

AA.UU.SS.LL. BOLOGNA E IMOLA E
OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI ADERENTI ALL'AIOP DELLA PROVINCIA BOLOGNA

CONTRATTO DI FORNITURA 2016-2018

Il presente contratto viene stipulato fra:

AZIENDA U.S.L. DI BOLOGNA, codice fiscale 02406911202, nella persona del suo Legale Rappresentante Dott.ssa Chiara Gibertoni, Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. di Bologna, domiciliato per la carica in via Castiglione 29;

e

AZIENDA U.S.L. DI IMOLA, codice fiscale 90000900374, nella persona del suo Legale Rappresentante Dott. Andrea Rossi, Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. di Imola, domiciliato per la carica in via Amendola 2, Imola;

e

A.I.O.P. Associazione Italiana Ospedalità Privata, nella persona del Presidente della provincia di Bologna, Dott. Averardo Orta con sede in Via Barberia 13, Bologna, che tratta per gli Ospedali Privati della Provincia di Bologna Villa Baruzziana, Ai Colli, Villa Erbosa, Ospedali Riuniti Nigrisoli e Regina, Villa Laura, Villa Chiara, Prof. Nobili, Villa Bellombra, Villa Torri e Santa Viola.

Ha validità per il triennio 2016-2018 e riguarda le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera di non alta specialità, alta specialità, le prestazioni psichiatriche e neuropsichiatriche e le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili a favore di cittadini residenti nella provincia di Bologna.

E' realizzato in conformità alle indicazioni di cui:

- ◆ agli artt. 8 bis, 8 quinquies e 8 octies del Decreto Legislativo n. 229/99 e successive modifiche ed integrazioni, che disciplinano le specifiche modalità procedurali per la stipula di accordi contrattuali finalizzati all'erogazione di prestazioni assistenziali, la corrispondente remunerazione ed uno specifico sistema di monitoraggio e controllo sul rispetto degli stessi, in relazione alla qualità dell'assistenza e all'appropriatezza delle prestazioni rese;
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n.426 del 1 marzo 2000, ad oggetto: "Linee guida e criteri per la definizione dei contratti, ai sensi del D.Lgs. 502/92, così come modificato dal D.Lgs 229/99, e della L.R 34/98. Primi adempimenti" che disciplina la materia degli accordi contrattuali e prevede l'adozione di uno schema tipo di contratto/accordo definendo i contenuti minimi del medesimo;
- ◆ all'"Accordo generale per il periodo 2011-2014 tra la Regione Emilia-Romagna e l'associazione della ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata";
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 1920 del 19 dicembre 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 ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata", nelle parti richiamate dalla DGR 2329/2016 e dalle Linee Guida di cui al punto precedente, in particolare i punti da B.1. a B.6. per la non alta specialità (parte 2°), C per la psichiatria (parte 3°), D per l'ambulatoriale (parte 4°);
- ◆ al Decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 2040 del 10 dicembre 2015 con oggetto "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";
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 560 del 28 Aprile 2014 con oggetto: "Recepimento dell'accordo AIOP-Regione Emilia-Romagna per attività di ricovero per Riabilitazione e Psichiatria";
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 2329 del 21 dicembre 2016 con oggetto "Approvazione dell'Accordo quadro di regolamentazione dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna e Ospedali Privati Accreditati aderenti ad A.I.O.P. per la fornitura di prestazioni erogate nel triennio 2016 – 2018, di seguito indicato come "Accordo quadro regionale";
- ◆ alla determinazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna n. 7249 del 15 maggio 2017 "Presenza d'atto delle linee guida per l'adozione del regolamento per l'applicazione dell'accordo Regione Emilia Romagna / AIOP ER 2016/2018";
- ◆ alla legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 1003 del 28 giugno 2016 ad oggetto: "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016";
- ◆ al decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito in legge 7 agosto 2012 n. 135 (noto come spending review) e la nota del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna prot. 212859 del 11 settembre 2012 che recepisce suddetto decreto legge;
- ◆ al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che ha rivisto le tipologie di prestazioni erogabili a carico del S.S.N. e alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n°295 del 25 febbraio 2002 di recepimento del suddetto dpcm;
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 410 del 25 marzo 1997: "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe";
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 262 del 29 aprile 2003: "Modifica del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e determinazione delle quote di partecipazione alla spesa per le visite specialistiche" e successive modificazioni ed integrazioni;
- ◆ alla legge regionale dell'Emilia Romagna 3 marzo 2016, n. 2 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali" ed in particolare l'art. 23 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali";
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna 22 marzo 2016, n. 377 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in Applicazione dell'art. 23 della l.r. 2/2016";
- ◆ al decreto del Ministro della salute del 9 dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale";
- ◆ alla circolare del Direttore Generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute ad oggetto "prime indicazioni attualmente necessarie all'applicazione del decreto ministeriale 9 dicembre 2015";
- ◆ al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 "definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 365 del 27 marzo 2017 ad oggetto "1° provvedimento attuativo nell'ambito dell'assistenza territoriale del DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" pubblicato sulla gazzetta ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 – S.O. n.15;
- ◆ alla circolare della Regione Emilia-Romagna n. 9 del 28 novembre 2008, così come modificata dalla circolare n. 2 del 16 febbraio 2011, ad oggetto "Integrazioni alla Circolare Regionale n. 9 del 28 novembre 2008: "Specifiche tecniche relative alla trasmissione e tracciato del flusso relativo all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA)" e dalla nota RER PG/2015/0727127 del 05 ottobre 2015 ad oggetto "Integrazioni alla Circolare Regionale n. 2 del 16 febbraio 2011", che impone l'obbligo di rilevazione dei dati relativi a tutte le prestazioni specialistiche erogate, secondo il tracciato informatizzato previsto dalla Regione;
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n.1056 del 27 luglio 2015 ad oggetto "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie";
- ◆ alla deliberazione della Giunta regione dell'Emilia-Romagna n. 272 del 13 marzo 2017 ad oggetto "Riduzione delle liste di attesa per ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna";
- ◆ alla determinazione n. 6151 del 9 Maggio 2014 – Piano Annuale dei Controlli (PAC) ex Delibera di Giunta Regionale n. 354/2012 Anno 2014, che definisce gli obiettivi da perseguire in termini di contenuto e modalità organizzative dei controlli ed esplicita le azioni generali e specifiche da intraprendere per l'ottimizzazione della pianificazione e dell'esecuzione dell'attività di controllo; specifica l'ambito, i volumi, le casistiche, le modalità e la tempistica dei controlli che rappresentano la parte minima obbligatoria dell'attività di controllo da realizzare;
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 1673 del 20 ottobre 2014 che provvede a determinare le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia Romagna a decorrere dall'01/01/2014 che è suscettibile di periodici aggiornamenti da parte della Regione, integrata dalla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n.1905 del 28/11/2014;
- ◆ alla nota della Regione Emilia Romagna – Direzione Sanità e Politiche Sociali n.110078 del 20 febbraio 2015, relativa all'accesso alle prestazioni ospedaliere e residenziali dell'area psichiatrica e delle prestazioni di medicina riabilitativa MDC 8;
- ◆ all'accordo Stato Regioni del 10 febbraio 2011, recepito con deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 805 del 18 giugno 2012 che definisce il "Piano di indirizzo per la riabilitazione";
- ◆ alla circolare della Regione Emilia Romagna – Direzione Sanità e Politiche Sociali n. 10 del 6 giugno 2002 relativa alla Mobilità sanitaria interregionale e infraregionale e la circolare della Regione Emilia Romagna - Giunta Regionale - Direzione Sanità e Politiche Sociali n. 20 del 13 dicembre 2003 integrativa della precedente, così come integrata e modificata dalla circolare n.3 del 22 febbraio 2007;
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 1190 del 4 agosto 2011 in applicazione dell'art. 17, comma 6, della Legge n. 111 del 15 luglio 2011 in materia di compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria;
- ◆ alla circolare Regione Emilia Romagna – Direzione Sanità e Politiche Sociali n.6 del 7 Luglio 2016, che disciplina le nuove modalità di gestione della scheda ospedaliera;
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 463 del 4 aprile 2016, relativa alle Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici in Emilia Romagna;

- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 430 del 5 aprile 2017 "Direttiva alle Aziende Sanitarie in ordine alla correzione di deficit visivi in concomitanza all'esecuzione della prestazione di rimozione della cataratta";
- ◆ alla circolare della Regione Emilia Romagna – Direzione Sanità e Politiche Sociali n. 3 del 20 aprile 2016 relativa alle regole per la gestione del trattamento chemioterapico in regime ambulatoriale;
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 170 del 15 febbraio relativa alle regole per la gestione dell'uso terapeutico del medicinale BEVACIZUMAB nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età;
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 327 del 23 febbraio 2004 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale, che ha definito i requisiti generali e specifici, nonché il percorso generale per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private;
- ◆ alla deliberazione di Giunta Regionale n.293 del 14 febbraio 2005 ad oggetto: "Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno";
- ◆ alla legge regionale dell'Emilia Romagna 19 febbraio 2008, n. 4 di modifica della l.r. 34/1998 "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private", nella quale si prevede che la Regione verifichi il possesso dei requisiti per l'accreditamento avvalendosi dell'Agenzia Sanitaria regionale, giacché l'accreditamento è valido per quattro anni, salvo rinnovo, sulla base della verifica del mantenimento dei necessari requisiti;
- ◆ alla deliberazione di Giunta Regionale n. 2188 del 27 dicembre 2010 ad oggetto: "Ridefinizione del fabbisogno di prestazioni di ricovero ai fini dell'accreditamento istituzionale: applicazione degli standard definiti nel "nuovo patto per la salute" di cui all'intesa del 3 dicembre 2009, rep. N. 243";
- ◆ alla deliberazione di Giunta Regionale n. 1180 del 26 luglio 2010 ad oggetto: "Percorso di Accreditamento delle strutture ambulatoriali private territoriali eroganti specialistica per esterni a seguito degli adempimenti di cui alla L.296/06 – Fabbisogno anno 2010";
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 53 del 21 gennaio 2013 ad oggetto "Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie in materia di accreditamento" con la quale viene approvato, quale parte integrante, il documento "Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie in materia di accreditamento" e la modulistica ad esso allegata che sostituisce integralmente quella allegata alle deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 327/2004 e n. 1180/2010;
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 624 del 21 maggio 2013 ad oggetto "Indirizzi di programmazione regionale per il biennio 2013-2014 in attuazione della DGR 53/2013 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie";
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 884 del 2 luglio 2013 di recepimento dell'intesa sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" , in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012;
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale 14 dicembre 2009 n. 2000 ad oggetto "Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture psichiatriche in possesso di autorizzazione al funzionamento di profilo ospedaliero".
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale 9 dicembre 2013, n. 1830 ad oggetto "Requisiti specifici per l'accreditamento delle residenze sanitarie psichiatriche";

- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale 17 giugno 2014, n. 865 "Modifica deliberazioni 53/13 e 624/13 e ulteriori precisazioni in materia di accreditamento delle strutture sanitarie";
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale 23 luglio 2014, n. 1311 "Indicazioni in materia di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private";
- ◆ alla determina Regionale 22 maggio 2015, n. 6416 "Applicazione della delibera di giunta regionale n. 1311/2014. Presa d'atto delle strutture sanitarie assoggettate a proroga dell'accreditamento";
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale 14 settembre 2015, n. 1314 "Indirizzi di programmazione regionale in attuazione della DGR 53/2013 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie";
- ◆ alla deliberazione della Giunta regionale 26 ottobre 2015, n. 1604 "Recepimento intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie. Indicazioni operative alle strutture sanitarie accreditate";
- ◆ al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che disciplina il trattamento dei dati personali di natura sensibile e gli adempimenti a carico del Titolare, Responsabile ed Incaricato del Trattamento;
- ◆ al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136" ed in particolare il libro II recante "Nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia", e ss.mm.ii.;
- ◆ alla legge 6 novembre 2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" ed in particolare l'art. 1 comma 42 lett. L che modifica l'art. 53 del d.lgs. 165/2001, aggiungendo il comma 16-ter e che disciplina il cosiddetto "revolving doors" o "pantouflage" per evitare che si creino situazioni di conflitto di interessi nel conferimento di incarichi;
- ◆ al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- ◆ al decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- ◆ al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 "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".

Preso atto della Legge Finanziaria 2006 che prevede la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa e vieta alle aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni.

Richiamate le indicazioni del Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, che prevede per quali prestazioni ambulatoriali e ospedaliere le regioni devono fissare standard temporali di riferimento per il contenimento dei tempi di attesa, nonché la delibera n. 1035/2009 che individua specifiche strategie per il miglioramento dell'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale per il rispetto dei Tempi di Attesa indicati dal Piano nazionale e regionale (DGR n. 1532/2006 e DGR n. 73/2007) e la deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 925/2011 - "Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012" e la deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 1056 del 27 luglio 2015 ad oggetto

“Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie”.

Richiamato il contratto stipulato tra le parti in data 2 ottobre 2015, per il recupero della mobilità passiva extra-regionale per le RMN muscoloscheletriche e della colonna, valevole per il quarto trimestre 2015, in applicazione di quanto indicato nel Verbale di intesa tra la Regione Emilia Romagna e l'AIOP Emilia Romagna sottoscritto in data 11 agosto 2015, che riconosce la necessità di sviluppare progetti specifici che prevedano l'assegnazione di committenza aggiuntiva rispetto quella prevista, sulla base della programmazione ordinaria, con i piani annuali sopra richiamati, in ragione della urgente necessità di ridurre le liste d'attesa di prestazioni ambulatoriali;

Preso, altresì, atto della Legge finanziaria 2007 che prevede che le Strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni specialistiche rese per conto del Servizio Sanitario Nazionale, debbano praticare, a decorrere dall'01.01.2007, uno sconto del 2% sugli importi, nel caso non siano stati già concordati sconti tariffari specifici;

Richiamato inoltre il comma 1 - septies dell'art. 79 della Legge n. 133 del 6 agosto 2008 che stabilisce che: “Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione.

L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze”.

Richiamate infine:

- la deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 1890 del 6/12/2010 “Definizione valore percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria”;
- i contenuti del documento relativo ai controlli esterni e interni sui comportamenti dei produttori pubblici e privati di prestazioni di ricovero nella Regione Emilia – Romagna, di cui alla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 354 del 26 marzo 2012, che, rivedendo quanto in materia disciplinato dalla deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n.1171 del 27 luglio 2009, fornisce indicazioni e criteri in materia di attività di controllo, anche in attuazione di quanto disposto al comma 1-septies della L. n.133/2008 sopra richiamata, contenuti da coniugare con quanto sull'argomento previsto dall'Accordo Regionale 2011-2014, in particolare ai paragrafi da A.4) a A.4.4) se non superati dalla DGR 354/12;
- la deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 1133 del 2 agosto 2013, “Organizzazione dell'assistenza integrata al paziente anziano con fratture di femore – Approvazione linee guida per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna”;
- la deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 704 del 3 giugno 2013 “Definizione delle condizioni di erogabilità di alcune prestazioni di TAC e RM”;
- le note della Direzione Generale Sanità e Servizi Sociali - Servizio Presidi Ospedalieri, prot.n. 99288 del 19 aprile 2013 inviata all'Azienda USL Bologna e prot. 240900 del 2 ottobre 2013, inviata a tutte le Aziende Sanitarie regionali, relative alle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche - in particolare trattamenti dialitici - erogate a favore di pazienti lungodegenti ricoverati presso Ospedali privati accreditati;
- la nota della Direzione Generale Sanità e Servizi Sociali - Servizio Presidi Ospedalieri, prot.n. 95898 del 3 aprile 2014 relativa al riconoscimento della remunerabilità delle giornate di ricovero in riabilitazione intensiva nelle giornate festive.

Quanto sopra nel rispetto dei limiti di spesa programmati dalla Regione;

Le parti firmatarie del presente Accordo Locale prendono atto altresì che:

- durante i quindici anni (dal 2002 al 2015) di vigenza della intesa locale sono stati sostanzialmente rispettati gli obiettivi ed i piani di attività concordati, sia per quanto concerne la tipologia delle prestazioni commissionate, che sotto il profilo economico-finanziario, registrandosi una produzione sostanzialmente in linea con l'accordo di fornitura;
- nel corso di questi anni le parti, nell'ottica di soddisfazione del bisogno assistenziale e dell'evoluzione del quadro dell'offerta che ha interessato la Provincia di Bologna, hanno avviato e concluso una trattativa tendente a qualificare le risposte produttive e organizzative che il sistema ospedaliero privato della provincia è in grado di offrire in tema di assistenza ospedaliera e ambulatoriale;

Le disposizioni del presente contratto quadro sono conformi a quanto stabilito dall'Accordo quadro Regionale vigente, che funge da riferimento imprescindibile per la loro interpretazione e applicazione.

Ciò premesso le parti convengono e stipulano quanto segue:

ART. 1 – OGGETTO

Il presente contratto regola i rapporti tra le due Aziende USL e gli Ospedali Privati Accreditati della provincia di Bologna, associati AIOP, per la fornitura di prestazioni, presso le rispettive sedi accreditate, da erogarsi in regime di ricovero ordinario, day hospital e specialistica ambulatoriale, a favore dei cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza delle due Aziende USL con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale.

ART. 2 – OBIETTIVI

Obiettivo del contratto è il consolidamento di una soluzione organizzativa definibile come rete integrata dei servizi pubblico/privati, fondata su una collaborazione continuativa tra soggetti, al fine di garantire gli elevati livelli raggiunti dalla sanità del territorio, tenuto conto della vocazione degli Ospedali Privati e del fabbisogno specifico della popolazione residente nella provincia di Bologna.

In particolare, le parti firmatarie, nel rispetto dei limiti di spesa programmati dalla Regione, condividono i seguenti obiettivi:

- collaborazione pubblico-privato volta al consolidamento del sistema dell'offerta finalizzato alla copertura, non competitiva, della domanda di salute;
- rafforzamento della rete assistenziale attraverso lo sviluppo di percorsi clinici coordinati e coerente con gli obiettivi della programmazione regionale e aziendale;
- garanzia dei livelli essenziali di assistenza;
- appropriatezza e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili;
- accessibilità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa, anche attraverso un modello di gestione flessibile dell'accesso (Percorsi di garanzia);
- contenimento dell'attesa per il ricovero di specifiche patologie che presentano tempi di accesso critici;
- partecipazione al progetto metropolitano "Cruscotto per acuti" e "Centrale Metropolitana della Post Acuzie", per il ricovero di pazienti inviati dal Pronto Soccorso dell'Azienda USL di Bologna o dell'Azienda Ospedaliera di Bologna e di ricoveri di lungodegenza/riabilitazione intensiva ed estensiva per pazienti trasferiti dagli ospedali pubblici che insistono nel territorio dell'Azienda USL (Azienda USL di Bologna, Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi, Istituto Ortopedico Rizzoli);
- miglioramento del governo della mobilità infra-regionale ed extra regionale;

A tal fine le strutture private s'impegnano alla partecipazione dei propri sanitari alla definizione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA), procedure e protocolli clinici condivisi con le Aziende USL e alla loro adozione. S'impegnano altresì al rispetto delle modalità di comportamento previste da linee guida regionali su priorità di accesso e appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

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 DGR 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.

Le strutture private accreditate partecipano alla realizzazione di un sistema integrato di gestione delle liste di attesa. Pertanto, sulla base dei fabbisogni espressi dalla committenza, quote di budget 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 e locali in materia, compresa la creazione di un sistema integrato di gestione delle liste di attesa.

In particolare, con riferimento alla gestione delle liste di attesa ospedaliere pubbliche, le parti prendono atto della specificità del settore privato, consistente principalmente nel fatto che le prestazioni sono subordinate a un budget, nell'organizzazione sanitaria collegata all'attività di medici professionisti e in particolare alla necessità che le attività sono programmate tenendo conto di risorse limitate.

A queste quote di budget, in accordo con le strutture, potranno, eventualmente, essere affiancate risorse aggiuntive in extra budget, in particolare in questi specifici settori si dovranno prevedere abbinamenti fra destinazioni di risorse budgettarie e risorse aggiuntive stanziare dalle AUSL, anche in coerenza con quanto impegnato dalla Regione in questo specifico progetto per l'abbattimento delle liste di attesa.

Condividono, inoltre, di sviluppare opportune intese anche individuali tra committente e produttore per favorire la massima integrazione delle procedure di accesso e di erogazione delle prestazioni.

In attesa che sia portata a compimento la disciplina regionale in materia, avviata con la DGR n. 2040/2015, l'AUSL raccomanda di adeguare gradualmente la propria attività nel rispetto dei succitati volumi e indicatori, che potranno essere garantiti con soglia di tolleranza pari al 10%, in attesa che venga ufficialmente concordata una modalità di valutazione a livello nazionale il cui aggiornamento verrà assicurato dal livello regionale (Allegato 1 della DGR 2329/2016).

Inoltre, in attuazione della DGR 2040/2015 ogni struttura che tratti dei casi chirurgici oncologici dovrà garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito della valutazione del team multidisciplinare dell'Azienda USL di Bologna, nelle more della definizione della rete oncologica e dei centri per il trattamento della casistica chirurgica oncologica.

In conformità al punto 5.2 della DGR 426/2000 dovrà garantire agli assistiti:

- adeguata accessibilità ai servizi;
- appropriatezza clinica-organizzativa;
- continuità assistenziale;
- rispetto degli impegni assunti nella Carta dei Servizi.

Gli Ospedali Privati della Provincia di Bologna confermano il loro impegno a collaborare con le Aziende USL per la verifica del perseguimento degli obiettivi del presente accordo, nonché la disponibilità a fornire ogni fattiva collaborazione per la realizzazione del miglior comfort possibile per

gli assistiti in termini di efficacia clinica e qualità dei servizi erogati.

La struttura comunica tempestivamente alle 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.

ART. 3 – SOGGETTI EROGATORI E REQUISITI

Ai fini e per gli effetti del presente contratto, gli Ospedali Privati accreditati devono essere in possesso dei requisiti oggettivi e soggettivi previsti all'art. 3 dell'Accordo Quadro Regione Emilia Romagna-Ospedali accreditati AIOP 2016-2018 e devono mantenere tali requisiti per tutta la durata del presente contratto, pena la decadenza del contratto stesso.

In particolare si prende atto che gli Ospedali Privati:

- sono accreditati per struttura per le funzioni ospedaliere ed ambulatoriali esercitate in autorizzazione, ai sensi della L.R. 34/98;
- hanno fornito all'Azienda USL tutta la documentazione antimafia ai sensi del D.Lgs. 159/2011, così come modificato dal D.Lgs. 218/2012 e dal D.Lgs. 153/2014 ed in conformità a quanto indicato nella nota della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali (RER) prot. REG PG/2010/160106 del 18/06/2010.

Sono, inoltre, tenuti a comunicare tempestivamente alle Aziende USL ogni modifica intervenuta negli assetti proprietari, nella struttura d'impresa e negli organismi tecnici e amministrativi.

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.

ART. 4 – ATTIVITÀ DI RICOVERO A FAVORE DI RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

La produzione sanitaria di ricoveri negli Ospedali Privati accreditati della provincia di Bologna avviene attraverso l'utilizzo dei posti letto accreditati.

L'obiettivo prioritario è il governo del sistema complessivo dell'offerta, adattandolo alle necessità della rete provinciale, in modo da dare risposta in ambito locale alla domanda dei cittadini residenti nella Provincia di Bologna, e ridurre la mobilità extraprovinciale infra ed extraregionale. A tal fine le Aziende USL definiscono le attività ritenute prioritarie, condividono con AIOP gli indirizzi generali della programmazione e concordano ogni anno con ciascun Ospedale Privato il piano produttivo per l'attività di ricovero, nel rispetto delle specifiche vocazioni di ciascuna struttura e della flessibilità della domanda, così come sancito dall'Accordo AIOP-RER. Nel rispetto del principio della non pervasività, la quota di committenza qualitativa per tipologia di prestazioni non potrà superare il 70% del budget oggetto di committenza.

Per quanto concerne i ricoveri programmati ad accesso diretto il paziente potrà accedere alle strutture tramite impegnativa del medico di medicina generale o di altro professionista pubblico accreditato. Per quanto riguarda la Casa di Cura Prof. Nobili l'accesso può avvenire anche su invio del Pronto Soccorso della struttura stessa.

Per quel che riguarda i ricoveri per acuti nei settori della medicina generale, gli Ospedali Privati daranno priorità, compatibilmente con il numero di posti letto della struttura e il piano di produzione concordato fra le parti, ai ricoveri di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri pubblici che insistono nel territorio dell'Azienda USL di Bologna, sulla base dei seguenti contingenti:

Invii da pronto soccorso dai presidi pubblici della provincia agli ospedali privati

	Invii da PS concordati. Anno 2015-2016			Invii annui da PS. Biennio 2017-2018		
	AUSL Bo	AOSPU Bo	TOT.	AUSL Bo	AOSPU Bo	TOT.
Chiara	1.068		1.068	769	299	1.068
Erbosa	117	1.041	1.158	416	742	1.158
Nigrisoli		696	696		696	696
Laura		864	864		864	864
TOT.	1.185	2.601	3.786	1.185	2.601	3.786

In particolare nella Medicina la committenza non potrà andare oltre all'assetto autorizzatorio né stravolgere le dimensioni dell'accreditamento e la vocazione produttiva, assegnata storicamente alle singole strutture.

Per esigenze particolari, il numero totale degli invii su ciascun OPA potrà essere modificato previo accordo tra la Direzione dell'AUSL e l'OPA.

Il numero degli invii settimanali potrà essere differenziato a seconda dei diversi periodi dell'anno con la definizione di un debito giornaliero e sarà specificatamente concordato fra le Direzioni Sanitarie delle Aziende pubbliche metropolitane e gli Ospedali privati.

Alle strutture sanitarie private dovranno essere inviati pazienti prevalentemente da trattare in ambito internistico o geriatrico, con caratteristiche cliniche di acuzie che ne consentano il trasferimento in ambulanza e non risulti necessaria l'esecuzione di interventi diagnostico terapeutici complessi non eseguibili presso le strutture private accreditate di non alta specialità. Pertanto, i pazienti dovranno aver già eseguito in PS/OBI le indagini necessarie alla definizione dell'indirizzo diagnostico.

Non potranno essere inviati:

- Pazienti con patologie chirurgiche acute
- Pazienti con sindrome coronaria acuta, IMA, aritmie ventricolari maggiori, severe bradiaritmie
- Pazienti con patologia emorragica acuta in atto
- Pazienti con severa insufficienza respiratoria ipercapnica che necessitino di supporti ventilatori meccanici
- Pazienti con politraumi che richiedono trattamenti terapeutici non eseguibili nelle strutture private
- Pazienti con patologia psichiatrica acuta.

Fatto salvo specifici accordi con i singoli Ospedali già in uso, di norma l'accesso presso gli Ospedali privati sarà garantito dal lunedì al sabato; i pazienti dovranno ordinariamente pervenire entro le ore 19:00, salvo accordi specifici caso per caso, dal lunedì al venerdì, ed il sabato entro le ore 12.00, previo accordi con l'Ospedale Privato ricevente. Gli eventuali recuperi potranno essere concordati per l'accoglimento il lunedì successivo. Gli ospedali privati accreditati non prevedono l'accettazione dei pazienti nelle giornate festive comprese quelle infrasettimanali.

All'atto del trasferimento viene inviata all'Ospedale Privato la documentazione sanitaria rilasciata dal Pronto Soccorso o dalle unità di Osservazione Breve Intensiva degli ospedali pubblici (referto di PS, referti di eventuali accertamenti diagnostici eseguiti, copia della documentazione clinica relativa alla permanenza in Osservazione Breve Intensiva). Dalla suddetta documentazione dovrà emergere chiaramente l'indicazione al "trasferimento su posto letto per acuti in ospedale privato accreditato".

Le modalità di gestione dell'invio dei pazienti dai Servizi di Pronto Soccorso e dalle Unità di Osservazione Breve intensiva dei presidi ospedalieri pubblici (Azienda USL e Azienda Ospedaliera di Bologna) agli ospedali privati accreditati sono specificate nella procedura in corso di definizione con la condivisione delle parti.

Le Strutture si impegnano anche a collaborare ai programmi di riduzione delle liste di attesa per ricoveri chirurgici programmati, così come previsto dalla DGR 272/2017 e dagli obiettivi indicati nella determina 7249/2017, fermo restando quanto sopra specificato in termini di risorse aggiuntive.

Trasferimenti in lungodegenza, riabilitazione estensiva e intensiva e posti letto per Gravi Cerebrolesioni con disordini della coscienza

L'attività di lungodegenza e riabilitazione erogata dagli Ospedali privati della provincia rappresenta un elemento cardine e prioritario nel sistema delle cure intermedie metropolitano, governato dalla Centrale Metropolitana delle Post-Acuzie (CeMPA).

Alla lungodegenza e riabilitazione estensiva, relativamente ai posti letto della tabella che segue, si accede con trasferimento dagli ospedali pubblici tramite CeMPA o dai reparti per acuti degli ospedali accreditati della provincia, in questo caso previa autorizzazione da parte del Dipartimento Cure Primarie dell'Azienda USL.

In particolare, l'accesso sui posti letto dedicati agli stati vegetativi dell'Ospedale S. Viola avviene sulla base della procedura interaziendale P-INT 02 rev n. 1 "Accesso ai posti letto di lungodegenza per Gravi Cerebrolesioni con disordini della coscienza presso l'Ospedale Privato accreditato S. Viola".

Il piano operativo di utilizzo dei letti disponibili viene definito nell'ambito della programmazione con i singoli ospedali privati, fermo restando la loro disponibilità ad accogliere i pazienti inviati giornalmente da CeMPA fino alla saturazione dei letti indicati nella tabella sottostante e fermo restando il principio che quello che conta è il volume complessivo dei pazienti inviati dalle Aziende Sanitarie pubbliche di Bologna (PS/CeMPA), indipendentemente dalla modalità di invio, dalla residenza del paziente, salvo diversi accordi, tenendo conto del decorso del ricovero e delle eventuali trasformazioni del reparto di ricovero.

Le OPA possono rifiutarsi di ricoverare i pazienti non residenti in RER qualora si fosse superato il tetto 2013.

Di seguito, nel rispetto di quanto sopra, si riporta l'offerta di posti letto disponibili per interventi di riabilitazione e lungodegenza presso gli Ospedali privati (escluso i posti dedicati agli stati vegetativi di S. Viola) per pazienti inviati dagli Ospedali pubblici cittadini attraverso la CeMPA e dedicati ai cittadini residenti nell'Azienda USL di Bologna.

	PL				INVII CORRISPONDENTI (OM 95%; DM 16 gg (LD); 21 gg (RE); 22 gg (RI))				BIENNIO 2017-2018							
	LD	RE	TOT LDRE	RI	LD	RE	TOT LDRE	RI	N. INVII (*)				N. GIORNATE STIMATE			
									LD	RE	TOT LDRE	RI	LD	RE	TOT LDRE	RI
NIGRISOLI-REGINA	19	9 + 10	28 + 10		412	149+165	726	0	412	149+165	726	0	6.588	3.121+3.468	13.176	
PROF. NOBILI	12	-	12		260	0	260	0	260	0	260	0	4.161	0	4.161	
VILLA CHIARA	28	9	37		607	149	756	0	607	149	756	0	9.709	3.121	12.830	
VILLA ERBOSA	44	10	54		954	165	1.119	0	954	165	1.119	0	15.257	3.468	18.725	
VILLA LAURA	32	-	32		694	0	694	0	694	0	694	0	11.096	0	11.096	
VILLA BELLOMBRA	-		-	50	0	0	0	788	0	180	180	788		3.780	3.780	17.336
S. VIOLA (escluso PL comi)	23	14	37		498	231	729	0	498	231	729	0	7.975	4.855	12.830	
TOTALE	158	52	210	50	3.425	859	4.284	788	3.425	1.039	4.464	788	54.787	21.811	76.598	17.336

(*) la previsione per i 180 accessi di Villa Bellombra è valida per il solo anno 2017, e verrà rivista al termine dei lavori in corso su S. Viola. Tali ricoveri vengono remunerati con le tariffe utilizzate per la riabilitazione di tipo estensivo (cod 60).

	PL	Giornate
Stati vegetativi di S. Viola	25	9.125

I PL riportati per S. Viola, devono intendersi "medi", nel senso che non si tratta di un'indicazione puntuale ma orientativa rispetto alle fasi del ciclo ingresso/dimissione che, date le oscillazioni del fabbisogno, potranno variare nei diversi periodi dell'anno.

I posti letto cod. 60 e 56 e le rispettive giornate di degenza utilizzati per invii di cittadini non residenti nell'Azienda USL di Bologna si intendono aggiuntivi rispetto a quelli indicati nella tabella.

L'utilizzo dei PL indicati in tabella, sia per la quota di invii che per quella riservata all'accesso diretto secondo le regole generali, verrà valutato in termini di appropriatezza e di corretto utilizzo del setting assistenziale sulla base delle indicazioni regionali recentemente approvate nel paragrafo 5.3 della determina RER 7249/2017, come previste dalla DGR 2329/2016.

Nei reparti di lungodegenza degli Ospedali Privati è consentita anche l'accoglienza di utenti con malattie infettive non diffuse, con conseguente riduzione dei posti letto e previa autorizzazione della struttura. In questi casi la richiesta di ricovero dovrà riportare l'esatta indicazione della malattia.

Il piano di offerta per trasferimenti da PS e in lungodegenza e riabilitazione intensiva ed estensiva articolato su tutto l'anno deve però consentire un'adeguata organizzazione dei servizi, quale elemento indispensabile per garantire costantemente una risposta di qualità, evitando, per quanto possibile, il sovra o sotto utilizzo del sistema complessivo dell'offerta.

A tal fine si concorda una particolare flessibilità nell'utilizzo di posti letto per acuti o in lungodegenza, ivi compresi i PL per stati vegetativi, a seconda delle necessità espresse dalle Aziende Sanitarie pubbliche.

Gli invii da pubblico sono oggetto, al pari della restante produzione, di monitoraggio periodico condiviso, di norma trimestrale, tra Fornitore e Azienda.

A fronte di ogni tendenziale superamento dei volumi di ricoveri su invio da Struttura pubblica, occorrerà trovare una compensazione nei periodi successivi; pertanto l'AUSL si impegna in funzione del rispetto del tetto annuo a riprogrammare gli invii dei periodi seguenti.

A consuntivo, per la quota di invii che dovesse permanere in eccedenza ai valori commissionati, autorizzati dalla Struttura pubblica, dovrà essere prevista una integrazione ai contenuti contrattuali con conseguente assegnazione di risorse aggiuntive corrispondenti (art. B.4.1, penultimo cpv, dell'Accordo RER-AIOP DGR 1920/2011).

Sperimentazione di nuovi modelli organizzativi per le cure intermedie.

Come previsto nel documento aziendale di programmazione dell'assistenza territoriale e della rete ospedaliera rispetto alle attività ospedaliere di base, la partnership pubblico-privato deve essere aggiornata alla luce delle importanti innovazioni introdotte nel modello assistenziale, in particolare con l'apertura degli Ospedali di Comunità (OsCo) e la revisione dei percorsi di lungo-assistenza. La rimodulazione dell'area delle Cure Intermedie e della rete Ospedaliera potrà coinvolgere i partner privati nella programmazione integrata della loro offerta, contribuendo alla creazione di una rete assistenziale a forte integrazione sull'ambito territoriale di riferimento in stretta collaborazione con tutti i professionisti pubblici e convenzionati che si occupano di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, assistenza dei cittadini con problemi di salute, con particolare riferimento alle patologie croniche ed alle condizioni di fragilità e disabilità, assicurando adesione ai PDTA e rapido accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

ART. 5 – ATTIVITÀ PSICHIATRICA E NEUROPSICHIATRICA A FAVORE DI RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

L'Accordo quadro regionale 2011-2014 articola l'attività psichiatrica e neuropsichiatrica in una componente ospedaliera, con l'istituzione del settore denominato SPOI (Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo), e in una componente residenziale che, per le strutture ubicate nel territorio dell'Azienda USL di Bologna (Ai Colli e Villa Baruzziana), si suddivide ulteriormente in attività residenziale: a trattamento intensivo (RTI), a trattamento intensivo specialistico - doppia diagnosi-

(RTS).

L'accesso a queste strutture avviene in base ai protocolli già in essere a realizzazione della DGR 1920/2011, in particolare sulla base dell'accordo Regione/AIOP (DGR 560/2014), come applicato nell'accordo quadro regionale 2016/2018 (DGR 2329/2016) e della disciplina locale formalizzata nella Procedura Aziendale P20DSM-DP che regola il funzionamento della cosiddetta Cabina di Regia.

Nello specifico, la disciplina di queste funzioni, nonché le modalità ed i criteri di accesso, di dimissione e trasferimento dei pazienti, sono specificate nel documento di integrazione operativa del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Bologna e gli Ospedali privati Ai Colli e Villa Baruzziana.

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

Gli invii da pubblico sono oggetto, al pari della restante produzione, di monitoraggio periodico condiviso, di norma trimestrale, tra Fornitore e Azienda.

Poiché ogni tendenziale superamento dei volumi di ricoveri su invio da Struttura pubblica, dovrà trovare, necessariamente, compensazione nei restanti ambiti di prestazioni contrattate, l'AUSL si impegna in funzione del rispetto del tetto annuo a riprogrammare gli invii dei periodi successivi.

A consuntivo, per la quota di invii che dovesse permanere in eccedenza ai valori commissionati, autorizzati dalla Struttura pubblica, dovrà essere prevista una integrazione ai contenuti contrattuali con conseguente assegnazione di risorse aggiuntive corrispondenti (art. B.4.1, penultimo cpv, dell'Accordo RER-AIOP DGR 1920/2011).

In coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale e locale, gli obiettivi dell'intesa sono i seguenti:

- puntuale programmazione delle attività dell'area della residenzialità e del ricovero;
- mantenimento della specializzazione dell'offerta dei Servizi psichiatrici;
- qualificazione del servizio privato, al fine di una maggiore appropriatezza e nell'ottica di una continuità terapeutica assistenziale;
- ridefinizione della rete dei posti letto pubblici e privati con i circuiti di ricovero dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (cruscotto del DSM-DP), per accogliere i pazienti in fase sia di acuzie e sub-acuzie presso i servizi SPOI e post-acuzie, per le funzioni specialistiche RTI ed RTS, anche dopo il ricovero nei reparti dedicati degli Ospedali pubblici;
- funzione di cruscotto da parte del DSM-DP dell'Azienda USL di Bologna per garantire integrazione fra servizio pubblico e privato accreditato per il governo dei bisogni e la continuità dell'assistenza, in un'ottica di appropriato utilizzo dei diversi setting assistenziali;
- condivisione "informata" tra il medico della Struttura inviante e il medico della Struttura accogliente di ricovero.

ART. 6 – ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE A FAVORE DI RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Nell'ambito del quadro programmatico definito con AIOP, le Direzioni Sanitarie delle Aziende USL di Bologna e Imola concordano con ciascun Ospedale Privato il relativo Piano di Produzione, contenente le prestazioni di specialistica richieste a favore dell'utenza residente sul territorio aziendale.

In occasione della definizione dei suddetti piani e in corrispondenza con i valori tariffari concordati per le prestazioni commissionate viene individuato il valore economico massimo, comprensivo della

quota di compartecipazione a carico del cittadino, che l'Azienda USL potrà riconoscere ad ogni Struttura nei limiti del tetto economico provinciale complessivamente individuato all'art. 7.

L'attività erogabile, che deve essere coerente con i volumi e le modalità indicate nei Piani di produzione, si compone di offerta per accesso ordinario (primi accessi), per accesso successivo al primo (controlli), per urgenze differibili (UD) e in Percorso di Garanzia (PG) da prenotare tramite la rete di Accesso Aziendale (sistema C.U.P) e per completamento diagnostico a seguito della visita.

Gli Ospedali Privati s'impegnano, infatti, a garantire la corrispondenza tra i volumi prestazionali oggetto dei piani concordati annualmente e l'offerta delle agende di prenotazione CUP, con un'equilibrata e uniforme erogazione delle prestazioni sull'intero anno, in modo da non determinare soluzioni di continuità.

Nel caso in cui le strutture siano impossibilitate a garantire l'offerta continuativa, dovranno tempestivamente segnalarlo e motivarlo alla UO Committenza e Specialistica Ambulatoriale.

Le Direzioni Sanitarie delle due Aziende pubbliche e gli Ospedali Privati possono concordare e dettagliare nel Piano di Committenza di struttura:

1. "pacchetti prestazionali" composti da più prestazioni specialistiche attivabili direttamente dal professionista in sede di primo accesso gestito comunque tramite CUP a completamento del percorso diagnostico terapeutico,
2. la gestione degli accessi successivi al primo (visite di controllo) direttamente dallo specialista, senza che il paziente debba recarsi a CUP con ricetta SSN per prenotare la prestazione.

In entrambi i casi, la rendicontazione dell'attività prevede l'utilizzo del Campo 8 alla Posizione 187 "Tipologia della modulistica prescrittiva" del Tracciato ASA.

I posti individuati nell'ambito delle agende per UD, da prenotarsi con scansione temporale 7 giorni, qualora non occupati vengono automaticamente riutilizzati in modalità "ordinario – programmabile". I posti in PG, qualora non occupati, vengono automaticamente riutilizzati in modalità "ordinario – programmabile" senza vincoli con anticipo di 8 giorni. L'Azienda USL e gli Ospedali Privati concorrono a individuare gli opportuni interventi sui percorsi di accesso per garantire al sistema di erogazione, la massima efficienza produttiva.

In ogni caso le Strutture private condividono l'obiettivo di garantire il rispetto dei tempi di attesa, contribuendo ove possibile a garantire la continuità, nella considerazione delle caratteristiche peculiari delle strutture private, in tutto l'arco dell'anno, per le prestazioni prenotabili a CUP, ai sensi di quanto previsto dalle specifiche indicazioni nazionali e regionali in materia richiamate in premessa al presente contratto, fermo restando i contenuti operativi del presente contratto.

Inoltre, assicurano la loro partecipazione allo sviluppo di reti cliniche integrate pubblico e privato, in una logica presa in carico e continuità dell'assistenza delle patologie complesse e croniche, come già avviato in via sperimentale sulla rete neurologica.

Le Strutture s'impegnano ad aderire alle indicazioni nazionali e regionali in materia di dematerializzazione, considerando la necessità di adattare tali soluzioni alle caratteristiche peculiari delle strutture private.

Progetti per il recupero della mobilità extra regionale per RMN

Si concorda di storicizzare il budget annuo dedicato all'erogazione di prestazioni di risonanza magnetica nucleare a residenti nell'Azienda USL di Bologna, finalizzato al contenimento della mobilità passiva verso la Regione Veneto, da parte degli Ospedali Privati:

- Villa Erbosa per un importo di 481.229 euro al lordo del ticket
- Nigrisoli per un importo 331.453 euro al lordo del ticket

Il piano di produzione viene concordato ogni anno con i singoli Ospedali Privati.

Le tariffe unitarie da applicarsi sono quelle del Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012. Nel 2018 saranno oggetto di rivalutazione a seguito dell'entrata in vigore delle nuove tariffe regionali.

Si concorda, altresì, di storicizzare il budget storico annuo dedicato all'erogazione di prestazioni di risonanza magnetica nucleare a residenti nell'Azienda USL di Bologna, finalizzato al contenimento

della mobilità passiva verso la Regione Toscana, da parte dell'Ospedale Privato Prof. Nobili per un importo di 219.070 euro al lordo del ticket.

AIOP si rende disponibile a proseguire il progetto di recupero della mobilità extra-regionale anche per altre prestazioni e non solo per prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare in coerenza con l'accordo siglato in data 02 ottobre 2015 fra AUSL di Bologna e AIOP, in applicazione al verbale d'intesa del 15 agosto 2015 sottoscritto fra RER e AIOP.

Ai fini della valutazione annuale del raggiungimento dell'obiettivo, l'anno di riferimento sul quale valutare la riduzione della mobilità è il 2014..

Ai fini del pagamento si concorda che verrà utilizzato in primo luogo il budget storico, successivamente quello dedicato al recupero della mobilità verso il Veneto e la Toscana (per OPA villa Erbosa, Nigrisoli e Nobili) e da ultimo quello relativo al del recupero della mobilità extraregionale (accordo del 2/10/2015 fra AUSL Bologna e AIOP).

A tal fine la registrazione in banca dati ASA dovrà seguire questo criterio, pena la non applicazione del criterio sopra indicato.

Dialisi presso i CAL

Gli Ospedali Privati Villa Chiara e Prof. Nobili s'impegnano a mantenere, l'attività dialitica presso dei propri Centro di Assistenza Limitata (successivamente denominati CAL) dotati rispettivamente di 12 e 6 posti letto tecnici. Entrambe le strutture che da tempo hanno ottenuto l'accreditamento regionale e svolgono il suddetto servizio quali punti erogativi della rete Metropolitana di Bologna, assicurano la piena ed ottimale funzionalità per questa tipologia di attività, nel rispetto degli standard qualitativi e dei requisiti previsti dalle vigenti normative in tema di strutture adibite ad attività sanitaria e sulla base degli standard di accreditamento e delle determinazioni assunte, in aderenza ai medesimi, all'interno della Commissione Interaziendale delle Dialisi.

In questi anni il proficuo e continuativo rapporto di collaborazione con l'Azienda USL di Bologna e le suddette Strutture private ha garantito la continuità assistenziale e una forte integrazione tra pubblico e privato in tutti i punti della rete, mediante l'adozione di procedure e percorsi diagnostico-terapeutici uniformi sia nei Centri dialisi pubblici che privati.

L'attività di diagnosi e cura e più in generale l'assistenza medica è affidata all'equipe medica dell'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi di Bologna, così come da Convenzione sottoscritta fra l'Azienda USL Bologna e l'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi. All'equipe medica competono inoltre: l'inserimento dei pazienti selezionati sulla base dei criteri clinici e logistici in uso nei CAL dell'Azienda USL di Bologna, l'individuazione della tipologia dei trattamenti, l'aggiornamento e la formazione continua del personale che opera nei CAL, nel rispetto di tempi, sedi e contenuti definiti dalla Commissione Interaziendale della Dialisi.

I corrispettivi delle ore di consulenza nefrologica effettuate dall'equipe medica dell'AOSP di Bologna vengono addebitati all'Azienda USL di Bologna, come previsto dalla Convenzione, che provvederà a chiederne il successivo rimborso alle suddette Strutture private, emettendo corrispondente fattura, a cadenza semestrale, a cui verrà allegata la rendicontazione relativa alle ore di consulenza effettivamente prestata presso le specifiche sedi erogative delle Strutture private accreditate.

Per l'attività di addestramento, preliminare all'inserimento del personale infermieristico nell'attività dialitica, che viene svolta congiuntamente dall'AOSP di Bologna e dall'AUSL, i costi sono a carico dell'Azienda USL che chiederà il rimborso alle Strutture private accreditate in maniera proporzionale al numero del personale coinvolto che opera presso le loro sedi erogative.

L'attività dialitica viene valorizzata in base alle tariffe previste dal Nomenclatore Tariffario Regionale, sia per quanto riguarda le sedute dialitiche che per quanto riguarda le prestazioni aggiuntive eseguite, secondo protocollo Aziendale o collegate a problemi clinici intercorrenti.

La tariffa delle sedute dialitiche, secondo quanto indicato dalle note del Ministero della Sanità n.100/SCPS/16 4775 del 29/04/1999 e n.100/SCPS/9 12378 del 28/08/2000 e dalla nota prot. 177850 del 05/07/2000 della Direzione Generale Sanità della Regione Emilia Romagna, include il costo dei farmaci, delle indagini di laboratorio comunemente connesse al trattamento dialitico nonché dell'eventuale erogazione dei farmaci e delle prestazioni diagnostiche in corso di trattamento dialitico. Le tariffe comprendono dunque, tutte le manovre e le medicazioni gli interventi relativi ai

trattamenti stessi (puntura arteriosa e venosa della FAV, connessione di cateteri, prelievi ematici e peritoneali, ecc.) e la somministrazione di farmaci comunemente connessi al trattamento dialitico (soluzioni polisalinee, eparina, farmaci per patologie acute intercorrenti, eritropoietina).

**ART. 7 – DEFINIZIONE DEI VOLUMI ECONOMICI
A FAVORE DI PAZIENTI RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI BOLOGNA**

Il budget si compone di cinque parti, in applicazione di quanto definito nell'Accordo quadro regionale valevole per il triennio 2016- 2018:

1. **Budget 1 provinciale - Ospedali Privati di non alta specialità, escluso S. Viola**, nel quale rientrano le prestazioni intra-AUSL erogate a cittadini residenti nelle Aziende USL di Bologna e Imola: ricoveri e prestazioni ambulatoriali derivanti da riconversione produttiva o da nuova allocazione del setting assistenziale per specifiche prestazioni.
2. **Budget esclusivamente dedicato all'Ospedale privato accreditato S. Viola**, per i residenti nella provincia di Bologna e non trasferibile ad altri Ospedali privati accreditati. L'attività è dedicata alla lungodegenza e riabilitazione estensiva e ai malati in stato vegetativo persistente.
3. **Budget 3 regionale unico per tutti gli Ospedali Privati che erogano attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico ospedaliero e residenziali**, nel quale rientrano le prestazioni erogate da Villa Baruzziana e Villa Ai Colli rivolte ai cittadini residenti nelle Aziende USL di Bologna e Imola.
4. **Budget regionale - Ospedali Privati di Alta Specialità (aderenti AIOP)**, nel quale rientrano le prestazioni erogate da Villa Torri rivolte ai cittadini residenti nelle Aziende USL di Bologna e Imola.
5. **Budget per la specialistica ambulatoriale.**

I budget di cui al punto 1, 3, e 4 sono stati definiti applicando l'Accordo quadro regionale per il triennio 2016-2018.

Budget 1

Il suddetto accordo quadro regionale ha definito il budget 1, relativo a prestazioni erogate dagli Ospedali Privati eroganti attività di non Alta Specialità della provincia di Bologna (escluso Villa Baruzziana e Villa Ai Colli) a cittadini residenti nelle Aziende USL di Bologna e Imola (prestazioni intra-AUSL) a partire dal budget 1 storico, abbattuto a seguito dell'applicazione dell'art. 15, c. 14 del D.L. 95/2012 (convertito con modificazioni dalla L.135/2012), pari ad euro **48.970.895**.

BUDGET 1 <i>(ricoveri, chirurgia ambulatoriale e pacchetti di specialistica)</i>	2011-BUDGET 1 <i>(ex DGR 1920/2011 e nota RER 120856/2013)</i>	2017-2018 BUDGET 1 ANNUO <i>(budget 2011 decurtato del 2%)</i>
VILLA ERBOSA	€ 14.518.738	€ 14.228.363
OSPEDALI RIUNITI (NIGRISOLI e Villa REGINA)	€ 8.868.276	€ 8.690.910
VILLA BELLOMBRA	€ 5.271.716	€ 5.166.282
VILLA LAURA	€ 7.588.581	€ 7.436.809
VILLA CHIARA	€ 8.918.293	€ 8.739.927
PROF. NOBILI	€ 4.804.697	€ 4.708.603
Totale	€ 49.970.301	€ 48.970.895

Al budget 1 indicato in tabella per Villa Chiara vanno aggiunti euro 300.000 assegnati alla Casa di Cura per progetti speciali extra budget da discutere con la struttura.

Per l'anno 2016 resta applicabile la disciplina di cui alla DGR 1920/2011, come previsto al punto 4.1.1 della DGR 2329/2016 sia in materia di budget intra ed extra area vasta che di quote trasversabili dal B.2.1 al B.1; pertanto, anche in continuità con l'Accordo Locale precedente il budget 1 del 2016 viene così definito:

BUDGET 1 (ricoveri, chirurgia ambulatoriale e pacchetti di specialistica)	2011- BUDGET 1 (ex DGR 1920/2011 e nota RER 120656/2013)	Quota trasferita dal BDG 2.1 "Intra-Area Vasta"	TOTALE BUDGET	2016 BUDGET 1 (budget 2011 decurtato del 2%)	2016 Quota trasferita dal BDG 2.1 con abbattimento del 2% (L. 135/2012)	2016 TOT BUDGET con abbattimento del 2% (L. 135/2012)
VILLA ERBOSA	€ 14.518.738	€ 5.508	€ 14.524.246	€ 14.228.363	€ 5.398	€ 14.233.761
OSPEDALI RIUNITI (NIGRISOLI e Villa REGINA)	€ 8.868.276	€ 6.918	€ 8.875.194	€ 8.690.910	€ 6.780	€ 8.697.690
VILLA BELLOMBRA	€ 5.271.716	€ 0	€ 5.271.716	€ 5.166.282	€ 0	€ 5.166.282
VILLA LAURA	€ 7.588.581	€ 9.798	€ 7.598.379	€ 7.436.809	€ 9.602	€ 7.446.411
VILLA CHIARA	€ 8.918.293	€ 2.464	€ 8.920.757	€ 8.739.927	€ 2.415	€ 8.742.342
PROF. NOBILI	€ 4.804.697	€ 442	€ 4.805.139	€ 4.708.603	€ 433	€ 4.709.036
Totale	€ 49.970.301	€ 25.130	€ 49.995.431	€ 48.970.895	€ 24.627	€ 48.995.522

Al budget 1 indicato in tabella per Villa Chiara vanno aggiunti euro 300.000 assegnati alla Casa di Cura per progetti speciali extra budget da discutere con la struttura.

Nel budget 1 di Villa Chiara è compresa la quota di euro 1.179.920 già abbattuta del 2% da spending review da dedicare esclusivamente ad attività dialitica e quindi non destinata alla copertura di eccedenze budgetarie relative all'attività ospedaliera, fatti salvi specifici accordi che, in caso di non utilizzo di tale importo, prevedano la possibilità di riconvertirlo in attività ospedaliera o specialistica ambulatoriale diversa dall'attività dialitica. Sono, altresì, ricomprese nel suddetto budget di Villa Chiara, la quota di euro 285.000 per attività di lungodegenza ed euro 322.000 per riduzione delle liste di attesa su attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale, come a suo tempo concordato nel contratto specifico per il triennio 2010 – 2012, tra Villa Chiara e l'Ausl di Bologna.

All'interno del budget 1 degli Ospedali Privati sono previste le attività di chirurgia ambulatoriale di decompressione del tunnel carpale, nonché gli interventi di cataratta.

Sono, altresì, ricomprese tutte le attività di chirurgia ambulatoriale indicate nella DGR 1108/2011, per le quali deve essere utilizzato il setting ambulatoriale rispetto alla degenza, quando questo sia il più appropriato.

Il budget 1, previo accordo tra le parti, potrà essere utilizzato anche per acquisire prestazioni ambulatoriali.

In coerenza con la nota della Direzione Generale Sanità e Servizi Sociali - Servizio Presidi Ospedalieri, prot.n. 95898 del 3 aprile 2014 relativa al riconoscimento della remunerabilità delle giornate di ricovero in riabilitazione intensiva nelle giornate festive, gli Ospedali privati si impegnano ad aderire a tali indicazioni al fine di promuovere l'appropriatezza clinico-organizzativa, la continuità assistenziale e l'omogeneizzazione dei comportamenti.

Come indicato nelle note della Direzione Generale Sanità e Servizi Sociali - Servizio Presidi Ospedalieri, prot.n. 99288 del 19/04/2013 inviata all'Azienda USL Bologna e prot. 240900 del 2/10/2013, inviata a tutte le Aziende Sanitarie regionali, le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche - in particolare trattamenti dialitici - erogate a favore di pazienti lungodegenti ricoverati presso Ospedali privati accreditati, con prescrizioni già programmate dall'Ospedale pubblico inviante prima della dimissione, se non sono strettamente attinenti al ricovero in lungodegenza, ma dovute alla condizione pregressa del paziente, sono da considerare a carico dell'Azienda USL di residenza.

Inoltre, considerato che nelle giornate in cui vengono effettuati i trattamenti quali quelli dialitici è come se fossero parzialmente "sospese" le attività assistenziali proprie del ricovero in LD/RE, per tali giornate di ricovero si riconosce una tariffa scontata del 25%. In coerenza con lo spirito di tali indicazioni le Parti concordano di applicare la stessa tariffa scontata nei casi di trasferimento di pazienti in OBI pubblica, con riserva del mantenimento del PL per successivo reinvio alla struttura privata.

Per gli Ospedali Villa Chiara e Prof. Nobili, nei quali è presente sia l'attività di ricovero in Lungodegenza che l'attività dialitica, si è convenuto di non applicare l'abbattimento tariffario sopra citato per i pazienti ricoverati che effettuano la dialisi all'interno della struttura, non essendoci sospensione dell'attività assistenziale e costi di trasporto in altro ospedale a carico dell'Azienda USL.

Ai sensi delle vigenti disposizioni regionale (vedi Circolare Regionale n. 9 del 1999), la prima visita dopo il ricovero va sempre effettuata nella stessa divisione/servizio presso cui è avvenuto il ricovero e non va soggetta a compensazione in quanto ricompresa nel DRG, così come gli accertamenti diagnostico strumentali e le prestazioni alla stessa collegati.

Pertanto, si concorda che, in omaggio al criterio della continuità terapeutica e assistenziale, gli accertamenti diagnostico-strumentali, le prestazioni collegate e le terapie in corso nel precedente ricovero, prescritte o consigliate, saranno a carico della Azienda USL inviante, ivi compresi i trasporti. A tal fine le strutture private dovranno produrre, al momento dell'invio del paziente al controllo presso l'ospedale inviante dell'Azienda USL, il modulo di richiesta prestazione post dimissione, già in uso, da dove si accerti che la proposta-richiiesta è stata formulata dal medico inviante ed è strettamente correlata alla patologia trattata nel precedente ricovero o comunque estranea a quello in corso o successivo.

La remunerazione tariffaria delle giornate associate alla prova di domiciliazione, sarà pari al 75% della corrispondente tariffa pro die. La prova di domiciliazione andrà documentata nella SDO in corso di ricovero e distinta dall'assenza temporanea per la quale invece non viene riconosciuto alcun riconoscimento economico.

Il suddetto budget deve essere considerato invalicabile ed è possibile, previo accordo fra le Aziende USL e il singolo Ospedale Privato, utilizzarne una quota a favore di prestazioni ambulatoriali.

L'attività verrà retribuita agli Ospedali Privati, secondo le tariffe previste dalla normativa regionale vigente tempo per tempo, se non diversamente concordate tra le parti.

Budget dedicato all'Ospedale privato accreditato S. Viola

Il Budget individuato per l'Ospedale privato accreditato S. Viola è di **4.793.092 Euro** così ripartito:

- **2.329.342 euro** per i ricoveri nei 23 posti letto di lungodegenza e nei 14 posti letto di riabilitazione estensiva;
- **2.463.750 euro** per i ricoveri nei 25 posti letto dedicati al trattamento di malati in stato vegetativo persistente. Al fine di ottimizzare l'utilizzo dei posti letto dedicati alle gravi cerebrolesioni con disordini della coscienza, la AUSL darà indicazione alle proprie strutture perché sia consentita una gestione flessibile degli stessi, nella salvaguardia dell'indicazione di spesa prevista.

L'attività viene retribuita alla Struttura, secondo le tariffe previste dalla normativa regionale vigente, tempo per tempo, se non diversamente concordate tra le parti.

Budget 3

L'Accordo quadro Regione valevole per il triennio 2016 – 2018 ha stabilito un budget unico regionale pari a **35.502.621 Euro**, corrispondente al budget storico del 2011 abbattuto del 2%, da dedicare alle

strutture private della regione che erogano prestazioni di carattere Psichiatrico e Neuropsichiatrico ospedaliero e residenziali. Questo budget rappresenta il tetto massimo di spesa riconoscibile complessivamente a livello regionale.

Per l'anno 2016, il limite individuale per l'area vasta AVEC è:

- 3.364.324,67 euro per la Casa di Cura Ai Colli;
- 5.475.037,00 euro per Villa Baruzziana.

Per l'anno 2017, il limite individuale per l'area vasta AVEC è:

- 3.313.908,89 euro per la Casa di Cura Ai Colli;
- 5.532.032,99 euro per Villa Baruzziana.

Per l'anno 2018 si rimanda alle future indicazioni regionali.

L'attività viene retribuita agli Ospedali Privati, secondo le tariffe previste dalla normativa regionale vigente tempo per tempo, se non diversamente concordate tra le parti.

Budget Alta specialità

L'Accordo quadro regionale (triennio 2016-2018) ha stabilito un budget unico regionale pari a 42.216.000 Euro, corrispondente al budget storico del 2011 abbattuto del 2% e incrementato del valore riconosciuto a recupero della mobilità passiva 2012 rispetto al 2011, da dedicare 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) suddiviso per gruppi di prestazioni. Questo budget rappresenta il tetto massimo di spesa riconoscibile complessivamente a livello regionale.

Nell'accordo quadro regionale (tab.2a) sono indicati i budget indicativi di Villa Torri Hospital per i residenti nell'AUSL di Bologna (1.731.829 euro) e nell'AUSL di Imola (298.586 euro).

L'attività viene retribuita agli Ospedali Privati, secondo le tariffe previste dalla normativa regionale vigente tempo per tempo, se non diversamente concordate tra le parti.

Budget per la specialistica ambulatoriale

L'attività specialistica ambulatoriale viene retribuita agli Ospedali Privati, secondo le tariffe previste dal Nomenclatore tariffario regionale vigente, se non diversamente concordate tra l'azienda USL e AIOP, al netto della quota di compartecipazione a carico del cittadino incassata a titolo anticipatorio dalle Strutture, entro i limiti economici di cui al presente articolo ed in coerenza con i piani di fornitura definiti.

Gli importi complessivi indicati come budget nel presente contratto e/o nelle schede di committenza individuali concordate ogni anno sono da intendersi al lordo delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) a carico degli assistiti. Tali importi sono da considerarsi, come tetto complessivo dato dalla sommatoria dei budget individuali, quale limite invalicabile, nel rispetto dei piani di fornitura commissionati per ciascuna tipologia di prestazioni e fatta salva la verifica di corrispondenza tra erogato e commissionato prevista per i piani di fornitura concordati con le singole Strutture.

Nella tabella seguente è indicato il budget annuo, al lordo del ticket, per prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a favore di cittadini residenti nell'ambito dell'Azienda USL di Bologna. Non rientrano in questo budget le prestazioni erogate ad assistiti residenti in altre Regioni, per le quali l'Azienda USL di Bologna anticipa gli oneri relativi e quelle erogate a favore di assistiti residenti in altre Aziende della Regione che, invece, devono essere direttamente fatturate a queste ultime.

Il Budget annuo risulta così suddiviso per tipologia di attività e per ogni Struttura, al netto della riduzione del 2% ai sensi della legge n.135/2012:

Ospedale privato	SPECIALISTICA AMBULATORIALE			TOTALE SPEC. AMB.	DIALISI E PRESTAZIONI CORRELATE		TOTALE DIALISI E PRESTAZIONI CORRELATE	TOTALE
	BDG STORICO	compresa nel BDG 1 RICOVERI	BUDGET per RMN [***]		BDG STORICO	compresa nel BDG 1 RICOVERI		
Villa Erbosa	€ 1.549.128	€ 60.000	€ 481.229	€ 2.090.357				€ 2.090.357
Nigrisoli e Regina	€ 849.308	€ 77.371	€ 331.453	€ 1.258.132				€ 1.258.132
Villa Baruzziana	€ 141.420	€ 55.351		€ 196.771				€ 196.771
Villa Laura	€ 176.987	€ 206.112		€ 383.099				€ 383.099
Villa Chiara	€ 715.587	€ 52.553		€ 768.140	€ 439.594	€ 1.179.920	€ 1.619.514	€ 2.387.664
Prof. Nobili	€ 225.858	€ 1.886.086*		€ 2.111.944	€ 88.840		€ 88.840	€ 2.200.784
Villa Torri	€ 32.021	€ 50.000**		€ 82.021				€ 82.021
Totale	€ 3.690.309	€ 2.387.473	€ 812.682	€ 6.890.464	€ 528.434	€ 1.179.920	€ 1.708.354	€ 10.588.918

Il volume di specialistica compreso nel budget ricoveri è al lordo del ticket

[*] Comprende € 219.070 per RMN finalizzate al recupero della mobilità passiva extraregionale.

[**] Riconversione del budget 1 valevole dal 2017.

[***] Budget finalizzato al recupero della mobilità passiva extraregionale

Dal 2017 si concorda che gli OPA possono chiedere di attivare, gratuitamente, il sistema di prenotazione CUP metropolitano all'interno delle proprie strutture al fine di consentire al cittadino di prenotare una prestazione nell'ambito dell'offerta SSN (pubblico/privato accreditato) presente sul territorio dell'AUSL di Bologna.

Ai fini della partecipazione degli OPA alla spesa per il servizio di prenotazione, le parti concordano che per il 2016 gli oneri di prenotazione del sistema CUP sostenuti dall'Azienda per le prestazioni erogate dagli OPA in SSN siano recuperati a carico degli OPA. Nel computo delle prenotazioni non verranno considerate quelle effettuate direttamente dagli OPA dotati di sportelli Cup.

Mentre, a partire dal 2017, si introduce il seguente meccanismo: la differenza fra il costo delle prenotazioni effettuate da tutti i punti di prenotazione a favore dello stesso OPA (per attività erogata dall'OPA stesso) e il costo delle prenotazioni effettuate dal singolo OPA verso le strutture pubbliche/private accreditate presenti nell'territorio dell'AUSL di Bologna sarà recuperata dalla AUSL BO sotto forma di prestazioni aggiuntive che l'OPA dovrà erogare a titolo gratuito nell'anno successivo.

Esempio per singolo OPA

ANNO	A-Prenotazioni effettuate dall'OPA verso le strutture (pubbliche/private accreditate) nell'anno	B-Prenotazioni effettuate da tutti i punti di prenotazione verso l'OPA* nell'anno	C-Delta n. prenotazioni (B-A)	Importo (Cx2,60) da erogarsi in prestazioni gratuite nell'anno successivo
2017	7.500	30.000	22.500	58.500 €
2018	10.000	15.000	5.000	13.000 €

*Escluse quelle effettuate presso i punti di prenotazioni presso parafarmacie e cupweb regionale

Gli Ospedali Privati parteciperanno all'obiettivo di sviluppo del fascicolo sanitario elettronico e delle reti immateriali per la prenotazione e il pagamento del ticket.

L'Azienda USL consente, inoltre, alle strutture private accreditate aderenti al presente contratto la possibilità di offrire, attraverso canali di prenotazione dedicati nei punti CUP, prestazioni sanitarie sulla base di tariffe specifiche agevolate, cosiddette "sociali", che vengono erogate al cittadino, e da esso corrisposte, al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, quindi senza oneri a carico del SSN. Tali prestazioni possono essere offerte su una rete di sportelli dedicati alla prenotazioni di attività extra SSN. Per la prenotazione di queste prestazioni viene data la possibilità dell'utilizzo della piattaforma tecnologica in uso per le prenotazioni CUP secondo modalità e condizioni economiche oggetto di separato accordo.

ART. 8 - ATTIVITÀ A FAVORE DI PAZIENTI RESIDENTI FUORI REGIONE

Secondo quanto indicato all'art. 4.2 dell'Accordo quadro regionale, si disciplinano i volumi finanziari massimi riferiti alle prestazioni rese a favore di cittadini residenti in altre regioni italiane.

Ai fini della regolamentazione finanziaria il valore del fatturato 2013 (calcolato su base Aziendale) costituisce il valore di riferimento per l'attività erogata a favore di pazienti residenti fuori regione nel triennio 2016-2018. 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 USL sono considerati acconti. Come indicato nella nota RER PG/2017/272598 del 07/04/2017, a fine anno, fino alla concorrenza del valore aziendale complessivo 2013 (euro 59.147.153,65) si potrà procedere all'integrazione degli acconti, qualora alcuni OPA non avessero raggiunto il proprio tetto (vedi tabella).

La RER 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.

Gli Ospedali privati s'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.

ATTIVITÀ DI DEGENZA	FATTURATO 2013
O.P.A. Villa Erbosa	18.700.882,30
O.P.A Riuniti	10.196.647,42
O.P.A. Villa Bellombra	243.000,00
O.P.A. Villa Laura	5.882.445,95
O.P.A. Villa Chiara	6.414.272,84
O.P.A. Prof. Nobili	2.762.058,05
O.P.A. Ai Colli	505.000,00
O.P.A. Villa Baruzziana	600.000,00
O.P.A. Santa Viola	17.400,00
O.P.A. Villa Torri	13.825.447,09
TOTALE AIOP	€ 59.147.153,65

ART. 9 – FARMACI AD ALTO COSTO EROGATI IN CORSO DI RICOVERO e APPLICAZIONE DELLA DGR 430/2017 SULLA CORREZIONE DEI DEFICIT VISIVI NEGLI INTERVENTI DI CATARATTA

Come indicato nella nota ASL BO PG0107625/2014 indirizzata agli Ospedali Riuniti l'Azienda USL di Bologna è disponibile ad accogliere, la richiesta di erogazione diretta di farmaci ad alto costo (superiore al 50% della tariffa giornaliera), quando prescritti dalla struttura inviante, a favore di pazienti ricoverati in lungodegenza/riabilitazione estensiva presso gli Ospedali Privati Accreditati in oggetto. Le tipologie di farmaci, oltre a quelle soggette ad erogazione diretta, sono, a titolo di esempio:

- farmaci di fascia A e H per patologie croniche, per pazienti forniti di relativo Piano Terapeutico
- farmaci antiretrovirali, per pazienti che già ricevono i farmaci tramite gli ambulatori di Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e dell'AUSL di Bologna
- farmaci oncologici orali e biologici sottocute ad esclusiva distribuzione diretta, per pazienti che già ricevono i farmaci dagli ambulatori e/o day hospital dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e dell'AUSL di Bologna.

In ogni caso si procederà previa valutazione del Dipartimento farmaceutico delle Aziende USL.

Quanto alla DGR 430/2017 le Parti prendono atto, così come confermato dalla Regione, che il privato accreditato è abilitato all'esecuzione di tali prestazioni alla stessa stregua dell'ospedalità pubblica. Per rendere compiuta questa pratica ed uniformarsi alle indicazioni che verranno date dalla AUSL ai propri specialisti, le strutture private, previa informazione da parte pubblica, si conformeranno alla pratica adottata a livello aziendale quanto a prezzi di riferimento della lente monofocale, per calcolare la differenza come costo aggiuntivo a carico dei pazienti (differenza = costo della lente refrattiva, meno costo lente intraoculare normale intercent o costo AUSL in assenza di indicazione intercent).

ART. 10 – OBBLIGHI DI LEALE COLLABORAZIONE

Gli ospedali privati accreditati si obbligano ad agire secondo uno spirito di leale collaborazione nel rispetto di quanto sottoscritto all'art. 5 dell'accordo quadro regionale.

In particolare, gli Ospedali Privati Accreditati, richiamato il regime delle incompatibilità stabilito dall'art. 4, comma 7 della l. 412/1991, nonché della successiva normativa emanata in materia ed in particolare dall'art. 1 della l. 662/1996, si dichiarano consapevoli che è fatto divieto alle strutture private accreditate, in toto o parzialmente, di avere nel proprio organico o a livello di consulenti personale, medico e non, in posizione di incompatibilità.

Gli Ospedali si impegnano pertanto a fornire, in sede di sottoscrizione del presente contratto e successivamente secondo la periodicità e le modalità definite dall'Azienda USL, di norma a cadenza semestrale, l'elenco aggiornato del personale al Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale (SUMAP) dell'Azienda USL di Bologna del quale, a qualsiasi titolo, si avvalgono e a comunicare tempestivamente ogni variazione che dovesse intervenire.

Successivamente, si richiede l'invio delle informazioni con scadenza semestrale, entro il 30 luglio per la situazione al 30/06 dell'anno in corso e entro il 31 gennaio per la situazione al 31/12 dell'anno precedente.

Gli Ospedali privati accreditati aderenti all'Aiop, ai sensi di quanto previsto nell'art. 1 comma 42 lett. L della legge 6 novembre 2012 n.190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", garantiscono di non avere nella propria dotazione organica né assumere personale cessato dal rapporto di pubblico impiego, fino ai tre anni successivi alla cessazione, che, negli ultimi tre anni di servizio, abbia, in qualità di dipendente dell'Azienda Sanitaria, esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della medesima di cui fosse destinatario l'Ospedale Privato Accreditato.

Il personale con queste caratteristiche non può svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

ART. 11 – PROGRAMMI DI SVILUPPO E OBIETTIVI ANNUALI

Le Parti si impegnano ad aprire un confronto, anche sulla base delle manifestazioni di interesse delle singole strutture accreditate Aiop, per approfondire temi di reciproca attenzione. Gli OPA si rendono disponibile ad una collaborazione finalizzata a:

Sviluppare servizi sanitari.

Partecipare allo sviluppo di:

- attività di prevenzione e di educazione alla salute
- servizi alternativi al ricovero
- programmi per la riduzione dei tempi di attesa e della mobilità sanitaria passiva
- nuovi servizi diagnostici, ambulatoriali e di ricovero e di urgenza/emergenza
- Case della Salute

➤ OSCO

Sviluppare le competenze

Sviluppare e condividere:

- competenze avanzate per la gestione dei servizi
- programmi di ricerca
- strutture di formazione e aggiornamento professionale
- programmi di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza

Integrare i servizi di supporto

Sviluppare e condividere servizi di gestione delle attività di supporto no core e indire gare comuni

Allo scopo di rendere più efficiente l'operato del Sistema Sanitario ed approntare i mezzi più adeguati per far fronte alla crescente penuria di risorse e al contrarsi dei finanziamenti a disposizione rispetto alla dinamica di una spesa frequentemente non soggetta al controllo, o comunque dovuta a fattori esterni, si è registrata in questi anni una spinta sempre maggiore volta alla condivisione dei fattori produttivi, al loro approvvigionamento mediante una base più ampia di acquirenti ed al prezzo più basso possibile ("l'unione fa la forza"), alla messa a fattor comune degli elementi conoscitivi e di procedure sempre più affinate rispetto alla finalità di non provocare disagi al cittadino e, in definitiva, di evitare ricadute sui pazienti dovute al calare delle risorse.

In tale ottica si è inserita negli accordi intervenuti in questi anni tra la Sanità Privata Accreditata e la Regione Emilia – Romagna la duplice possibilità, in via sperimentale e anticipatoria, di far partecipare il privato alla distribuzione diretta del farmaco¹, onde non differenziare sulla base della sede erogativa, il trattamento già sperimentato nel pubblico con soddisfazione dell'utenza, ed al contempo di poter combinare proficue collaborazioni in sede di acquisto dei prodotti (dispositivi e farmaceutici in particolare)².

Sulla base di quanto stabilito dalle varie Leggi succedutesi in questi anni in tema di spending review e di razionalizzazione della spesa sanitaria, le Parti si impegneranno ad applicare quanto verrà organizzato e regolato a livello regionale, in merito all'accesso del privato accreditato all'acquisto di beni e servizi, ivi compresi i farmaci, ai prezzi e condizioni stabiliti da INTERCENT o comunque adottati dalla AUSL per i propri approvvigionamenti.

AIOP chiede, inoltre di poter accedere a consulenze ambulatoriali, e servizi diagnostici e di ricovero.

Tutto ciò premesso, le parti concordano che annualmente verranno definiti insieme i progetti di integrazione, gli obiettivi da perseguire, i risultati attesi e gli indicatori di monitoraggio, in riferimento alle Linee guida regionali e al documento Tecnico condivisi nell'ambito della Commissione paritetica RER/AIOP.

¹ Stralcio DGR n. 1920 del 19/12/2011

A.13.) PROVVEDIMENTI REGIONALI

La Regione si impegna a garantire l'uniforme applicazione a livello regionale dei criteri e delle modalità di svolgimento dei rapporti concordati e a tenere in conto quanto previsto nel presente Accordo Generale nell'adozione di provvedimenti che abbiano riflessi sul presente accordo, compresa la materia tariffaria. La Regione si impegna ad informare l'AIOP circa i propri provvedimenti rilevanti in materia sanitaria pubblica e privata (Delibere, circolari, note, ecc.) ed a rendere accessibili i dati necessari al monitoraggio delle attività delle strutture in relazione agli impegni scaturiti dagli accordi attraverso l'utilizzo e la consultazione delle banche dati nel rispetto della normativa sulla privacy. L'AIOP richiede di essere coinvolta nella distribuzione diretta dei farmaci ospedalieri da attuarsi al momento della dimissione dei propri ricoverati; la Regione accoglie tale richiesta e si impegna a regolamentare tale servizio prevedendo un rapporto diretto tra le Ausl e le strutture ospedaliere private nell'ambito del quale le parti definiscono le modalità operative per l'approvvigionamento e la erogazione dei farmaci.

² Stralcio DGR n. 560 del 28/4/2014

10) I produttori privati che ne facciano richiesta possono accedere alle procedure delle Centrali di acquisto, aziendali o di area vasta.

ART. 12- MONITORAGGIO E CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA

I volumi relativi alle prestazioni oggetto dei piani di produzione saranno periodicamente monitorati, ed eventualmente integrati e modificati, secondo i fabbisogni delle Aziende USL, previo accordo tra le Strutture e le Direzioni Sanitarie Aziendali delle Aziende USL.

Relativamente alla specialistica ambulatoriale a favore dei cittadini residenti nell'Azienda USL di Bologna il controllo dei volumi produttivi riguarderà:

- la corrispondenza tra il Piano di produzione annuale e il rispetto dell'arco temporale di apertura delle relative agende inserite nel sistema di prenotazione CUP metropolitano;
- la corrispondenza tra il Piano di produzione annuale e quanto effettivamente erogato dalle singole Strutture nel corso dell'anno.

Nei limiti economici previsti dal contratto di fornitura di ogni singola struttura erogante, verrà effettuato un monitoraggio periodico della corrispondenza della produzione dell'erogatore (da flusso ASA) con quanto previsto nel piano di committenza concordato annualmente con i soggetti fornitori per quella prestazione o aggregato di prestazioni e per specifica modalità di accesso.

Le Aziende USL potranno effettuare i controlli contabili, documentali e sanitari atti a verificare la qualità, la congruenza e l'appropriatezza delle prestazioni rese in relazione alle indicazioni regionali in materia. Relativamente ai controlli di cui alla DGR 354/2012, si rimanda a quanto indicato nelle linee guida concordate tra Regione e AIOP (Determina RER n. 7249/2017).

ART. 13 – FATTURAZIONE, PAGAMENTI E DEBITO INFORMATIVO

Ai fini della liquidazione e pagamento delle fatture emesse per prestazioni di ricovero permane la validità del Protocollo aggiuntivo tra l'Azienda USL Bologna e le Strutture private accreditate associate AIOP, siglato nell'anno 2011, quale modalità esecutiva dell'attività di verifica dei livelli massimi di spesa.

Per le modalità di addebito, liquidazione, pagamento, ottemperanza al debito informativo, rendicontazione e conservazione documentale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, si rinvia a quanto contenuto nella procedura aziendale P100AUSLBO.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 1, commi da 209 a 213 della L. 24 dicembre 2007 n. 244 e dal Regolamento in materia di emissione, trasmissione e ricevimento della fatturazione elettronica da applicarsi alle Amministrazioni pubbliche (DMEF 55/2013), le fatture devono essere trasmesse alle Aziende USL in formato elettronico, attraverso il Sistema Di Interscambio (SDI).

Per la trasmissione delle fatture all'Azienda USL di Bologna, i fornitori, titolari di partita IVA, devono fare riferimento alle sotto indicate informazioni:

- codice I.P.A. (indice Pubbliche Amministrazioni): asl_bo
- codice univoco Ufficio per ricevimento fatture: UFVSRG
- indicazione della codifica fornita con nota ASL BO PG019906/2017, nell'apposita sezione del tracciato xml SDI, nel Ramo "Dati Generali" denominato "DatiOrdineAcquisto".

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, la struttura privata dovrà adeguarsi alle stesse.

L'emissione mensile della fattura elettronica relativa all'attività di degenza e di chirurgia ambulatoriale deve avvenire solo nel momento in cui l'Ospedale Privato rende disponibile all'Azienda USL il tracciato record che accompagna i documenti contabili, in modo che la competente Unità Operativa possa effettuare gli accertamenti dovuti, preliminari al pagamento, in modo tempestivo.

In deroga alla disciplina generale, dopo i primi 60 giorni di ricovero, per le discipline remunerate a giornata di degenza, anche in assenza di dimissione, la fattura con riferimento alle giornate consumate nel mese potrà essere emessa mensilmente; in tali casi la fattura emessa nel mese delle

dimissioni dovrà offrire il dettaglio degli acconti da decurtare dall'importo complessivo calcolato alle dimissioni.

In applicazione a quanto indicato all'art. 4.1.a dell'Accordo Quadro Regionale gli O.P.A. si impegnano a fornire i dati di fatturazione di tutto l'esercizio entro il 15 gennaio dell'anno successivo, per permettere all'Azienda USL di consolidare i dati di bilancio entro il primo mese dell'esercizio successivo e di adempiere, nei tempi previsti dalla circolare RER 20/2016, al debito informativo relativo al Flusso per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia Romagna e gli ospedali privati (FCDC).

La liquidazione degli importi si intende a titolo di acconto, soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale ASA, SDO, SDRES concorrono a determinare l'importo da fatturare a saldo, a chiusura dell'anno contabile. Pertanto l'invio del tracciato record, la sua correttezza e completezza, sono da considerarsi condizioni indispensabili per il riconoscimento degli oneri relativi all'attività erogata a carico del SSN, nel rispetto dei tetti massimi di spesa predeterminati

Si ricorda l'importanza dell'invio tempestivo dei dati relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale che, secondo quanto indicato con nota RER PG/2015/0727127 – integrazioni alla circolare RER 2/2011, deve sempre avvenire rispettando la competenza del mese di erogazione della singola prestazione e, comunque, non oltre i tre invii successivi al mese di competenza per le eventuali correzioni.

L'Azienda USL procederà a liquidare mensilmente l'importo addebitato secondo quanto disposto dal D.Lgs. 231/2002, così come modificato dal D.Lgs. 192/2012 e interpretato dall'art. 24 L. 161/2014 (60 giorni dal ricevimento della fattura).

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

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.

Per le sole fatture emesse a titolo di conguaglio tariffario o a saldo degli addebiti relativi all'anno di competenza, è fatta salva la possibilità per l'Azienda USL di autorizzare il pagamento delle medesime in deroga ai consueti termini previsti per la liquidazione mensile, per un tempo massimo di 10 giorni, in modo da consentire l'effettuazione di tutti i controlli amministrativi – contabili entro il termine dei 45 giorni dall'ultima validazione del flusso SDO e quindi tenere conto degli esiti degli stessi ai fini del pagamento.

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.

Qualora, a chiusura dei consuntivi da parte della Commissione Paritetica, si rilevino penalità a carico di alcune strutture, gli Ospedali Privati Accreditati, al ricevimento della richiesta di note di credito da parte delle Aziende USL, dovranno ottemperare all'emissione delle note di credito entro 30 giorni e comunque non oltre il termine previsto nell'Accordo quadro regionale di 60 giorni.

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

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

nell'ambito degli scambi di mobilità interregionale, nonché per penalità individuate a seguito dell'applicazione degli Accordi interregionali di mobilità.

ART. 14 - ADEMPIMENTI AI SENSI DEL CODICE PRIVACY

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

Per quanto riguarda il trattamento dei dati personali che vengono prodotti dall'Azienda USL e trasmessi all'Ospedale Privato Accreditato, per lo svolgimento delle attività oggetto del contratto, l'Azienda USL, vi sono tra le Parti due visioni differenti.

Secondo la Parte Pubblica l'Azienda USL resta titolare dei dati personali ai sensi del d.lgs. 196/2003 (cd. codice della privacy), e nomina l'O.P.A. responsabile del trattamento, ai sensi dell'art. 29 del codice della privacy, per lo svolgimento delle attività oggetto del presente accordo

Secondo l'AIOP la AUSL resta titolare dei dati personali trasmessi al fornitore privato ai sensi del d.lgs. 196/2003 (cd. codice della privacy), ove tale qualifica debba necessariamente permanere sulla base della natura e del tipo dei dati trattati ai sensi di detto codice; in tali casi l'Azienda nomina l'O.P.A. responsabile del trattamento, ai sensi dell'art. 29 del codice della privacy, per lo svolgimento delle attività oggetto del presente accordo, mentre con riferimento ai dati maturati nel corso della degenza svolta presso l'OPA a qualunque titolo e propedeutici o conseguenti alla stessa, la struttura privata resta titolare del trattamento dei propri dati.

Su questo punto le Parti, preso atto delle reciproche posizioni, sono concordi nel confermare che le prestazioni sanitarie devono essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali, applicabili in materia di privacy. Per quanto riguarda gli adempimenti relativi al trattamento dei dati personali del paziente per lo svolgimento delle attività oggetto del contratto, preso atto delle diverse posizioni, concordano di attendere che si esprima la Regione nel merito, avendo la stessa, infatti, posto un quesito sul tema al Garante della Privacy.

Si precisa, inoltre, che agli artt. 161-172 del d.lgs. 196/2003 sono previste singole ipotesi d'illecito amministrativo e penale correlate ai profili di responsabilità in caso di inosservanza delle disposizioni in materia di protezione di dati personali. In caso di accertato inadempimento in modo sostanziale e reiterato, da parte dell'O.P.A., alla normativa in materia di trattamento dei dati personali, l'Azienda USL ha facoltà di dare immediata risoluzione al contratto in essere.

ART. 15 - TAVOLO PARITETICO

Si prevede l'istituzione di un Tavolo Paritetico, costituito da 4 componenti di cui 2 di parte pubblica e 2 di parte privata, sotto la presidenza del Direttore Sanitario dell'Azienda USL di Bologna o di un suo delegato, con il compito di monitoraggio dell'attività erogata dalle strutture private.

Il tavolo stabilisce altresì le modalità ed i criteri di effettuazione dei controlli sull'attività erogata dalle strutture, in conformità a quanto previsto dalle normative nazionali e regionali in materia.

ART. 16 - DURATA

Il presente contratto avrà validità dal 01/01/2016 fino al 31/12/2018, salvo interventi legislativi o regolamentari, a livello nazionale e/o regionale, che, qualora non diversamente previsto, ne impongano la sua modifica o risoluzione.

La validità del contratto è subordinata al mantenimento dei requisiti per l'accreditamento istituzionale per tutto il periodo sopra indicato.

Le parti concordano sull'efficacia retroattiva del presente accordo.

ART. 17 – CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

Per ogni controversia giudiziale relativa al presente contratto si rinvia alla normativa vigente e a quanto disposto dall'Accordo Regionale (Art.10 Clausola Compromissoria).

ART. 18 - CLAUSOLE TRANSITORIE FINALI

Il presente atto sarà assoggettato a imposta di registro solo "in caso d'uso" (con oneri a carico del richiedente), conforme alle previsioni di cui agli articoli 1 e 40 del D.P.R. n° 131 del 26.04.1986 "Testo unico delle disposizioni concernenti l'imposta di registro" e di cui all'articolo 1 - lettera b) – della tariffa – parte seconda allegata al citato D.P.R.

Il presente contratto è soggetto a imposta di bollo ai sensi del D.P.R. 26/10/1972 n. 642 e successive modificazioni.

Per tutto quanto non espressamente disciplinato nel presente contratto si fa espresso rinvio alla normativa nazionale e regionale vigente nel periodo di durata del presente contratto.

Ai sensi del d.lgs. 33/2013 si provvederà agli obblighi di pubblicazione ivi contemplati.

Letto, approvato e sottoscritto.

Bologna, 21.07.2017



Il Direttore Generale dell'Azienda U.S.L Bologna.
(Dott.ssa Chiara Gibertoni)



Il Direttore Generale dell'Azienda U.S.L di Imola
(Dott. Andrea Rossi)



Il Presidente dell'AIOP della Provincia di Bologna
(Dott. Averardo Orta)