

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

**Atti amministrativi**

**GIUNTA REGIONALE**

Atto del Dirigente a firma unica DETERMINAZIONE

Num. 7249 del 15/05/2017 BOLOGNA

**Proposta:** DPG/2017/7253 del 10/05/2017

**Struttura proponente:** SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE,  
SOCIALE E SOCIO-SANITARIO  
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

**Oggetto:** PRESA ATTO DELLE LINEE GUIDA PER L'ADOZIONE DEL REGOLAMENTO  
PER L'APPLICAZIONE DELL'ACCORDO REGIONE EMILIA - ROMAGNA / AIOP  
ER 2016/2018.

**Autorità emanante:** IL DIRETTORE - DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E  
WELFARE

**Firmatario:** KYRIAKOULA PETROPULACOS in qualità di Direttore generale

Testo dell'atto

IL DIRETTORE

Richiamate:

- la delibera n. 2329/2016 con la quale la Giunta regionale - al fine di disciplinare l'acquisizione di prestazioni sanitarie - ha approvato l'Accordo quadro di regolamentazione dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna ed ospedali privati accreditati aderenti ad AIOP per la fornitura di prestazioni nel triennio 2016-2018 sia di non alta specialità e psichiatria sia di alta specialità;
- la propria determina n. 2559 del 23/2/2017, recante "Costituzione della Commissione Paritetica prevista dall'art. 9 dell'Accordo quadro di regolamentazione dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna ed Ospedali Privati Accreditati aderenti ad AIOP per la fornitura di prestazioni nel triennio 2016-2018";

Dato atto che:

- in data 22/12/2016, all'atto della sottoscrizione dell'Accordo Regionale 2016/2018, sono state altresì concordate tra la Regione e l'AIOP e conseguentemente sottoscritte le Linee guida - allegate al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale - che fra l'altro contengono indicazioni ai fini dell'adozione del regolamento da parte della Commissione paritetica per l'applicazione dell'Accordo Regione Emilia - Romagna / AIOP ER 2016/2018;

- la Commissione Paritetica, in data 22 marzo 2017 - come si evince dal verbale della seduta - ha preso atto delle indicazioni contenute nelle Linee guida ed ha disposto di trasmetterle all'attenzione di questa Direzione generale, "affinché con determina ne prenda atto ai fini del conseguente invio alle Aziende Usl";

Ritenuto pertanto di adottare il presente provvedimento che, senza modificare la natura e l'efficacia delle indicazioni contenute nelle suddette Linee guida, prende atto delle stesse, successivamente all'invio da parte della Commissione paritetica, affinché le Aziende sanitarie possano averne contezza;

Richiamate:

la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;

la deliberazione di Giunta regionale 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 successive modifiche e integrazioni;

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto ai sensi della delibera di Giunta regionale n. 2416/2008 e s.m.i.;

DETERMINA

di prendere atto delle Linee guida trasmesse dalla Commissione paritetica in esito alle delle determinazioni della stessa del 22.3.2017 - allegate al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale;

di trasmettere il presente atto completo del suo allegato alle Aziende sanitarie regionali, affinché le stesse possano conoscere le indicazioni contenute nelle Linee guida medesime.

Kyriakoula Petropulacos



Le presenti linee guida sono state concordate tra la Regione e l'AIOP al momento della sottoscrizione dell'Accordo Regionale 2016/2018 e costituiscono indicazioni ai fini dell'adozione del regolamento per l'applicazione dell'Accordo Regione Emilia – Romagna / AIOP ER 2016/2018 che la Commissione Paritetica approverà nella prima seduta posteriore alla data dell'Accordo.

### 1. Accreditalamento e autorizzazione

Le strutture firmatarie il presente accordo hanno completato il percorso di accreditalamento 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 accreditati dei singoli Ospedali Privati Accreditalati 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 accreditalamento specifico, passando attraverso l'accreditalamento 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 premesse 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 ambulatoriali - 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, fatte salve le porzioni di struttura oggetto di ampliamento di PL ai soli fini autorizzatori, 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.

Ciò premesso le Parti concordano, senza conseguenze sui singoli atti di accreditalamento ora vigenti con provvedimento formale, di considerare effettivamente a carico del SSN, ai sensi del DM 70/2015, una porzione del totale dei PL accreditati, come previsto nel Verbale d'intesa Regione Emilia-Romagna ed AIOP del 11 agosto 2015. Tale quota corrisponde, come media annuale, ai PL necessari per eseguire le prestazioni corrispondenti al budget stanziato per l'ospedalità privata accreditata, ivi compresa, in aggiunta, le necessità relative alle prestazioni in mobilità extraregionale. La Parte Pubblica rende atto a quella Privata che i PL necessari al raggiungimento del parametro minimo dei PL per acuti accreditati in capo ad ogni struttura sono rappresentati negli atti di accreditalamento, mentre il dato di PL posti effettivamente a carico del SSN, ove minore per questioni collegate ai budget oggetto di singola committenza, definisce il numero di PL ricompresi nel parametro del 3,7 x 1000. Le parti si riservano di rivalutare il prospetto condiviso con il dettaglio dei PL posti effettivamente a carico del SSN in relazione a mutate condizioni di contesto. Il budget previsto con la presente intesa potrà essere prodotto utilizzando complessivamente i PL effettivamente posti a carico del SSN (PL equivalenti al budget in termini di sistema), a livello di singola struttura nulla potrà essere imputato in termini di utilizzo giornaliero o medio annuo dei PL accreditati, rilevando a questo fine solo il dato di utilizzo totale in termini di giornate. Quanto certificato con i



modelli annuali HSP costituisce applicazione di detta impostazione, correlata al fabbisogno di sistema e di PL equivalenti in termini di budget e di spesa storica per prestazioni in mobilità extraregionale.

## 2. 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 che può essere richiesto solo dopo un confronto tra le Direzioni Aziendali) dovrà essere regolarizzato contabilmente con l'apposita nota di accredito (una per ognuna delle casistiche sopra descritte in quanto definite), inviata all'AUSL competente per effettuare i necessari conguagli. Il coinvolgimento del Nucleo Regionale di Controllo, previsto dalla DGR n. 354/2012, tenuto conto di quanto rilevato dall'Aiop circa la sua composizione non paritetica tra le parti in causa, ora demandata a soli funzionari addetti alle funzioni di controllo, e quindi non estranei alla controversia, potrà avvenire solo su richiesta condivisa da entrambe le parti.

I controlli sono svolti secondo le procedure, le tempistiche e le modalità operative stabilite dalla normativa in vigore, segnatamente dalla DGR n. 354 del 26/3/2012 e s.m.i., dai chiarimenti di cui alla nota regionale n. 20661 del 28/1/2010, nonché dalle indicazioni di cui nel seguito del presente Accordo.

Le conseguenze economiche che promanano dall'esito dei controlli, una volta definiti con l'accettazione da parte del soggetto controllato, con l'acquiescenza alle controdeduzioni del controllato da parte della AUSL o con la conclusione del procedimento contenzioso, 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. I controlli dovranno tener conto di quanto indicato dalle Linee Guida Internazionali riconosciute in ambito medico – sanitario, da quelle Nazionali validate dalle comunità Scientifiche e dalle Società Mediche e, ove conformi, dalle Linee Guida di Codifica in vigore in Emilia – Romagna. Le parti concordano che l'Aiop possa nominare all'interno della Commissione istituita a livello regionale per redigere le Linee Guida due propri componenti.

I controlli sulle prestazioni effettuate per cittadini di altre regioni dovranno tener conto, delle specifiche contingenze collegate alla provenienza dei pazienti.

### 2.1.) 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.

### 2.2.) 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, qualora una cartella venga esaminata durante un audit, non sarà riverificata durante i controlli routinari.

E' facoltà dei controllori aziendali chiedere di poter esaminare le cartelle durante l'audit per considerare aspetti che normalmente sono al di fuori degli obiettivi di audit come la codifica, la durata della degenza ed il setting assistenziale.

### 2.3.) Tempistica e modalità dei controlli

2.3.1) 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 entro 90 giorni dalla validazione trimestrale delle SDO, terminare il controllo con l'invio di un verbale nel quale le contestazioni siano sufficientemente circostanziate ed analitiche.

Le relative controdeduzioni della struttura dovranno essere prodotte entro i successivi 30 giorni, oltre quali la contestazione si ritiene accolta. Le controdeduzioni dovranno essere accettate o rifiutate nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 30 giorni dalla ricezione, oltre i quali la controdeduzione si ritiene accolta.

2.3.2) Nel caso la Struttura non accetti la risposta dell'AUSL alle controdeduzioni, anche se solo parzialmente, è prevista la riesamina congiunta del contenzioso non risolto; *il riesame deve essere richiesto entro 30 giorni dall'arrivo delle risposte alle controdeduzioni e deve essere concluso entro 120 giorni dalla richiesta.*

2.3.3) Per le situazioni per le quali non si perviene ad un accordo in sede di riesame, dovrà essere avviato *da una delle due parti entro 30 giorni dalla conclusione del riesame*, o scaduto il termine per la sua conclusione, l'iter previsto dalla DRG 354/12, iniziando da un tentativo di transazione tra le Direzioni Aziendali ed in caso di mancato accordo, con il coinvolgimento, solo su richiesta di una delle Parti, del Nucleo Regionale di Controllo. Il Nucleo Regionale Di Controllo, salvo diverso accordo con entrambe le parti, *avrà 30 giorni per provvedere a formulare l'esito della valutazione della casistica oggetto di contenzioso e fare una proposta di risoluzione dello stesso.*

2.3.4) Nel caso di prime contestazioni basate sui flussi informativi, comunque obbligatoriamente accompagnate da una sintetica valutazione dei fatti oggetto di contestazione, il cui avvio con la comunicazione alla struttura dovrà avvenire nel termine di 90 giorni come sopra, si aprirà una fase istruttoria preliminare semplificata, con inoltro di controdeduzioni sommarie della struttura, entro i 60 giorni successivi.

Le controdeduzioni dovranno essere accettate o rifiutate nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 30 giorni dalla ricezione, oltre i quali la controdeduzione si ritiene accolta. Per i casi in cui le controdeduzioni non siano accolte, la struttura controllata potrà – se non intende accettare la risposta alle controdeduzioni – richiedere un riesame con una disamina congiunta delle parti su cartella presso la sede della struttura e avvio dell'iter di controllo nei modi ordinari e sua conclusione entro 30 giorni dalla richiesta.

2.3.5.) I termini stabiliti nel presente punto 2.3. e quelli afferenti il procedimento arbitrale sono perentori.

### 3. *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.

In allegato al presente documento 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. Gli obiettivi rilevanti, illustrati nell'allegato documento tecnico 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

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, potranno definire operativamente le specifiche territoriali rispetto alla disciplina generale.

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.

Gli eventuali obiettivi aggiuntivi 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.

### 4. *La contrattazione locale*

La Commissione Paritetica dovrà sviluppare uno **schema-tipo di contratto locale** da proporre alle aziende sanitarie.

- *Accordi locali di non alta specialità*



Si applica, salvo le parti innovate con l'accordo regionale vigente ed in quanto con esso compatibili, quanto previsto nei punti da B.1. a B.6 del precedente Accordo Regionale (DGR n. 1920/2011) con le seguenti eccezioni:

- La contrattazione di tipo qualitativo si applica nei confronti di tutti i rapporti extra AUSL, non sussistendo più limiti budgetari di area vasta, fatti salvi quelli la cui attività storica lorda, non comprensiva dell'ambulatoriale, sia inferiore ai 250.000 €. Pertanto quanto nel precedente accordo è riferito all'area vasta non è oggetto di alcun obbligo fatto salvo un diverso accordo tra le parti contraenti in sede locale.

In apposita appendice al presente allegato sono riportati i budget di riferimento per la non alta specialità, per la psichiatria nonché le tabelle con i le medie triennali individuali di riferimento per il calcolo delle penalità nella ospedalità e nelle residenze psichiatriche (anni 2013/2015 con validità per il 2017) fatta salva ogni eventuale revisione da parte della Commissione Paritetica. Per il 2018 le medie triennali mobili (lorde) saranno stabilite in Commissione Paritetica.

## 5. *Disciplina di settori specifici*

### *5.1. Psichiatria*

Si applica quanto previsto nella sezione C Parte terza del precedente Accordo Regionale (DGR n. 1920/2011) con le seguenti integrazioni.

I budget di area vasta e regionale, nonché le tariffe applicabili sono individuate nell'apposita appendice al presente allegato. In tale appendice è fornito anche il dettaglio dei PL esistenti in ambito ospedaliero e residenziale.

Le strutture sono state accreditate sulla base della DGR n. 2000/2009. Tali accreditamenti restano in vigore fino alla programmata complessiva revisione del sistema degli accreditamenti e riguardano sia le strutture con autorizzazione al funzionamento di tipo ospedaliero che quelle residenziali, anche staccate, facenti capo ad esse in quanto loro ramo aziendale.

### *5.2. Ambulatoriale*

Si applica quanto previsto nella sezione D Parte quarta del precedente Accordo Regionale (DGR n. 1920/2011) con le seguenti integrazioni

Dovrà essere oggetto di specifico monitoraggio, anche in sede di monitoraggio economico, il trasferimento di attività dal regime di ricovero all'ambulatoriale in relazione al perseguimento di una maggior appropriatezza organizzativa.

Resta fermo il tetto di fatturato ambulatoriale, esclusa la chirurgia ambulatoriale riconvertita dal regime ospedaliero, pari a euro 30.000 al netto del ticket, oltre il quale è necessario, per il riconoscimento della relativa produzione, procedere ad una contrattazione con la AUSL di residenza del paziente. La parte pubblica si impegna a rivalutare tale vincolo per il territorio della nuova Azienda USL della Romagna.

### *5.3.) Riabilitazione*





In tale ambito è possibile fin da ora indicare durate medie di degenza di riferimento per la riabilitazione ortopedica, prevedendosi un periodo di riabilitazione intensiva ed uno , eventuale, di prosecuzione in estensiva, a seguito di intervento programmato di artroprotesi d'anca e di protesi di ginocchio, da avere a riferimento per i percorsi concordati con le Aziende di residenza dei pazienti. Tali percorsi prevederanno una valutazione congiunta del paziente che, tenendo conto delle sue caratteristiche e delle condizioni obiettive di morbilità, ne stabiliscano inquadramento, durata prognostica del PRI ed eventuali proroghe.

Protesi d'anca	codice 56	14 giorni
	codice 60	15 giorni (con un minimo di 6 giorni),
Protesi di ginocchio	codice 56	14 giorni
	codice 60	11 giorni

## 6. Governo della mobilità

### 6. Azioni per il recupero

Le Parti 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, al netto di quanto derivante dalla riduzione finanziaria legata ad accordi interregionali, questo potrà riflettersi in una variazione del budget dei settori interessati, da valutare proporzionalmente al contributo pubblico/privato alle singole attività, da verificare separatamente per le strutture di alta e non alta specialità e neuropsichiatria in relazione alle specifiche attività svolte e tenuto conto dei produttori privati non aderenti all'accordo AIOP/Regione.

Sulla base delle risultanze che saranno comunicate dall'Assessorato Regionale alla Sanità in esito alle informazioni sulla mobilità interregionale si procederà a tale valutazione in sede di Commissione paritetica.

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.

Eventuali progetti speciali di recupero di mobilità intrapresi da una singola struttura saranno sviluppati in sede di contrattazione locale e regionale. In tali sedi, mediante il coinvolgimento, dei professionisti potranno essere promosse iniziative specifiche correlate a specifici budget. La Commissione Paritetica si farà carico di analizzare ed eventualmente redigere e approvare tali progetti.

#### 6.2. Accordi interregionali

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 esprime il proprio favore a che gli accordi interregionali siano adottati sulla base



di un modello unico improntato all'uniformità dei contenuti contrattuali ed alla identità delle clausole disciplinari sia quanto ai settori sottoposti a tetto sia quanto alle regole di accesso e di erogazione delle prestazioni.

## 7. Alta Specialità

All'interno della seguente parte specifica, le Parti intendono formulare alcune considerazioni preliminari e dispositive. Allo scopo si tenga conto che :

- l'accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici avviene mediante prescrizione effettuata esclusivamente dagli specialisti delle discipline oggetto dell'Accordo del Servizio Sanitario nazionale, anche specialisti ambulatoriali convenzionati e da quelli operanti nelle Strutture private accreditate; per questi ultimi si prevede una specifica comunicazione al Servizio Assistenza Ospedaliera della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare;
- i ricoveri, oggetto della presente parte specifica, sono di Alta Specialità, o comunque a tale livello di assistenza assimilabili o complementari, eccezion fatta per un volume residuale di ricoveri, non di Alta Specialità, 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; laddove le stesse strutture siano chiamate in virtù di accordi locali ad eseguire prestazioni di non alta specialità, non complementari nel senso appena descritto a quelle di alta, le stesse sono disciplinate senza eccezione dalla parte specifica di non alta specialità che precede;
- gli Ospedali Privati Maria Cecilia Hospital e San Pier Damiano, nel rispetto dei singoli atti di accreditamento, sono abilitati entrambe a svolgere le attività rientranti nel budget di non alta specialità, conflueno le prestazioni in un unico tetto budgetario oggetto di committenza con l'AUSL della Romagna;
- la produzione degli Ospedali Privati accreditati è necessariamente complementare ed integrata con quella delle Aziende sanitarie pubbliche che hanno la responsabilità dell'assistenza delle popolazioni a favore delle quali gli stessi ospedali privati erogano prevalentemente i loro servizi;

### 7.1. Tariffa applicabile e classificazione delle strutture di alta specialità

Alla produzione ospedaliera privata di Alta Specialità si applicano le tariffe massime stabilite dai vigenti provvedimenti regionali, con riferimento alla eventuale fascia di appartenenza. 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.

Si dà mandato ai competenti Uffici Regionali, in collaborazione con i rappresentanti delle Strutture Private Accreditate, di valutare la congruità delle tariffe di alcuni DRG, indicati nel presente Accordo. Allo scopo, sulla base dell'esperienza del precedente contratto relativamente alla tariffa applicata ai DRG 124 e 125, che è definita a prescindere dalla durata della degenza e del setting assistenziale, la Commissione Paritetica prenderà in esame le modalità di tariffazione per un altro gruppo di DRG: 315, 479, 130, 131 (con procedura 88.40/88.49 e 015/35), e DRG 518, 553, 554, 555, 556, 557, 558. Tale elenco deve essere considerato indicativo e non esaustivo, considerando anche che gli strumenti di codifica (ICG-9-CM e Grouper versione 24 sono obsoleti e non completamente adeguati alle nuove metodiche)

### 7.2. Regolazione economica



Il valore economico corrisposto è pari a euro 42.216.000 e rimane invariato per il periodo 2016-2018, fatte salve l'applicazione delle norme in vigore ed eventuali successivi adeguamenti dovessero essere concordati.

Il meccanismo di remunerazione per le prestazioni di alta specialità erogate prevede pertanto due modalità regolatorie:

- una committenza definita a livello regionale nell'accordo-quadro, il cui riferimento economico complessivo è rappresentato dal budget regionale di alta specialità per le 3 strutture private aderenti ad AIOP (pari a 42,216 mln di euro)
- una committenza aggiuntiva a livello locale che può essere contrattata dalle singole aziende USL con le 3 strutture private per rispondere a specifiche esigenze/fabbisogni locali

### 7.3 Fabbisogno :

La previsione della produzione, relativamente all'attività cardiocirurgica e cardiologica, è effettuata in base al fabbisogno, tenendo conto della produzione storica, dei flussi di mobilità, delle innovazioni tecnologiche intervenute in questi anni e del perseguimento dell'appropriatezza d'impiego, secondo i criteri enunciati nei tavoli tecnici paritetici in capo alla Direzione Generale dell'Assessorato. Deve essere, inoltre, modulata in base alle esigenze delle Aziende sanitarie, che sono comunque tenute a monitorare la produzione e ad intervenire sulla riduzione dei flussi di mobilità extra regionale ed a garantire la maggiore prossimità possibile nell'erogazione di tali prestazioni. Con riferimento alla cardiocirurgia il fabbisogno complessivo viene individuato in 4.200 interventi (si veda in allegato la specifica dei DRG rilevanti), suddivisi per un 50% al Pubblico ed un 50% al Privato Accreditato. Ognuna delle due componenti potrà svolgere l'attività eventualmente non prodotta dall'altra; nel caso del privato gli interventi prodotti in compensazione ai mancati interventi eseguiti dalla struttura pubblica, svolti in più rispetto al 50% a sé assegnati, valutati al costo medio per intervento pari al costo totale diviso il numero totale degli interventi, saranno esclusi dalle penalità budgetarie.

Bologna, 22.12.2016

La Direttrice Generale Cura della Persona Salute e Welfare  
Dr.ssa Kyriakoula Petropulacos

L'AIOP Sez. Regione Emilia-Romagna  
Dr. Bruno Biagi



ALLEGATO 1

### **Contenuti e linee guida applicativi degli obiettivi di interesse regionale di cui al punto 3**

Allo scopo di conseguire i risultati di qualità collegati agli obiettivi, 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
- ospedali psichiatrici.

In sede di Commissione Paritetica, in base alla valutazione dei report di monitoraggi 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 2017. Per l'anno 2016 si applicheranno gli obiettivi previsti dalla DGR 1920/2011.

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

##### **Obiettivo n. 1: Prestazioni soggette al monitoraggio dei tempi di attesa - riconversione di attività in chirurgia specifica**

Si sottolinea come la tematica delle liste di attesa nei ricoveri programmati andrà trattata in armonia con le disposizioni regionali in materia.

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. Interventi sul piede (Drg 225)
4. Interventi su spalla, gomito, ect (Drg 224)
5. Riparazione ernia inguinale (DH)
6. Tonsillectomia (regime ordinario)
7. Colicistectomia
8. Altri interventi dell'area ortopedica (MDC8).
9. Chirurgia della mammella
10. Intervento chirurgico tumore colon retto
11. Intervento chirurgico tumore utero
12. Intervento chirurgico tumore prostata

L'obiettivo è da considerarsi raggiunto qualora le singole strutture abbiano un incremento per gli interventi sopra individuati di almeno 15 casi.

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, salvo particolari deroghe a livello locale, una produzione aggiuntiva pari al 5% costituisce titolo per il raggiungimento dell'obiettivo.

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

### **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: Degenze medie in riabilitazione ortopedica**

Partecipano a tale obiettivo gli ospedali riabilitativi e gli ospedali polispecialistici e medici.

L'obiettivo consiste nel raggiungere giornate medie di degenza, per gli interventi programmati di artroprotesi d'anca e di protesi di ginocchio, tendenzialmente in linea con l'attività delle strutture pubbliche e, subordinatamente, con quanto indicato nel verbale d'intesa connesso all'Accordo.

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



**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: 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. 7: 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. 8: 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 il 7%.

[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.9: DRG ad alto rischio di in appropriatezza in regime ordinario**

L'obiettivo è rivolto agli ospedali medici e polispecialistici.

Consiste nel raggiungere un rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di in appropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG a non rischio in appropriatezza in regime ordinario  $\leq 0,21$  (Griglia LEA) e/o nel raggiungere una riduzione tendenziale del 20%.

**Obiettivo n.10: DRG ad alto rischio di in appropriatezza erogati in DH**

L'obiettivo è rivolto agli ospedali medici e polispecialistici.

Consiste nel raggiungere un rapporto tra i ricoveri erogati in day-hospital sul totale dei ricoveri (ordinari e day-hospital) per tutti i DRG ad alto rischio di in appropriatezza ed in particolare per i DRG 8, 538, e 266 < ai valori dell'anno 2015.



[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera: ricoveri ordinari > 1 giorno a carico del SSN (onere 1,2) di  $18 \leq \text{età} \leq 75$  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 definitive 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) Check list sala operatoria (Flusso SSCL)**

**Obiettivo n. 16) Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (Flusso SICHER)**

**Obiettivo n. 17) Partecipazione al programma regionale: "Sistema Integrato di Gestione delle Lista 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 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.

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, contestualmente all'adozione, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta DPG/2017/7253

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos