Ravenna 24.5.2016

ACCORDO TRA AUSL DELLA ROMAGNA E ASSOCIAZIONE OSPEDALITA' PRIVATA(AIOP)-COORDINAMENTO DELLE PROVINCIE DI RAVENNA-CESENA-FORLI'-RIMINI PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI DI FORNITURA DI PRESTAZIONI DI DEGENZA NON ALTA SPECIALITA' E PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ANNO 2016

Tra le Parti :

- AUSL della Romagna, con sede legale in Ravenna in via De' Gasperi n. 8, CF e P. IVA 02483810392 rappresentata in virtu' della mission aziendale dalla Delegazione aziendale nelle persone di : Dott. Andrea Neri Dott.ssa Laura Zanzani; Dott.ssa Manuela Manini

PEC : azienda@pec.auslromagna.it

- Il Coordinamento AIOP ER delle Province di Ravenna, Forlì – Cesena e Rimini, con sede in Bologna via Barberi 13, nelle persone dei Signori Valentina Valentini, Bruno Biagi, Enrico Fava

PEC : aioper@legalmail.it

Richiamato, in particolare:

-l'art 8 D.lgs 502/92 e s.m.i ed in particolare gli artt. 8 bis " autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali"; 8 quater " accreditamento istituzionale" e 8 quinquies " accordi contrattuali";

-la DGR n° 426/2000 " linee guida e criteri per la definizione degli accordi e la stipula dei contratti ai sensi D.Lgs n° 502/92 ,così come modificato dal D.Lgs n° 229/ 99 e della Legge regionale n° 37/98: Primi adempimenti" che ha attribuito alle Aziende Sanitarie la competenza alla stipula dei predetti accordi contrattuali a favore dei cittadini nel proprio ambito territoriale , in coerenza con gli indirizzi regionali in materia;

-la DGR n° 1920/2011 " approvazione dell'Accordo regionale per il periodo 2011-2014 tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione della spedalità privata AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata" che demanda alle Aziende la definizione di contratti di fornitura con gruppi di produttori facenti capo alle articolazioni territoriali rappresentaive dei soggetti firmatari dell'accordo regionale;

-la DGR n° 560/2014 " recepimento accordo AIOP- Regione Emilia-Romagna per attività di ricovero e riabilitazione e psichiatria;

-la DGR n° 354/2012 " Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna.Aggiornamento";

-la determinazione regionale n° 6151/2014 " Piano annuale dei controlli (PAC) ex delibera GR n° 354/2012;

-la DGR n° 1673/2014 " determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in Strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna, applicabili dal 1.1.2014 e la DGR n° 1905/2014 " Disposizione integrativa della propria deliberazione n° 1673/2014";

-il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario approvato, di cui alla DGR 410/1997 e successive modifiche ed integrazioni (DGR 263/2003 ; DGR n° 1108/2011; DGR 1906/2011;DGR 145/2013; DGR 253/2015).

Premesso che:

- L'Azienda USL della Romagna, ha attivato, a partire dal mese di febbraio 2016, gli incontri con le Case di Cura private afferenti agli ambiti territoriali ex AUSl di Ravenna, Forli-Cesena, Rimini aderenti all'AIOP provinciale

e ha trasmesso conseguentemente i piani di committenza sanitari relativi al fabbisogno di degenza e di specialistica ambulatoriale oltre a proposta di regolamentazione omogenea del rapporto di fornitura ;

- L'AIOP Emilia-Romagna- Coordinamento Sezioni Provinciali della Romagna AIOP Ravenna,Forlì-Cesena,Rimini con nota del 7 aprile 2016 , agli atti al prot. n° 0076562 del 07/04/2016 ha richiesto alla Direzione Generale dell'AUSL della Romagna di aprire il confronto tra le parti per addivenire ad unico accordo per la parte normativa tra l'AUSL della Romagna e l'Associazione rappresentativa di tutte le Strutture ospedaliere private del territorio ex AUSL confluite nell'Azienda Usl della Romagna;

- Su indicazione della Direzione aziendale, si ritiene di accogliere la richiesta di confronto e di condividere la regolamentazione dei rapporti di fornitura con le Strutture private accreditate aderenti all'Associazione spedalità privata delle provincie di Ravenna- Cesena-Forlì-Rimini- AIOP , al fine di addivenire ad una disciplina omogenea ed uniforme in ambito aziendale.

CIO' PREMESSO

a seguito del confronto intercorso in data 9 maggio e 17 maggio

CONCORDANO QUANTO SEGUE :

ART. 1 OGGETTO DELL'ACCORDO

Il presente Accordo regola i rapporti tra L'Azienda Usl della Romagna e le Case di Cura private accreditate ubicate nel territorio delle ex AUSL Ravenna, Cesena-Forlì, Rimini, confluite nell'Azienda Usl della Romagna a far data dal 1.1.2014, 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 dell'Azienda Usl della Romagna con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale.

ART. 2 VALIDITA' DELL'ACCORDO

Il presente contratto ha validità annuale, dal 01.1.2016 al 31.12.2016.

Il presente Contratto potrà essere concordemente modificato in ogni momento qualora intervengano elementi di valutazione nuovi sia in ordine agli aspetti sanitari sia in ordine agli aspetti economici in esito alle verifiche periodiche o in conseguenza di nuove e diverse disposizioni programmatiche , tariffarie, normative (nazionali, regionali e/o locali).

Le eventuali modificazioni e le integrazioni concordate tra le parti dovranno essere formalizzate per iscritto.

La validità dell'Accordo è altresì subordinata al mantenimento del requisito dell' autorizzazione ed accreditamento da parte della Struttura aderente e il possesso di quelli specifici strutturali, tecnologici e organizzativi , di attività per svolgere prestazioni di degenza e di specialistica ambulatoriale.

Si declinano di seguito: SEZIONE A) i contenuti specifici relativi all'attività di degenza; SEZIONE B) contenuti specifici relativi all'attività di specialistica ambulatoriale; SEZIONE C) le disposizioni comuni relative le prestazioni di degenza e le prestazioni specialistiche.

SEZIONE A - PRESTAZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA

ART. 3 PIANO DI COMMITTENZA

La tipologia e quantità di prestazioni di degenza erogabili distinte per branca specialistica e la relativa valorizzazione economica coerenti con gli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria sono definite nel Piano di Committenza annuale, redatto dal Responsabile di committenza sanitaria dell'Azienda Usl della Romagna e sottoscritto dal Legale rappresentante della Singola Struttura.

Nell'ambito dei volumi definiti nel piano di committenza, si riconosce un range di oscillazione pari al +/- 15% rispetto a quanto stabilito per ogni tipologia di attività, range che può compensarsi nell'ambito della committenza pervasiva; eventuali incrementi delle singole tipologie che superino il limite massimo del 15%

saranno automaticamente compresi nella quota cd "non pervasiva" (pari al 25%).

ART 3 BIS INVII DA PUBBLICO

Per invio da pubblico si intende il ricovero presso la Struttura conseguente ad invio da Pronto Soccorso/ Medicina d'urgenza e il ricovero in lungodegenza (cod. 60) inviati da Reparti dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL della Romagna.
Gli invii da pubblico sono oggetto, al pari della restante produzione, di monitoraggio periodico condiviso, di norma mensile, tra Fornitore e Azienda.
Qualora gli invii da pubblico, in esito al monitoraggio, si discostassero sensibilmente dalle previsioni espresse in committenza (+/- 10%), ognuna delle parti può richiedere una verifica congiunta dei valori commissionati; in particolare, per le strutture private sarà possibile riallocare, in caso di sottoutilizzo, le risorse non utilizzate registrate nell'ambito delle attività esplicitamente commissionate, nel rispetto del tetto budgetario contrattato, così come per l'Azienda sarà possibile riorientare la produzione, nel rispetto del tetto budgetario contrattato, su altri ambiti di attività.
Ogni tendenziale superamento dei volumi di ricoveri su invio da Struttura pubblica, nell'ambito del range accettato del 10%,, dovrà trovare, necessariamente, compensazione nei restanti ambiti di prestazioni contrattate.
A consuntivo, per la quota di invii che eccede del suddetto 10% i 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).
L'invio diretto da Struttura pubblica, tuttavia, non solleva il gestore dal dovere generale di un'adeguata programmazione delle attività, né dal rispetto delle condizioni contrattuali salvo diversa espressa determinazione tra le parti; né giustifica l'elusione dell'attività di monitoraggio e di informativa nei confronti del committente circa il rispetto dei volumi contrattati.
Si rinvia per le ulteriori specifiche anche all'art. 15 " Monitoraggio accordo locale".

ART. 4 ACCESSO ALLE CURE - DEGENZA

Alle prestazioni oggetto del presente contratto si accede mediante prescrizione su ricettario SSN da MMG o direttamente da specialista della struttura pubblica della AUSL. Il Fornitore dovrà accertare la correttezza dei dati identificativi dell'utente, con utilizzo della Tessera Sanitaria e il rispetto delle disposizioni normative in materia.
L'accesso alle strutture private accreditate è pienamente libero, senza vincoli di natura autorizzatoria, sulla base della semplice prescrizione medica.
La decisione sull'appropriatezza del ricovero in riabilitazione (intensiva ed estensiva), anche da domicilio, è presa da un medico specialista in riabilitazione con la formulazione del progetto riabilitativo individuale nell'ambito del percorso riabilitativo unico. Nel presente accordo il suddetto percorso deve prevedere, in relazione ai casi di residenti nella AUSL della Romagna, l'espressione del parere dello specialista pubblico in medicina riabilitativa su tutti i progetti riabilitativi individuali, con modalità e tempi definiti (invio progetto a mezzo posta elettronica ed espressione parere entro 72 ore dal ricevimento e con previsione della regola del silenzio-assenso).
In caso di parere negativo , lo Specialista Fisiatra pubblico dovrà valutare il paziente presso la Struttura con il Medico che ha redatto il piano riabilitativo individuale.
Le strutture accreditate potranno accogliere anche pazienti paganti in proprio o ristornati dalle compagnie di assicurazione, senza pregiudizio per l'attività assistenziale riferita al SSN. Tale quota di fatturato non potrà generare limitazioni di sorta, né riversarsi sul budget pubblico di competenza anche ai soli fini statistici.
Il limite di budget concordato non può essere utilizzato quale strumento per discriminare il ricovero dei pazienti e tanto meno per effettuare pressioni al ricovero verso le Aziende USL di residenza. I meccanismi legati alla remunerazione ed alle penalità non devono in nessun caso essere oggetto di trattativa con i pazienti stessi al fine di facilitarne o meno l'accesso. I meccanismi di applicazione economica degli accordi regionali e locali sono conosciuti dalla struttura al momento dell'adesione agli accordi stessi e pertanto non possono essere utilizzati

quale sistema di "blocco" dei ricoveri. La struttura, conoscendo il budget, con l'eccezione degli invii diretti da parte di struttura pubblica concordati che comunque vengono salvaguardati, devono gestire una programmazione dei ricoveri che non può e non deve prevedere la chiusura di una attività in riferimento alla carenza di budget. L'eventuale verificarsi di tali comportamenti che vengano segnalati e comprovati da cittadini o da Aziende USL, può essere sanzionato, su decisione della Commissione paritetica, anche prevedendo meccanismi penalizzanti individuali. Qualora la programmazione dei ricoveri, effettuata in coerenza con le risorse assegnate, dovesse determinare l'insorgenza di liste di attesa, occorrerà definire criteri di gestione delle stesse rispettosi della disciplina disposta a livello regionale e dei correlati criteri di priorità nella soddisfazione della domanda.

ART. 5 OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA

Le parti si impegnano a definire, a proseguire e a dare attuazione a progetti di miglioramento di appropriatezza della prescrizione farmaceutica e specialistica e dei percorsi di ricovero.
Il fornitore si impegna ad aderire e collaborare alla definizione di percorsi terapeutici nella prescrizione farmaceutica, sia nella fase di degenza che di dimissione, finalizzati tra l'altro, al contenimento della spesa farmaceutica territoriale.
Il Fornitore si impegna, altresì, a garantire appropriati percorsi assistenziali e riabilitativi, secondo procedure operative condivise.
Il Fornitore si obbliga a distribuire l'attività concordata su tutto l'arco temporale di validità del contratto e a comunicare all'Azienda Usl la distribuzione della programmazione per i vari periodi dell'anno. A norma dell'art. 3 comma 8 della legge 23/12/94 n. 724, le liste di attesa per le diverse prestazioni erogate sono poste sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario della struttura e correttamente tenute in termini di regolarità e trasparenza secondo i criteri di priorità clinica e cronologica di cui alla vigente normativa.

ART. 6 TARIFFE E BUDGET

Le prestazioni effettuate nei confronti dei cittadini residenti o assistiti dall'AUSL della Romagna sono fatturate alla AUSL della Romagna sulla base del dato anagrafico risultante dalla prescrizione medica della prestazione (ricovero o prestazione specialistica) e dalla documentazione sanitaria (tessera sanitaria di iscrizione al SSR).
Nel caso sorgessero problematiche conseguenti alla errata determinazione della residenza o dei dati anagrafici del paziente, fa fede la fotocopia della carta d'identità o l'eventuale autocertificazione prodotta, ai fini dell'individuazione dell'AUSL presso la quale lo stesso è assistito. Ove tale indicazione risultasse comunque errata, per cause non ascrivibili al Fornitore sarà cura dell'AUSL prendere in carico la posizione, ed effettuare le opportune verifiche per appurare la residenza.
Le prestazioni erogate in favore di cittadini non residenti e non iscritti al SSR, né coperti dalle disposizioni internazionali in materia di reciprocità, sono erogate in osservanza alla disciplina ministeriale vigente e non sono conteggiate nel budget.
La spesa derivante dall'erogazione delle prestazioni contrattate e di quelle prodotte autonomamente nell'ambito delle specialità accreditate presenti nel Fornitore, di cui risultano beneficiari i cittadini residenti nella AUSL della Romagna, è vincolata dal budget complessivo stabilito a livello regionale dalle DGR 1920/2011 per le Strutture ubicate nei territori delle ex Aziende confluite nell'Azienda Usl della Romagna e da eventuali ulteriori modifiche, penalizzazioni e/o incentivi applicati dalla Regione.
Il suddetto budget complessivo (Budget 1) è stato ridefinito per ciascuna struttura in virtù della istituzione della AUSL della Romagna, per cui sono scomparse le singole quote di Budget 2.1, in quanto confluite nel suddetto Budget 1. Tuttavia, poiché i limiti di budget 2.1 indicati nel vigente accordo (DGR 1920/2011) sono stati calcolati al netto degli invii da pubblico, al fine di non penalizzare gli ospedali privati della Romagna rispetto a quelli dell'Emilia Centro e Nord, l'AUSL della Romagna e l'AIOP convengono che, come già previsto dalla Piattaforma Committenza 2014, in sede di Commissione paritetica gli importi relativi alle prestazioni fornite su invio diretto da parte delle strutture di ricovero pubbliche dei territori prima extra aziendali ora confluiti nell'AUSL della Romagna sono esclusi dal calcolo delle penalità.

Il Budget deve considerarsi non modificabile in ragione di eventuali variazioni delle tariffe, tenuto conto delle disposizioni di cui all'art.8 quinquies del D.lgs. 502/1992.

La struttura, quale soggetto privato accreditato, dichiara di accettare il sistema di pagamento a tariffa di cui alla DGR n° 1673/2014 e n° 1905/2014[1].

ART. 7 FATTURAZIONE – DEGENZA

Il Fornitore in conformità alla DGR 1920/2011, addebiterà all'AUSL soltanto le prestazioni sanitarie validate dalla banca dati regionale ed emetterà la fattura mensile entro il giorno 20 del mese successivo a quello di competenza.
La fattura e/o la documentazione allegata dovranno indicare analiticamente e distintamente:
1) le attività di ricovero oggetto dei piani di committenza sanitaria;
2)i ricoveri conseguenti ad invio da pronto soccorso e/o da trasferimento da reparto ospedaliero pubblico
3)ricoveri in lungodegenza conseguenti ad invio pubblico
ed essere corredata dalla documentazione probatoria a sostegno
Dovranno inoltre essere evidenziate a parte le prestazioni di chirurgia ambulatoriale.
La liquidazione delle fatture sarà effettuata da parte dell'Azienda nel rispetto dei termini previsti dall'Accordo Regionale (90gg.), fatto salvo il recupero di quanto indebitamente riscosso dalla Struttura in esito ai controlli sanitari ed amministrativi.
La Struttura dovrà trasmettere fatture mensili, ciascuna con la propria documentazione probatoria a sostegno della richiesta , in modo distinto per :

- pazienti residenti nel territorio della AUSL della Romagna;
- pazienti residenti fuori dal territorio della Regione Emilia-Romagna;
- stranieri, personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile

Qualora dovessero insorgere contestazioni a seguito dei controlli ispettivi sulle prestazioni erogate, l'esito degli stessi a seguito della definizione del procedimento secondo l'Accordo regionale vigente (**accettazione; acquiescenza; decisione Collegio arbitrale**) dovrà essere regolarizzato contabilmente dal Fornitore con l'apposita nota di accredito inviata all'AUSL entro 90 giorni dalla definizione della contestazione (DGR 1920/2011). Inoltre le eventuali differenze rilevate in sede di controllo, o di validazione dei dati da parte della Regione Emilia-Romagna, nonché le risultanze della Commissione Paritetica Regionale saranno oggetto, di apposite note di accredito periodicamente e a consuntivo al pervenire annualmente dei dati da parte della Regione Emilia-Romagna. In caso di mancata emanazione della dovuta nota di credito, ferma la facoltà di sospensione dei pagamenti ex art. 1460 c.c., la AUSL potrà procedere al pagamento in misura ridotta.

SEZIONE B - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ART. 8 PIANO DI COMMITTENZA - ATTIVITA' SPECIALISTICA

La tipologia e la quantità di prestazioni specialistiche oggetto del presente contratto e la relativa valorizzazione economica sono determinate nel piano di committenza che andrà sottoscritto dal Legale rappresentante della Singola Struttura , in coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria.
Il piano di committenza è articolato in sezioni rispondenti a:

1) committenza ordinaria: con la quale si definisce una produzione con caratteristiche quali - quantitative sostanzialmente consolidatesi nel tempo; la valenza temporale di tale sezione copre l'arco temporale dell'anno 2016
2) committenza percorsi di garanzia: con la quale si definisce una produzione vincolata alla messa in opera di agende dedicate che soggiacciono ad una prenotabilità subordinata alla disponibilità da parte

[1] DGR n° 1673 /2014 " determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in Strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna applicabili dal 1.1.2014" ; DGR n° 1905/2014 " Disposizioni integrative alla propria deliberazione n° 1673/2014".

del cittadino di ottenere una prestazione di primo accesso entro 30 o 60 giorni (rispettivamente per visite e diagnostica). Le tipologie di prestazioni da assoggettare a percorsi di garanzia, nonché i volumi di offerta da garantire da parte del fornitore, sono esplicitati nel piano di committenza la cui valenza temporale è relativa al 1° semestre. Eventuali necessità di continuità temporale e/o di modifiche quali - quantitative che si rendessero necessarie in corso di validità del contratto, tenuto anche conto della variabilità della domanda, verranno concordate e successivamente formalizzate da parte della Azienda con specifiche note, pur nel rispetto della programmazione economica complessiva 2016.

3) Committenza integrativa: con la quale si definisce una produzione destinata a fronteggiare criticità contingenti dei tempi di attesa su determinate tipologie prestazionali -per quanto note al momento della sottoscrizione del presente accordo- o, in ogni caso, destinata al mantenimento dei livelli di offerta utili ad assicurare le performance raggiunte. La valenza temporale di tale committenza è relativa al 1° semestre 2016 secondo le specifiche riportate nel piano di committenza. Eventuali necessità di continuità temporale e/o di modifiche quali - quantitative che si rendessero necessarie, in corso di validità del contratto, tenuto anche conto della variabilità della domanda, verranno concordate e successivamente formalizzate da parte della Azienda con specifiche note, pur nel rispetto della programmazione economica complessiva 2016.

Nel piano di committenza è altresì indicata la quota indicativa destinata ad utenti residenti in altri territori della AUSL rispetto ai quali, nelle more dell'attivazione di un unico centro di prenotazione a valenza aziendale, le modalità di accesso sono definite nell'art. 9. Eventuali variazioni quantitative della quota suddetta sono ammissibili solo nel rispetto del budget complessivo contrattato nel piano di committenza di cui all'art. 8.

La produzione annua complessiva delle Strutture contraenti non puo' eccedere quanto contenuto nei singoli piani di committenza negoziati se non a seguito di formale committenza da parte dell'Azienda Usl. Pertanto, di norma, il fornitore non è autorizzato a compensare la eventuale sottoproduzione di alcune branche aumentando in modo discrezionale la offerta su altre, pur ammettendo, quale margine di flessibilità, una compensazione tra branche nel range del 10% o oltre, solo se formalmente concordato, nel rispetto del budget complessivo negoziato.

La tipologia delle prestazioni da erogare è quella contenuta nel Nomenclatore tariffario delle "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale" di cui al D.M. 22/07/96 – D.G.R.n. 410 del 25/03/97 e s.m.i.

I livelli di committenza integrativa 2016 non precostituiscono vincolo per l'azienda per un consolidamento in sede di futuri accordi, sia per entità economica che per tipologie prestazionali, essendo la natura stessa di detto budget integrativo strettamente e flessibilmente connessa all'andamento nel tempo dei tempi di attesa.

ART.9 - ACCESSO ALLE CURE - ATTIVITA' SPECIALISTICA

Tutti i cittadini della Romagna possono accedere alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dai produttori privati nell'ambito delle branche connesse al loro accreditamento e loro commissionate.

Le forme di accesso alle prestazioni specialistiche erogate in regime SSN sono:

a) Forma ordinaria: è quella del Centro Unico di Prenotazione. Il Fornitore accetta il paziente munito di prescrizione compilata sul ricettario SSN e/o ricettario SASN . Il Fornitore dovrà accertare la correttezza dei dati identificativi dell'utente con utilizzo della tessera sanitaria e il rispetto delle disposizioni normative in materia.

b) Forma straordinaria e transitoria: nelle more della attivazione di un'unica anagrafe assistiti e della omogeneizzazione degli applicativi su tutti i territori della Ausl della Romagna, al fine di consentire equità di accesso alle prestazioni in committenza a tutti i cittadini, è consentita la prenotazione diretta presso la struttura effettuata dal cittadino residente in territorio della Azienda Usl della Romagna - diverso da quello in cui è ubicato il Fornitore - munito delle prescrizioni mediche di cui alla lettera a).

Percorsi semplificati – Il Fornitore potrà attivare percorsi semplificati per il cittadino per consentire l'erogazione di prestazioni di completamento dell'accertamento e dei percorsi terapeutici richiesti dal medico curante che abbiano natura chiaramente complementare rispetto alla richiesta stessa. Tali prestazioni dovranno essere registrate su appositi moduli, come previsto dalla DGR 1920/2011 punto D5.

Tali percorsi potranno riguardare esclusivamente le tipologie di prestazioni che figurano a tal fine evidenziate

nel piano di committenza o, qualora non chiaramente espilicitate, cui viene riservato in ogni caso una specifica quota parte del budget economico.
A tal fine le parti si impegnano, anche a livello di singoli fornitori, a sviluppare un protocollo specifico condiviso.

ART 10 PRENOTAZIONE E AGENDE

Il Fornitore concorda con l'Azienda le varie agende di prenotazione e si attiene alla modalità di apertura delle stesse.
La forma di accesso alle prestazioni specialistiche erogate in regime di SSN è quella del Centro unico di prenotazione. Pertanto i Fornitori , accreditati per prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono tenuti ad inserire nella rete CUP almeno il 90% della loro produzione non soggetta a triage medico-specialistico.
Il fornitore si impegna a garantire l'offerta delle agende di prenotazione nel rispetto della programmazione sanitaria negoziata , mantenendo nel corso di validità del contratto una fornitura costante e stabile.
L'azienda si riserva la facoltà di intervenire sulla programmazione delle agende , qualora particolari esigenze interne o la " criticità " dei tempi di attesa lo richiedano, fermo restando il tetto massimo di prestazioni pattuite.
La riscossione della quota di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria (ticket) avviene direttamente presso il fornitore e secondo le modalità vigenti anche **per le prestazioni a vantaggio di pazienti muniti di prescrizione compilata sul ricettario SSN e/o SASN, in caso di attività integralmente remunerate dal ticket (paganti in toto) che vanno mensilmente rendicontate e inserite nel flussoASA.**
La consegna del referto al paziente è cura del Fornitore secondo le modalità in uso presso le medesime con obbligo di comunicare al committente eventuali mancati ritiri.

ART.11 - TARIFFE E BUDGET - ATTIVITA' SPECIALISTICA

Alle prestazioni negoziate sono applicate le tariffe riportate nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario modificato, da ultimo, con DGR n° 1906/2011.

In caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, il volume massimo di prestazioni remunerate, si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di Budget annuali, fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato, come previsto dall'art.8 quinquies del D.Lgs.502/1992.

Il Budget complessivo del Piano di Committenza ambulatoriale, è definito al lordo del ticket (riscosso direttamente dal Fornitore in nome e per conto della AUSL) e dello sconto convenzionalmente pattuito dettagliato nel piano di committenza, comunque non inferiore al 2% delle tariffe del Nomenclatore Tariffario Regionale vigente, che deve essere applicato solo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale definite nel piano di committenza di cui all'art. 8.
Tale sconto si applica anche alle prestazioni erogate a paganti in toto la prestazione accedenti la Struttura sulla base di prescrizione del SSN .

Art. 12 FATTURAZIONE SPECIALISTICA

Il Fornitore dovrà emettere regolare fattura mensile per le prestazioni rese nell'arco del mese precedente, allegando alla stessa le ricette del SSN, SASN, nonché l'eventuale ricevuta del ticket riscosso.
Qualora si tratti di ricetta dematerializzata , dovrà essere allegato un modulo sostitutivo con indicazione della prestazione erogata, data, eventuale ticket riscosso e firma del paziente per avvenuta erogazione della prestazione.
L'importo delle singole fatture, che verrà addebitato all'Ausl, dovrà essere quello risultante dalla tariffa del nomenclatore, per branca specialistica, dedotto l'importo degli eventuali ticket riscossi e degli sconti concordati.

La documentazione giustificativa allegata alla fattura dovrà indicare, per ciascuna branca specialistica, le quantità erogate di ogni tipologia di prestazione, il relativo importo lordo e netto ed il ticket riscosso.
Il Fornitore, in conformità alla circolare regionale n.2/2011 e alla DGR 1920/2011, addebiterà all'AUSL soltanto le prestazioni sanitarie validate dalla banca dati regionale ed emetterà la fattura mensile entro il giorno 20 del mese successivo a quello di competenza. Tale previsione comprende anche quelle prestazioni integralmente remunerate dal ticket (paganti in toto la prestazione S.S.N.) che debbono essere inserite nel Flusso ASA; l'inadempimento a questo obbligo informativo comporterà pertanto la restituzione delle corrispondenti somme di Ticket versate dal cittadino e incassate direttamente dal Fornitore.
Non vanno incluse nella fatturazione né nel Flusso ASA le prestazioni pre e post ricovero, che ai sensi dell'art.1, comma 18 della L.n.662/96, rientrano nella tariffa del ricovero stesso e che dovranno essere fatturate direttamente alla struttura ospedaliera pubblica/privata che effettuerà o avrà già effettuato il ricovero.
Il Fornitore trasmette alla Ausl fatture mensili, ciascuna con i propri allegati, in modo distinto, per :

1. pazienti residenti AUSL Romagna
2. pazienti residenti Fuori Regione
3. stranieri,personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile;

Le prestazioni rese saranno saldate entro 90 giorni dalla data di ricevimento della fattura specificando che soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche e il flusso ASA costituisce l'unico modello di rilevazione valido per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse. Pertanto tutti i pagamenti avranno valore di acconto salvo conguaglio a consuntivo (validato ASA) ed espletamento dei controlli di coerenza con la produzione commissionata e validata dalla banca regionale.
Eventuali prestazioni riepilogative senza prescrizione medica su ricettario SSN o in data antecedente a quella riportata sulla ricetta non daranno titolo al riconoscimento economico a carico del SSN.

C) DISPOSIZIONI COMUNI RELATIVE ALLE PRESTAZIONI DI DEGENZA E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ART. 13 QUALITA' DEL SERVIZIO RESO

Il Fornitore, in relazione alle prestazioni oggetto del presente contratto, si obbliga a:

- porre in essere ogni utile iniziativa al fine di evitare disagi all'utenza in termini di accessibilità ai servizi, adoperandosi, ove ciò sia compatibile con le condizioni cliniche del paziente, per ridurre al massimo il numero degli accessi;
- a fornire le attività programmate nel rispetto di requisiti prescritti dalla vigente legislazione, sotto i diversi aspetti igienico-sanitario, protezionistico, di sicurezza strutturale, ambientale, tecnologica, di professionalità e di qualità globale L'attività contrattata sarà, infatti, immediatamente sospesa anche parzialmente, nel caso di accertate e comprovate gravi carenze professionali e tecnologiche che possano precludere la sicurezza degli assistiti. A tale scopo l'Azienda Usl invierà contestazione formale motivata e circostanziata con fissazione di un termine per la rimozione delle stesse o il ripristino delle condizioni carenti,salvo che si verifichino piu' gravi inadempienze che configurino fattispecie previste esplicitamente dalla normativa vigente come cause di risoluzione dell'Accordo di fornitura.
- a concordare ed attuare protocolli operativi in quelle discipline in cui siano poste in atto indicazioni e linee guida approvate in sede regionale e/o aziendale;
- garantire la piena attuazione degli impegni assunti nella Carta dei Servizi. In caso di reclamo di un utente, il Fornitore si impegna a fornire tempestivamente adeguata risposta al cittadino entro i termini previsti alla Ausl.
- rispettare la normativa vigente in materia di consenso informato.

ART. 14 CONTROLLI

L'attività di controllo esterna ed interna sui comportamenti dei produttori, pubblici e privati, di prestazioni di ricovero nella Regione Emilia Romagna è delineata dalla DGR 354/2012 e dalla DGR n° 1920/2011.
Ai sensi art 32, comma 9 lettera a) della legge 27.12.1997 n. 449 e dell'art. 8-octies del D.L.vo 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, le attività ospedaliere sono oggetto di speciali azioni di monitoraggio, valutazione e controllo, sotto i profili della qualità, dell'appropriatezza, dell'accessibilità e del costo delle prestazioni rese, nonchè del rispetto degli accordi contrattuali, secondo modalità uniformi per tutte le strutture produttrici pubbliche e private.
L'Azienda a tal fine si impegna , anche attraverso l'adozione di specifica regolamentazione e procedure a garantire l'uniformità sia sul piano dei criteri adottati nell'esecuzione dei controlli sia sul piano sostanziale in termini di rilievi quanto all'appropriatezza ed alla congruità delle prestazioni eseguite ed eseguibili e i volumi percentuali di prestazioni da controllare .
L'attività di controllo, interna ed esterna, costituisce parte integrante del sistema di programmazione sanitaria regionale e si pone quale obiettivo la prevenzione dei comportamenti opportunistici da parte dei soggetti erogatori di prestazioni di ricovero, pubblici o privati che siano. Pertanto al fine di assicurare il raggiungimento di almeno il 10% di controllo delle cartelle cliniche e delle SDO, queste verranno selezionate, prima, secondo gli elementi di sorveglianza individuati in ambito regionale e/o locale, mentre, in seguito, si procederà a elezione per casualità.
Per tali finalità il Fornitore si impegna a sottoporre a controllo interno ogni aspetto inerente, all'appropriatezza, accessibilità, continuità, alla qualità dell'assistenza percepita dall'utente, alla regolare registrazione delle prenotazioni di ricovero e delle liste di attesa.
Consapevoli del valore giuridico e medico legale della scheda di dimissione ospedaliera, parte integrante della cartella clinica e come tale atto di fede pubblica privilegiato, il Fornitore si impegna alla sua corretta e completa compilazione garantendone la congruità con i dati presenti in cartella, con particolare riferimento alla codifica delle diagnosi e delle prestazioni sanitarie. Tale codifica dovrà opportunamente e doverosamente conformarsi ai criteri regionali al fine di evitare una errata valorizzazione economica delle prestazioni erogate.
Il Fornitore si impegna a fornire, a cadenza annuale o comunque a tenere a disposizione, su richiesta della Direzione generale dell'Ausl della Romagna, l'elenco nominativo, costantemente aggiornato del proprio personale e dei propri collaboratori.
Il fornitore si impegna ad eseguire i controlli interni obbligatori secondo le indicazioni nazionali e regionali vigenti. Si impegna ad ottemperare la normativa vigente in materia di SDO e in particolare all'obbligo di indicazione della data di prenotazione del ricovero nella totalità dei casi e comunque alla corretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e di ogni altra documentazione informativa ritenuta necessaria agli effetti della linearità e trasparenza delle attività sanitarie e amministrative connesse al ricovero, compresa l'indicazione corretta dei codici reparti.
L'Azienda Ausl della Romagna attraverso il Nucleo Aziendale Controlli potrà richiedere l'inoltro delle risultanze dei controlli interni.
I controlli sanitari esterni saranno eseguiti dal NAC dell'Ausl Romagna nel rispetto della DGR n° 354/2012 avente oggetto"Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia Romagna" e sui successivi aggiornamenti, e dell'accordo RER/AIOP DGR n°1920/2011.
Tuttavia qualora emergessero divergenze rispetto agli obiettivi prefissati in sede di struttura del contratto e/o particolari situazioni che segnalino carenze tecnico organizzative e/o assistenziali di comprovata gravità, potranno essere comunque disposte verifiche ulteriori anche non programmate e al di fuori delle procedure e tipologie previste dalle DGR menzionate.
Per la disciplina dei controlli relativi a prestazioni di ricovero, si rinvia, inoltre, al regolamento aziendale, allegato al presente Accordo, quale parte integrante e sostanziale, e al Tavolo tecnico di confronto tra le parti che dovrà individuare e condividere le linee guida in materia di appropriatezza prescrittiva.
L'Azienda , per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, puo' effettuare in qualunque momento controlli e/o ispezioni tendenti a verificare sia l'appropriatezza delle prestazioni rese sia la congruenza tra prescrizioni , prestazioni e relative tariffe, ai sensi normativa vigente.

ART 15 MONITORAGGIO ACCORDO LOCALE

Il contratto sarà sottoposto al monitoraggio mensile delle tipologie e volumi contrattati. In ipotesi di scostamento saranno formulati rilevi formali e/o convocati incontri ad hoc per l'analisi delle cause e le azioni correttive.
Il Fornitore è tenuto in ogni caso al governo della propria produzione al fine di renderla coerente ai livelli quali-quantitativi negoziati.
Il Fornitore è tenuto a dare comunicazione ai Responsabili dell'AUSL delle eventuali interruzioni o sospensioni che, per qualsiasi causa, dovessero intervenire nell'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto.

Art. 16 PAGAMENTI

L'Azienda USL si impegna a garantire il pagamento entro 90 giorni dalla data di ricevimento della fattura, fino al raggiungimento del budget complessivo indicato nei Piani di Committenza degenza e specialistica.
Il pagamento avviene a titolo di acconto, salvo conguaglio attivo e passivo a seguito della validazione complessiva delle banche dati regionali e controlli sulla produzione erogata.
L'avvenuto pagamento non pregiudica la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli sull'attività erogata, risultassero non dovute o dovute in parte.
Il mancato pagamento entro i termini previsti non dà diritto al fornitore a sospendere l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto.

ART. 17 OBBLIGHI DEL FORNITORE- DEBITO INFORMATIVO

Il Fornitore si impegna a rispettare il debito informativo nei confronti dell'Azienda comunicando tempestivamente le variazioni intervenute nei modelli di anagrafe sanitaria delle strutture (ministeriale/regionale), nonché ogni altra rilevazione ricompresa nel N.S.I.S..
Le Strutture private accreditate si impegnano a trasmettere all'Ausl della Romagna la documentazione relativa alle prestazioni di degenza e di specialistica ambulatoriale erogate a favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale aziendale e negli ambiti territoriali extra-rer.
Il Fornitore dovrà soddisfare il debito informativo per il monitoraggio degli accordi contrattuali fornendo, mensilmente, all'Azienda il file con il flusso SDO per l'attività di degenza e il flusso ASA per l'attività specialistica (comprendente i paganti in toto la prestazione, secondo le modalità stabilite dalla Circolare n. 2 del 16/2/2011), secondo la normativa vigente in materia e provvedendo definitivamente ad apportare le variazioni in banca dati, come previsto nell'Accordo Regione/AIOP-ARIS DGR 1920/2011.
L'invio del supporto informatico, la sua correttezza e completezza sono da considerarsi condizioni indispensabili per il riconoscimento degli oneri relativi all'attività erogata a carico del SSN, nei rispetto dei budget negoziati, in quanto soltanto le prestazioni accettate nelle banche dati regionali possono giustificare le transazioni economiche e essere titolo indispensabile per il pagamento delle stesse.
L'Azienda si riserva, in caso di necessità, di richiedere altri dati che il Fornitore è tenuto comunque a fornire.

ART . 18 ASSICURAZIONE

Il Fornitore garantisce di aver sottoscritto un'adeguata polizza assicurativa a copertura dei danni derivanti dall'esercizio della propria attività o comunque trovarsi in condizione di Autoassicurazione. L'Azienda è esonerata da qualsiasi tipo di responsabilità derivante dalla esecuzione delle attività di cui al presente accordo.

Art. 19 INCOMPATIBILITA'

Ai sensi dell'art. 4 , comma 7 della legge n. 412/1991 e successiva normativa emanata in materia, in particolare dall'art. 1 della Legge n.662/1996, si conferma l'incompatibilità assoluta del personale del SSN , nonché del restante personale che comunque intrattiene rapporti con il SSN a titolo convenzionale o anche libero-professionale a prestare la propria attività nei confronti del Fornitore.
Il Fornitore con la sottoscrizione del presente contratto dichiara che in capo al proprio personale non sussistono situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente.

ART 20 RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

L'AUSL si riserva la facoltà di risolvere unilateralmente il presente contratto con preavviso di sessanta giorni, tramite comunicazione scritta, in caso di sopravvenuti indirizzi di programmazione sanitaria nazionale o regionale in contrasto con la continuazione del presente rapporto. Fatte salve le ulteriori conseguenze dell'inadempimento, qualora l'AUSL riscontrasse che le prestazioni erogate non fossero conformi ai requisiti richiesti e pattuiti, a seguito di gravi o reiterate irregolarità e inadempimenti contrattuali, invierà contestazione per iscritto con specifica motivazione e con fissazione di un termine per la rimozione delle stesse, salvo che si verifichino più gravi inadempienze che configurino fattispecie, espressamente previste dalla legge, di risoluzione del presente accordo.

E' causa di risoluzione dell'accordo la revoca definitiva dell'autorizzazione sanitaria e/o dell'accreditamento per le cause individuate dalla DGR 53/2013 .[2]

E' altresì causa di risoluzione del contratto la violazione degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento di cui all'art 22., per quanto compatibili ed applicabili, previo parere preventivo in relazione alla violazione contestata e conseguenze possibili da richiedersi all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC).

Il presente articolo si applica anche alle condotte previste dal Regolamento aziendale in materia di controlli, di cui all'art. 14.

Sono fatte salve tutte le altre facoltà di risoluzione previste dal Codice Civile.

ART. 21 TRATTAMENTO DATI SENSIBILI

La Struttura privata accreditata si impegna al pieno rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/6/2003.

ART. 22 CODICE DI COMPORTAMENTO E NORMATIVA ANTICORRUZIONE

Il Fornitore dovrà attenersi, personalmente e tramite il personale preposto, agli obblighi di condotta, per quanto compatibili, previsti dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato con DPR 62/2013 e dal Codice di comportamento dell'Azienda USL della Romagna adottato con deliberazione n.701/2014 e sm.i., **consegnato in copia**, che il Fornitore dichiara di conoscere ed accettare, con la sottoscrizione del presente accordo. L'Azienda si impegna a portare a conoscenza del Fornitore ogni variazione del Codice.

La violazione degli obblighi derivanti dai citati codici, comporterà la risoluzione dell'accordo, previa istruttoria e conclusione del procedimento in contraddittorio con l'Azienda ed applicazione della procedura prevista dall'art. 20 a garanzia del diritto di difesa.

Il fornitore dovrà altresì attenersi agli obblighi di cui all'art. 53, comma 16-ter della L.165/2001 introdotto dalla L.190/2012, relativo al divieto di concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o di attribuire incarichi ad ex dipendenti dell'Ausl della Romagna che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda nei confronti del contraente, nel triennio successivo alla cessazione del loro rapporto di lavoro. La violazione di tale obbligo comporta la risoluzione automatica del contratto.

Il fornitore è tenuto a tal fine a verificare la veridicità di quanto dichiarato dal collaboratore nella dichiarazione sostitutiva di atto nototorio da esso rilasciato preventivamente alla stipula del contratto di lavoro, al fine di non incorrere in responsabilità.

ART. 23 FORO COMPETENTE

Per tutte le controversie che dovessero insorgere, in dipendenza del presente contratto, le parti si impegnano ad addivenire alla preventiva bonaria composizione della controversia.

---

[2] DGR n° 53/2013 " Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le Strutture sanitarie in materia di accreditamento" cap 8 " cause di revoca dell'accreditamento " L'accreditamento è revocato, previa diffida e con provvedimento motivato del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali , nei seguenti casi:

-perdita dei requisiti per l'accreditamento che comporti gravi compromissioni della qualità dell'assistenza;

-accertamento di violazione grave e continuativa degli accordi stipulati con le Strutture del SSR;

-mancato rispetto delle disposizioni contenute nella contrattazione collettiva e degli obblighi in materia di sicurezza del lavoro;

-esternalizzazione della parte prevalente dell'attività.

In caso di controversie di competenza del giudice ordinario, il foro competente ed esclusivo è quello del Tribunale di Ravenna. Resta ferma la disciplina della gestione del contenzioso in materia di controlli sanitari nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla DGR n° 1920/2011 (punta A.4.1 e seguenti) .

ART. 24 REGISTRAZIONE E REGIME FISCALE

Il presente accordo è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, parte I D.P.R. 26/10/1972 n. 642 e successive modificazioni ed è soggetta a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art.10 delle tariffe - parte 2° - del DPR 26/04/1986 n. 131.

Le spese di bollo sono a carico del Fornitore; le eventuali spese di registrazione sono a carico della parte che ha interesse a richiederla

ART. 25 NORMA DI RINVIO

Per tutto quanto non previsto nel presente accordo si rinvia alle disposizioni previste dal Codice Civile, dalle specifiche norme nazionali e regionali in materia, dagli Accordi con la Regione Emilia Romagna e le Associazioni rappresentative.

Sono fatte salve eventuali modificazioni e integrazioni conseguenti a sopravvenuti indirizzi e disposizioni aziendali compatibili con l'assetto negoziale regionale.

Ravenna, 24.5.2016

Allegati : 2
- Regolamento aziendale sui controlli
- Codice di Comportamento dell'AUSL della Romagna del. N. 701/2014 e SMI

DICHIARAZIONE CONGIUNTA:

Le parti si danno reciprocamente atto della disponibilità a verificare la possibilità di promuovere iniziative rivolte al recupero della mobilità passiva extra regionale.

Delegazione aziendale

Direttore Distretto di Ravenna in qualità di
Referente aziendale committenza sanitaria ricoveri
(Dott. Andrea Neri)

Direttore Distretto di Riccione in qualità di
Referente aziendale committenza sanitaria specialistica
(Dott.ssa Laura Zanzani)

Direttore U.O.
Acquisizione prestazioni sanitarie da erogatori esterni
(Dott.ssa Manuela Manini)

AIOP- Coordinamento Sezioni provinciali

AIOP Prov. Ravenna
(Dott. Bruno Biagi)

AIOP Prov. Cesena-Forlì
(Dott.ssa Valentini Valentina)

AIOP Prov. Rimini
(Dott. Enrico Fava)