggiungimento di intese/accordi con le altre Regioni il valore complessivo della mobilità attiva resa da strutture private accreditate riconosciuta all'Emilia-Romagna per ciascuno degli anni di riferimento; entro i successivi 60 giorni AIOP comunica alla Regione la ripartizione del valore complessivo sulle singole strutture aderenti, fermo restando il principio del non superamento dell'effettivo valore della produzione a favore cittadini residenti in altre regioni per l'anno di riferimento.
- In corso d'anno e fino alla completa definizione dei valori di scambio tra le regioni e della loro effettiva ricaduta sulle singole strutture, i pagamenti effettuati dalle aziende sanitarie regionali saranno considerati acconti.

La Regione fornisce informazioni 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.

Sono fatti salvi i mutamenti del quadro legislativo e negoziale tra le regioni, nel qual caso le Parti procederanno alle dovute integrazioni in sede di Commissione Paritetica.

ART. 5 - OBBLIGO DI LEALE COOPERAZIONE

Le strutture private accreditate dichiarano con la sottoscrizione del presente accordo di essere a conoscenza dei sottostanti processi evolutivi, e conseguentemente si obbligano ad agire secondo uno spirito di leale collaborazione per il perseguimento dei relativi obiettivi anche in ordine alla stipula dei contratti locali.

Con riferimento in particolare all'Alta Specialità, l'accordo regionale riveste un ruolo di inquadramento generale e complessivo del rapporto fra Sistema Sanitario Regionale e produttori privati ed è lo strumento che regola il governo economico dello scenario produttivo di prestazioni, al fine di lavorare in un'ottica di consolidamento delle prospettive di integrazione e completamento del sistema dell'offerta, da raggiungere tramite accordi di collaborazione finalizzati alla copertura non competitiva dei bisogni di salute; perseguendo, allo stesso tempo, mediante una ponderazione del reciproco rapporto, una dimensione di rete dell'offerta sempre più coordinata e coerente con gli obiettivi della programmazione regionale. Oggi è ineludibile un cambiamento che tenga conto della trasformazione epidemiologica, della maggiore consapevolezza della popolazione e dell'evoluzione tecnologica a costi incrementali, in un momento critico per la sostenibilità dell'intero sistema.

Risposte adeguate richiedono che il Sistema Sanitario Regionale persegua l'obiettivo di integrare l'offerta dei servizi e prestazioni, sempre più complesse e interconnesse, attraverso la predisposizione di percorsi clinico-assistenziali, che assicurino la presa in carico

complessiva del paziente e la continuità assistenziale delle prestazioni erogate, attraverso un uso appropriato delle risorse e la valorizzazione dei professionisti impegnati nella produzione. si ritiene indispensabile perseguire la partnership con il privato accreditato, che negli anni ha dimostrato la propria disponibilità ad integrarsi e condividere con il pubblico gli obiettivi dell'SSR, con un approccio che porti ad un livello superiore i criteri di integrazione e di partecipazione alla rete ospedaliera regionale, anche per dare sostanza all'impegno che la Regione Emilia Romagna ha contratto con i propri cittadini garantendo la risposta ai bisogni di prestazioni di Alta Specialità entro 30 (trenta) giorni dalla richiesta.

A) Day Hospital e percorsi ambulatoriali

Le strutture private accreditate si impegnano a partecipare ai processi di trasformazione e/o riconversione delle prestazioni rientranti nei LEA in conformità a quanto contenuto nella delibera di Giunta regionale n. 2040/2015 in tema di *"Riorganizzazione della Rete Ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM Salute 70/2015"*, e/o a futuri provvedimenti nazionali o regionali in materia.

Le suddette trasformazioni e/o riconversioni sono garantite nel budget assegnato alle strutture private accreditate. Di norma, rientrano nei budget qui definiti tutte quelle prestazioni che - in base a valutazioni di appropriatezza - hanno un'indicazione all'erogazione a livello ambulatoriale come livello maggiormente adeguato rispetto alla degenza, o che trovano un'esplicitazione consensuale di tale passaggio all'interno dei contratti locali, anche ai fini di un riconoscimento tariffario e per utilizzo del flusso informativo ASA in sostituzione della SDO. In ogni caso, all'interno dei contratti locali può essere previsto il passaggio di tali prestazioni nel budget ambulatoriale localmente definito.

Le strutture private accreditate devono partecipare alla realizzazione di un sistema integrato di gestione delle liste di attesa. Pertanto, sulla base dei fabbisogni espressi dalla committenza, quote di budget - anche diversificate tra le diverse Aziende USL - possono essere dedicate a prestazioni ambulatoriali, con particolare riferimento a quelle critiche in termini di lista d'attesa.

Relativamente alle liste di attesa per i ricoveri programmati le strutture private accreditate aderenti al presente accordo si impegnano a partecipare per le proprie competenze alle iniziative regionali in materia, compresa la creazione di un sistema integrato di gestione delle liste di attesa.

B) Riabilitazione

Il tema della appropriatezza e della efficacia delle cure riabilitative, intensive ed estensive, è e sarà oggetto di specifica attenzione con il fine di utilizzare al meglio le strutture e le competenze presenti all'interno del nostro sistema. Sul punto le parti si riservano di adottare un nuovo documento condiviso che affronti le tematiche assistenziali e di contenuto quanto ai reparti coinvolti nella riabilitazione (MDC 8).

Alcuni elementi di riferimento possono essere individuati da subito come obiettivi per le strutture pubbliche e private accreditate. Si tratta in particolare della necessità di garantire che le attività riabilitative sul paziente vengano svolte almeno 6 giorni su 7 e della opportunità

che la durata media della degenza riabilitativa tenda ad allinearsi alle migliori performance regionali e nazionali.

C) Accesso alle strutture

L'accesso alle strutture private accreditate avviene mediante prescrizione medica, fatta eccezione per le strutture residenziali psichiatriche, per le quali l'accesso avviene esclusivamente tramite la prescrizione effettuata dai Servizi di salute mentale delle Aziende USL salvo specifici accordi locali.

Avendo conoscenza del budget, le strutture - fatta eccezione per gli invii diretti da parte di struttura pubblica, che comunque sono salvaguardati - devono gestire una programmazione dei ricoveri tale da evitare la mancata prestazione di una attività in riferimento alla carenza di budget. L'eventuale verificarsi di tali comportamenti, segnalati da cittadini o da Aziende USL, può essere sanzionato previa decisione della Commissione Paritetica di cui all'art. 9, la quale potrà altresì stabilire meccanismi penalizzanti individuali. La Commissione Paritetica valuta le segnalazioni di possibili incongruenze relative alla produzione e si adopera per il raggiungimento dell'accordo fra le parti.

Inoltre, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, c. 577, della L. 28 dicembre 2015, n. 208, le strutture private che erogano prestazioni a carico del SSN applicano ai pazienti residenti in regioni diverse dall'Emilia Romagna le medesime regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti residenti.

D) Differenza per comforto alberghiero

La remunerazione per differenze di comforto alberghiero di ogni tipo, pagata direttamente dal ricoverato, resta completamente liberalizzata e riservata alla 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.

E) Incompatibilità

Il personale dipendente dal SSN, il personale convenzionato con il SSN e il personale universitario integrato che ha rapporti con il SSN non può prestare la propria attività in strutture private accreditate in quanto incompatibile. Pertanto, è vietato per dette strutture avere nel proprio organico, in qualità di consulente o di prestatore d'opera, personale che intrattenga un rapporto di dipendenza/convenzionale con il SSN.

Per quanto concerne il personale con il quale le Aziende sanitarie intrattengono rapporti con contratti libero professionali, le Aziende valutano - tenuto conto in particolare della tipologia di attività e dell'impegno temporale richiesto - la necessità di definire all'interno del contratto la clausola della incompatibilità del rapporto in Azienda con lo svolgimento di altre attività prestate presso strutture private accreditate, in considerazione dei possibili conflitti di interesse, anche solo potenziali, o delle possibili forme di concorrenza che possono determinarsi fra l'opera professionale richiesta e le altre attività svolte presso le strutture medesime. È pertanto necessario prevedere all'interno dei contratti aziendali le circostanze che possono dare luogo a incompatibilità. In ogni caso, è fatto divieto ai medici operanti con contratto libero professionale presso strutture pubbliche di inviare pazienti, transitati presso le

medesime, alle strutture private accreditate presso le quali essi siano stati autorizzati ad operare. Le strutture interessate, pubbliche e private, comunicano tale divieto in forma scritta ai professionisti interessati e controllano sul loro corretto operare rispetto al divieto medesimo.

Sono fatti salvi eventuali specifici accordi intervenuti in merito tra gli enti pubblici preposti all'erogazione di prestazioni sanitarie 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 Cura della Persona, Salute e Welfare.

Le strutture private accreditate assicurano gli adempimenti finalizzati a prevenire conflitti di interesse, anche potenziali; in ogni caso, le strutture private accreditate che dimostrino la buona fede non rispondono in ordine a false dichiarazioni rilasciate dai professionisti.

ART. 6 – FATTURAZIONE, PAGAMENTI E CONNESSI ACCERTAMENTI

A) Fatturazione

Le prestazioni erogate a favore di cittadini residenti in Regione sono fatturate all'Azienda USL ove il paziente risiede sulla base del dato anagrafico risultante dalla prescrizione medica e dalla tessera sanitaria. Ove tale indicazione risultasse comunque errata per cause non ascrivibili alla struttura, sarà cura dell'Azienda USL destinataria della fattura effettuare le opportune ricerche per accertare l'effettiva residenza del cittadino, ovvero, in caso di riscontrato errore, darne comunicazione alla struttura privata, la quale dovrà a sua volta emettere nota di accredito e relativa fattura nei confronti dell'Azienda di residenza corretta.

Le prestazioni erogate a favore di cittadini non residenti in Regione sono fatturate all'Azienda USL ove ha sede territoriale la struttura privata erogatrice, con indicazione del codice fiscale del soggetto beneficiario, della Regione e/o Stato estero di residenza. I relativi controlli, anche in ordine al pagamento, potranno essere svolti sia dall'Azienda USL di competenza territoriale sia dalla Regione Emilia Romagna. In caso di riscontrato errore di fatturazione di carattere amministrativo, l'Azienda USL destinataria ne dà comunicazione alla struttura privata, la quale dovrà a sua volta emettere tempestivamente, nota di accredito, fatta in ogni caso salva la facoltà per l'Azienda USL di avvalersi della compensazione di cui all'art. 1241 c.c. Resta fermo l'obbligo in capo alla AUSL di cooperare al fine di accertare la reale residenza del cittadino.

La struttura privata ha il dovere di conformarsi a quanto prescritto dall'art.1, commi da 209 a 213, Legge 24 dicembre 2007, n. 244, e dal Regolamento in materia di emissione, trasmissione e ricevimento della fattura elettronica da applicarsi alle amministrazioni pubbliche di cui al Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 3 aprile 2013, n. 55. Pertanto, le fatture devono essere trasmesse all'Azienda USL competente esclusivamente in formato elettronico XML, attraverso il sistema di interscambio (SDI), previa richiesta all'amministrazione destinataria del codice IPA. Eventuali prescrizioni tecniche saranno indicate nei contratti locali. Il mancato rispetto delle disposizioni in tema di fatturazione elettronica e/o delle prescrizioni tecniche impedirà il regolare pagamento delle fatture.

Qualora la modalità di fatturazione e/o le prescrizioni tecniche dovessero variare in corso di esecuzione dei contratti locali, la struttura privata dovrà adeguarsi alle stesse.

La struttura privata emette la fattura delle prestazioni erogate nel momento in cui rende disponibili i dati di cui ai flussi SDO, ASA e SDRES o tramite produzione del tracciato informativo regionale o anche direttamente all'Azienda USL tramite apposito tracciato record allegato alla fattura, in modo che l'Azienda Usl possa tempestivamente svolgere gli accertamenti dovuti, preliminari al pagamento, compresa la verifica degli invii da PS/strutture pubbliche.

B) Pagamenti

Le Aziende USL procedono ai pagamenti delle fatture secondo quanto disposto dal D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231, così come modificato dal D.Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 e interpretato dall'art. 24 L. 30 ottobre 2014, n. 161 (**60 giorni** dal ricevimento della fattura).

In nessun caso, ivi compresi eventuali ritardi nei pagamenti dei corrispettivi dovuti, il fornitore può sospendere le attività complessive oggetto del presente contratto, ferme restando le tutele accordate dagli art. 3 e 6 D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231. Qualora il fornitore si renda inadempiente a tale obbligo, resta facoltà dell'Azienda USL, d'intesa con la Regione, risolvere il contratto locale mediante unilaterale dichiarazione comunicata con lettera AR, con conseguente addebito di tutti i danni subiti e subendi.

Come chiarito dalla determinazione Autorità Vigilanza Contratti Pubblici 7 luglio 2011, n. 4, le prestazioni oggetto del presente accordo e rese dai soggetti privati accreditati non sono soggette agli obblighi previsti dall'art. 3, L. 13 agosto 2010, n. 136 e dagli artt. 6 e 7, D.L. 12 novembre 2010, n. 187 (convertito con modificazioni nella Legge 17 dicembre 2010, n. 217) in tema di tracciabilità dei flussi finanziari, salvo modifiche legislative in materia.

Le strutture private accreditate che ricorrano alle formule di finanziamento e anticipo commerciale – ivi incluso il factoring - per fatture riferite a prestazioni rese a favore sia di cittadini residenti in Regione Emilia Romagna, sia non residenti non possono in nessun caso addebitare oneri a carico delle Aziende USL.

In caso di ritardo nei pagamenti oltre il 90° giorno sono dovuti gli interessi ai sensi del D.Lgs n. 231/2002 e s.m.i.

C) Connessi accertamenti

Ai fini della liquidazione del corrispettivo, le Aziende USL devono previamente svolgere i seguenti accertamenti:

- che la prestazione rientri nei LEA e sia stata effettivamente resa;
- che la prestazione resa rientri, per tipologia, quantità e caratteristiche, tra quelle oggetto del presente accordo e/o contratto e che sia coerente e conforme alla configurazione di accreditamento;
- che la prestazione sia stata resa in modo congruo e appropriato, secondo la tempistica prevista dalla normativa vigente.

Inoltre, la AUSL deve verificare che:

- gli importi unitari indicati in fattura per le prestazioni erogate siano conformi alle tariffe regionali e/o nazionali applicabili, come richiamate nel presente accordo;
- l'importo richiesto non superi il budget massimo complessivo di cui al presente

- accordo e per cui vi è copertura di spesa a carico del bilancio pubblico;
- la regolarità amministrativo-contabile delle fatture stesse in base alla normativa vigente;

La liquidazione e/o l'avvenuto pagamento non pregiudicano in alcun modo la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli effettuati sulle prestazioni sanitarie erogate, risultassero non dovute in tutto o in parte. In tal caso, è obbligo della struttura emettere tempestivamente nota di credito, non appena l'iter dei controlli e delle contestazioni sia divenuto definitivo, fatta in questo caso salva la facoltà per l'Azienda USL di avvalersi della compensazione di cui all'art. 1241 c.c.. La mancata emissione della nota di credito da parte della struttura entro il termine di 60 giorni solari costituisce grave inadempimento e, previa diffida, causa di risoluzione del contratto locale.

ART. 7 - PRIVACY

Le prestazioni sanitarie devono essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali, applicabili in materia di privacy.

La struttura si impegna a svolgere le prestazioni sanitarie nel pieno rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e, in particolare, nel rispetto di quanto previsto al titolo V del medesimo, rubricato: "Trattamento di dati personali in ambito sanitario", obbligandosi ad osservare le misure minime di sicurezza e, segnatamente, per il trattamento dei dati con strumenti elettronici, a predisporre quanto richiesto dall'art. 34 del richiamato Codice.

La Regione si impegna a rendere accessibili ai soggetti privati i dati aggregati necessari al monitoraggio delle attività delle strutture in relazione agli impegni scaturiti dagli accordi attraverso la messa a disposizione di report informativi nel rispetto della normativa sulla privacy.

ART. 8 – DECADENZA, RISOLUZIONE DEL CONTRATTO E CONTROLLI

Qualora la struttura dovesse perdere il requisito oggettivo di accreditamento, la Regione assegna termine essenziale di adeguamento. In caso di mancato adempimento nel termine assegnato, la Regione revoca l'accreditamento con conseguente decadenza del contratto locale stipulato. In tal caso è sospesa l'efficacia e l'esecuzione del contratto locale.

Qualora la struttura dovesse perdere i requisiti soggettivi successivamente alla stipula del presente accordo e/o di contratti locali, e sino al termine di loro validità, gli stessi decadono, fatte salve le circostanze di cui al comma 7 dell'art. 80 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50. Le Aziende USL procedono ai controlli in merito al possesso continuativo dei requisiti autocertificati sulle strutture che insistono sul loro territorio anche per conto di altri soggetti di parte pubblica.

I controlli sulle prestazioni erogate sono svolti secondo le procedure, le tempistiche e le modalità operative stabilite dalla normativa in vigore, segnatamente dalla delibera di Giunta regionale n. 354/2012 *"Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni sui produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione EmiliaRomagna"* – ovvero ad altri futuri provvedimenti regionali - e articolati e dettagliati nel Piano Annuale dei Controlli. Inoltre, su iniziativa di uno o entrambi i contraenti possono essere effettuate attività di audit clinico per valutazioni di completezza della documentazione e di appropriatezza

specifica e generica.

Il verificatore che accerta gravi inadempienze in ordine ai profili oggetto di controllo ispettivo trasmette alla struttura erogatrice relazione particolareggiata, assegnando un termine non inferiore a 15 giorni per la presentazione delle proprie controdeduzioni. Acquisite e valutate negativamente le predette controdeduzioni, ovvero scaduto il termine senza che la struttura privata abbia risposto, l'Azienda USL – d'intesa con la Regione - dispone la risoluzione immediata del contratto locale ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1453 c.c..

Il contratto è risolto di diritto, ai sensi dell'art. 1456 c.c., nei casi di:

- sospensione dell'esecuzione del servizio di cui all'art. 6, lett. b), paragrafo 2 del presente accordo, sono fatte salve cause di forza maggiore o caso fortuito;
- la violazione di patti di integrità e/o legalità adottati dalle singole Aziende USL, e sottoscritto dalla struttura privata;
- la violazione di quanto stabilito all'art. 5, lett. c), paragrafo 2, in merito all'obbligo per le strutture private che erogano prestazioni a carico del SSN di applicare ai pazienti residenti in regioni diverse dall'Emilia Romagna le medesime regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti residenti, rispettando in entrambi i casi i budget di riferimento;
- la violazione delle prescrizioni in tema di incompatibilità di cui all'art. 5, lett. e) del presente accordo.
- ogni altra specifica causa espressamente indicata nei contratti locali, anche relativa a inesatti adempimenti di natura tecnico-prestazionale.

In tali casi, la AUSL ne fa contestazione scritta alla struttura, comunicando che intende avvalersi della clausola risolutiva espressa ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1456 c.c. Tenuto conto della specificità della attività di cui trattasi, la risoluzione opererà trascorsi 90 giorni, entro i quali potrà essere attivato l'arbitrato. Al lodo arbitrale, a cui si perviene secondo le modalità di cui alla clausola compromissoria, è rimessa ogni decisione in merito e ad essa le parti si conformeranno.

Fatto salvo quanto sin qui previsto, l'Azienda USL e la Regione hanno facoltà di avviare in qualsiasi momento, con pieno accesso ad atti e luoghi della struttura privata, procedimenti ispettivi istruttori, da svolgersi in contraddittorio con la struttura al fine di accertare anche in corso di esecuzione eventuali violazioni, anche di natura amministrativa. In esito a detti controlli, l'azienda USL e la Regione hanno facoltà di adottare i provvedimenti necessari.

ART. 9 - COMMISSIONE PARITETICA

E' istituita una Commissione Paritetica AIOP/ Regione alla quale sono attribuiti i compiti di monitorare:

- le prestazioni effettuate nell'ambito di regionale e/o di Azienda al fine di renderle maggiormente rispondenti alle esigenze;
- l'andamento finanziario del contratto e le sue modalità applicative;
- gli eventuali contratti aziendali o relativi ad altri ambiti territoriali
- i tempi di pagamento

Ha inoltre il compito di formulare eventuali proposte di modifica e/o completamento dell'Accordo stesso da sottoporre al vaglio delle parti firmatarie.

La commissione è composta da N. 4 membri, di cui:

- 2 designati da AIOP;
- 2 di parte pubblica, individuati dal Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna, di cui uno con il compito di coordinare i lavori della Commissione.

Alla Commissione possono partecipare, senza diritto di voto, 3 membri individuati nella persona dei Direttori Generali pro tempore coordinatori della Area Vasta Emilia Nord e Centro e nel Direttore Generale pro tempore della Azienda USL della Romagna, così come per la parte privata possono essere chiamati a partecipare con le stesse facoltà 3 membri in rappresentanza degli stessi territori.

Alla nomina della Commissione Paritetica provvede il Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna. Delle riunioni della Commissione Paritetica è redatto processo verbale, sottoscritto dai componenti e consegnato in originale alla parte pubblica e alla parte privata. La direzione Generale Cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna garantisce il supporto di segreteria alle attività della Commissione.

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.

La Commissione Paritetica adotterà un regolamento interno per la parte applicativa dell'accordo.

Il Direttore Generale Cura della persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna di definirà linee di indirizzo per l'attività della Commissione Paritetica, procedendo alla loro sottoscrizione unitamente ad AIOP.

AIOP si impegna a fornire trimestralmente alla Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare i dati relativi al fatturato delle singole Strutture, dettagliati secondo le modalità impartite dalla Regione. La Commissione Paritetica, sulla base delle verifiche effettuate dalle Aziende Sanitarie e dei report della piattaforma web, approva i rendiconti infra annuali e i consuntivi annuali. La Commissione Paritetica valuta l'andamento della produzione trimestralmente proponendo eventuali correttivi.

ART. 10 – CLAUSOLA COMPROMISSORIA

Sono rimesse ad un Collegio Arbitrale che agirà in modo rituale eventuali controversie che dovessero sorgere nell'interpretazione e/o nell'esecuzione del presente accordo e/o dei contratti locali, ovvero connesse ai relativi pagamenti, o le controversie in merito agli esiti dell'attività di controllo qualora emergano contestazioni alle strutture interessate suscettibili di concretizzare un danno economico per l'una o l'altra parte, e non fosse possibile pervenire ad una composizione pacifica delle medesime. Il Collegio è composto da n. 3 (tre) arbitri di cui: uno designato da ciascuna parte (struttura privata accreditata e Azienda USL o Regione), un terzo da questi ultimi congiuntamente o, in caso di mancato accordo sulla nomina, dall'Assessore regionale alle politiche per la salute.

Ciascuna parte provvede alla nomina di un arbitro entro 10 giorni dalla comunicazione della nomina dell'altro. Il terzo arbitro, cui sono affidate le funzioni di presidente, è nominato concordemente dagli arbitri già nominati e, in caso di loro disaccordo o inerzia, la nomina è

effettuata dall'Assessore regionale alle politiche per la salute 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.

La formalizzazione dei nominativi dei primi due arbitri deve avvenire entro 30 giorni dalla formalizzazione della volontà di attivare la commissione arbitrale, con ulteriori 10 giorni per la nomina del terzo arbitro; in caso di disaccordo, entro 5 giorni dalla riunione infruttuosa per la nomina del terzo arbitro, uno o entrambi gli arbitri nominati devono richiedere la nomina alla Regione. La Regione procederà alla nomina di sua spettanza del terzo arbitro entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di uno dei due arbitri già nominati. Nel caso questo non avvenga in tempo utile, la scelta è demandata su istanza di una delle parti al Presidente del Tribunale del circondario ove è sorta la questione o è nata la controversia. Entro 10 giorni dalla nomina del terzo arbitro o dalla comunicazione della Regione di nomina del terzo arbitro, la Commissione si insedia con una prima riunione in composizione plenaria. Il Collegio arbitrale emette la propria decisione entro 90 giorni dall'insediamento del terzo arbitro, tale termine è prorogabile all'unanimità della Commissione al massimo per un altro mese. Gli arbitri decidono la questione rifacendosi 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, alla letteratura medica internazionale, e, ove non possibile, secondo equità. Alla decisione arbitrale le parti dovranno attenersi in modo vincolante. Ognuna delle parti si fa carico delle spese relative al proprio arbitro e alla metà delle spese relative al terzo arbitro.

Tale clausola è applicabile anche in ordine a controversie relative a ricoveri precedenti al 1 gennaio 2016, purchè non ancora attivata la procedura arbitrale.

DICHIARAZIONE INDIVIDUALE DI ACCETTAZIONE DELL'ACCORDO QUADRO 2016-2018

La concessione dell'accreditamento per gli anni 2016 e seguenti è subordinato alla sottoscrizione da parte della struttura interessata di apposita dichiarazione, conforme al modello sub. 1.1., di accettazione dei contenuti del presente accordo e della remunerazione tariffaria vigente.

ALLEGATO 1-

Indicatori (DM 70/2015):

L'attività erogata a favore del Servizio Sanitario Regionale dovrà essere erogata secondo le indicazioni del Regolamento recante definizione degli qualitativi, strutturali, tecnologici relativi all'assistenza ospedaliera.

In particolare dovranno essere garantiti volumi conformi a quanto indicato dal succitato regolamento in merito a:

- chirurgia della mammella 150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
- colecisti: 100 interventi annui per Struttura complessa e proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni pari al 70%
- by pass aorto-coronarico: 200 interventi/anno di by pass aorto-coronarico isolato con mortalità massima a 30 giorni, aggiustata per gravità, del 4%
- angioplastica coronarica percutanea: 250 procedure/anno
- intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni massimo del 4%.

Relativamente ai succitati parametri di cui al capitolo 4 dell'allegato 1 al DM 70/2015, in attesa che venga ufficialmente concordata una modalità di valutazione a livello nazionale, rispetto alla quale sarà cura di questo Assessorato informare tempestivamente la parte privata, verrà applicata una soglia di tolleranza pari al 10%.

ALLEGATO 2

Gruppo A1 – Cardiochirurgia

104 C-INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE E ALTRI INTERVENTI MAGGIORI CARDIOTORACICI CON CATETERISMO CARDIACO
105 C-INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE E ALTRI INTERVENTI MAGGIORI CARDIOTORACICI SENZA CATETERISMO CARDIACO
106 C-BYPASS CORONARICO CON PTCA
108 C-ALTRI INTERVENTI CARDIOTORACICI
110 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC
111 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC
525 C-IMPIANTO DI ALTRO SISTEMA DI ASSISTENZA CARDIACA
541 C-ECMO O TRACHEO CON VENT. MECC.>= 96H O DIAGN. PRINC. NON RELATIVA FACCIA BOCCA COLLO CON INT.CHIR.MAGGIORE
542 C-TRACHEO CON VENT. MECC.>= 96H O DIAGN. PRINC. NON RELATIVA A FACCIA BOCCA COLLO SENZA INT.CHIR.MAGGIORE
547 C-BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
548 C-BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
549 C-BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
550 C-BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
TAVI (int.38.91 abbinato al 35.21 o 35.22, oppure agli int. 35.21 e 37.11)
Altri DRG chirurgici dimessi da reparti di cardiochirurgia (discipline 06, 07)

Gruppo A2 – Diagnostica interventistica percutanea coronarica

124 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO IMA CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA
125 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO IMA CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA
518 C-INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA SENZA INSERZIONE DI STENT NELL'ARTERIA CORONARICA SENZA IMA**
555 C-INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE**
556 C-INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOV PER VIA PERCUTANEA CON STENT NON MEDICATO SENZA DIAGN CARDIOVASCOLARE MAGG
557 C-INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON STENT MEDICATO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
558 C-INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON STENT MEDICATO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE

** purché in assenza di procedura 37.26 e 37.34

Gruppo A3 – Riabilitazione cardiologica

(DISCIPLINA 56) DI RICOVERI AFFERENTI A MDC 5

Gruppo B1 – Rivascolizzazione non coronarica

014 M-EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE
015 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ACUTE ASPECIFICHE E OCCLUSIONE PRECEREBRALE SENZA INFARTO
130 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC
131 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC
315 C-ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE
479 C-ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC
524 M-ISCHEMIA CEREBRALE TRANSITORIA
533 C-INTERVENTI VASCOLARI EXTRACRANICI CON CC
534 C-INTERVENTI VASCOLARI EXTRACRANICI SENZA CC
553 C-ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
554 C-ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
559 M-ICTUS ISCHEMICO ACUTO CON USO DI AGENTI TROMBOLITICI
577 C-INSERZIONE DI STENT CAROTIDEO

Gruppo B2– Piede diabetico

113 C-AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE***
130 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC***
131 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC***
285 C-AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE NUTRIZIONALI O METABOLICHE
287 C-TRAPIANTI CUTANEI E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE NUTRIZIONALI E METABOLICHE
479 C-ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC***
554 C-ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE***

*** Con diagnosi 250.70 o 250.71 o 250.80 o 250.81 o 440.20 o 440.23 o 440.24 o 785.4

Gruppo C1 – Aritmologia

Nel gruppo sono compresi gli impianti di pace-maker e defibrillatori (CRT/CRD)

117 C-REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO ECCETTO SOSTITUZIONE
118 C-SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO
515 C-IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATETERISMO CARDIACO
535 C-IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO CON IMA INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK
536 C-IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA IMA INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK
551 C-IMPIANTO DI PACEMAKER CARD PERMAN CON DIAGNOCARDIOV MAGG O DI DEFIBRIL AUTOMATICO (AICD) O DI GENERATORE DI IMPULSI
552 C-ALTRO IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE

Gruppo C2 – Ablazioni

518 C-INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA SENZA INSERZIONE DI STENT NELL'ARTERIA CORONARICA SENZA IMA ****
555 C-INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE****

**** solo in presenza di procedura 37.26 o 37.34

Gruppo D1 – Neurochirurgia centrale + Gamma Knife

Trattamento chirurgico di patologie craniche e trattamento con gamma knife

001 C-CRANIOTOMIA ETA' > 17 ANNI CON CC
002 C-CRANIOTOMIA ETA' > 17 ANNI SENZA CC
003 C-CRANIOTOMIA ETA' < 18 ANNI
007 C-INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC
008 C-INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC
286 C-INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI
293 C-ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC
528 C-INTERVENTI VASCOLARI INTRACRANICI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI EMORRAGIA
543 C-CRANIOT. CON IMPIANTO DI DISPOSITIVO MAGGIORE O DIAGN. PRINC. DI PATOLOGIA ACUTA COMPLESSA DEL SISTEMA NERVOSO CENTR.
Gamma knife (presenza contemporanea procedure 92.32 e 93.59)

Gruppo D2 – Neurochirurgia periferica

Interventi di artrodesi vertebrale e altra chirurgia neurologica periferica

496 C-ARTRODESI VERTEBRALE CON APPROCCIO ANTERIORE/POSTERIORE COMBINATO
497 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCEPTEO CERVICALE CON CC
498 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCEPTEO CERVICALE SENZA CC
499 C-INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECCEPTEO PER ARTRODESI VERTEBRALE CON CC
500 C-INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECCEPTEO PER ARTRODESI VERTEBRALE SENZA CC
519 C-ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE CON CC
520 C-ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE SENZA CC
546 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCEPTEO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O NEOPLASIA MALIGNA
Altri DRG chirurgici dimessi da unità operative di neurochirurgia (codice 30)

Gruppo E – Miscellanea

Quota residuale di non alta specialità riferibili alla quota di ricoveri per patologie attinenti ai servizi di alta specialità

078 M-EMBOLIA POLMONARE
086 M-VERSAMENTO PLEURICO SENZA CC
087 M-EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
114 C-AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE
120 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO
122 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA SENZA COMPLICANZE MAGGIORI DIMESSI VIVI
123 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA MORTI
126 M-ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA
127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK
129 M-ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE
132 M-ATEROSCLEROSI CON CC
133 M-ATEROSCLEROSI SENZA CC
134 M-IPERTENSIONE
135 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI ETA' > 17 ANNI CON CC
136 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI ETA' > 17 ANNI SENZA CC
138 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA CON CC
139 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC
140 M-ANGINA PECTORIS
142 M-SINCOPE E COLLASSO SENZA CC
143 M-DOLORE TORACICO
144 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC
145 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC
418 M-INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE
440 C-SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO
442 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO CON CC
443 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO SENZA CC
578 C-MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE CON INTERVENTO CHIRURGICO

Mod. Sub.1.1

**FAC SIMILE DI DICHIARAZIONE INDIVIDUALE DI ACCETTAZIONE
DELL'ACCORDO REGIONALE 2016/2018**
(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 D.lgs n. 502/1992 e n. 517/1993
- 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'ospedalità 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 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 parere di regolarità amministrativa

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2016/2462

data 16/12/2016

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

Progr.Num. 2329/2016

N.Ordine 102

omissis

L'assessore Segretario: Costi Palma

Il Responsabile del Servizio

Affari della Presidenza