

PATTO DI FORNITURA "2017-2019"

AZIENDA USL DI FERRARA - Casa di Cura QUISISANA - Casa di Cura SALUS

Il presente accordo viene stipulato fra:

AZIENDA U.S.L. DI FERRARA, nella persona del suo Legale Rappresentante, il Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. di Ferrara, Dott. CLAUDIO VAGNINI,

Casa di Cura QUISISANA, nella persona del suo Legale Rappresentante Dott. GIORGIO PIACENTINI;

Casa di Cura SALUS, nella persona del suo Amministratore Unico Dott. LINO RIEMMA,

esará vaevoe per il triennio **2017 - 2019**, in base alla DGR 2329 del 21/12/2016 che recepisce l'Accordo Generale RER-AIOP per il periodo 2016-2018, del quale assume ogni riferimento e indicazione, riguardando prestazioni sanitarie erogate a cittadini residenti nella provincia di Ferrara.

PREMESSA


Le strutture firmatarie operano in regime di accreditamento istituzionale sulla base dei seguenti documenti:

Casa di Cura SALUS: Determinazioni RER n. 15416 del 31/12/2010, n. 1771 del 21/2/2011 e n. 8785 del 05/06/2017,

Casa di Cura QUISISANA: Determinazioni RER n. 15356 del 31/12/2010, n. 1778 del 21/2/2011 e n. 7027 del 28/04/2016.

Il presente accordo è realizzato in conformità alle indicazioni di cui:

- a) al Decreto Legislativo n° 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art. 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419";
- b) alla Delibera di Giunta Regionale n° 426 del 1° marzo 2000 "Linee Guida e criteri per la definizione degli Accordi e la stipula dei Contratti";
- c) alla Delibera di Giunta Regionale n° 2329 del 21/12/2016 "Approvazione dell'Accordo quadro di regolamentazione dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna e Ospedali Privati Accreditati aderenti ad AIOP per la fornitura di prestazioni erogate nel triennio 2016-2018" e alla Determinazione della Regione Emilia-Romagna n. 7249 del 15/05/2017 "Preso atto delle linee guida per l'adozione del regolamento per l'applicazione dell'Accordo Regione Emilia – Romagna / Aiop ER 2016/2018";
- d) al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e alla Delibera di Giunta Regionale n° 2040 del 10/12/2015 "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM Salute.
- e) Alla delibera di Giunta Regionale n° 272 del 13/3/2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna"



- f) Alla delibera di Giunta Regionale n° 2309 del 21/12/2016 "Indirizzi e Direttive in materia di informazione scientifica sull' farmaco nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale"

Le parti firmatarie del presente Accordo Locale condividono i seguenti presupposti ed obiettivi:

- > lo sviluppo della collaborazione pubblico-privato si inserisce in un disegno di rete assistenziale, tesa a migliorare modalità e tempi di risposta alla domanda di prestazioni sanitarie, attraverso integrazioni e partecipazioni sinergiche;
- > tale opportunità salvaguarda il principio di libera scelta del luogo di cura, nel pieno rispetto di quanto dettato dai Livelli Essenziali di Assistenza in termini di prestazioni appropriate da garantire alla popolazione;
- > lo sviluppo della collaborazione promuoverà inoltre la messa a punto di eventuali "progetti speciali", da predisporre per temi di particolare rilevanza;
- > viene perseguita altresì la razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili, nell'ambito dei limiti di spesa programmati dalla Regione Emilia Romagna per le proprie Aziende.

La stesura del presente accordo tiene conto delle importanti modificazioni intervenute nel contesto sanitario provinciale ferrarese negli ultimi anni ed ancora in corso: il trasferimento dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara nella nuova sede di Cona infatti è stato seguito dall'unificazione di tutta l'area ospedaliera ferrarese, che vede l'Ospedale di Cona come riferimento della complessità, mentre i tre Ospedali, a vocazione distrettuale, rispondono sempre più al fabbisogno di prossimità espresso dalla popolazione di riferimento, con un livello sempre maggiore di autosufficienza territoriale e appropriatezza organizzativa. Tale riorganizzazione, tuttora in corso, prevede una funzione di governo clinico assegnata ai dipartimenti, che consentirà di coordinare le risposte in termini di percorsi e quindi di continuità assistenziale.

Le esigenze di committenza espresse nel presente accordo devono quindi tener conto del necessario miglioramento ed incremento delle specificità produttive del territorio ferrarese, legate al potenziamento dell'Ospedale di Cona, alla sua integrazione con gli altri ospedali della provincia di Ferrara, pubblici e privati accreditati, oltre che alle strutture di supporto alla rete ospedaliera, quali gli Ospedali di Comunità e le Case della Salute.

Ciò premesso le parti convengono e stipulano quanto segue:

ARTICOLO 1 - VALORIZZAZIONE COMPLESSIVA DELL'ACCORDO

Le risorse economiche complessive previste per l'anno 2017 sono determinate come di seguito indicato e in assenza di aggiornamenti normativi o accordi integrativi costituiranno riferimento anche per i successivi anni di validità del presente accordo.

1.1. Settore ricoveri e residenza Santa Chiara

| | risorse regionali | | risorse su progetti | totale budget settore degenze |
|---|--|--|---------------------|-------------------------------|
| | budget 2011 (al netto spending 2%) | quota storica trasferita dal budget 2 al budget 1 (al netto spending 2%) – di cui all'accordo RER-AIOP | | |
| QUISISANA | 5.141.750 | 4.636 | 329.932 | 5.476.321 |
| SALUS (inclusa Residenza Santa Chiara) | 7.335.857 (di cui quota storica S. Chiara: 1.200.000) | 231.821 | 482.094 | 8.049.772 |
| | 12.477.607 | 236.457 | 812.026 | 13.526.093 |

Il budget deve considerarsi non modificabile in ragione di eventuali variazioni delle tariffe disposte dalla RER, fatti salvi gli adeguamenti dei budget da parte della Regione stessa.

In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero rispetto al budget complessivo provinciale concordato, alle strutture private non verrà riconosciuto alcun valore economico aggiuntivo per la produzione in esubero di ognuno rispetto al proprio budget assegnato se non compensato da una minore produzione dell'altro da verificare a consuntivo previa formalizzazione tra le parti. Nel caso si verifichi la possibilità di compensazione non sarà sospesa la liquidazione e si resterà comunque in attesa di eventuali future determinazioni della Commissione Paritetica, secondo quanto riportato nella DGR 2329/2016.

Eventuali incrementi straordinari di budget legati a situazioni epidemiologiche contingenti potranno essere riconosciuti soltanto previo esplicito accordo scritto con la Direzione dell'Azienda USL.

Come previsto dall'Accordo RER-AIOP, le strutture devono gestire una programmazione dei ricoveri che non può e non deve prevedere la chiusura di un'attività in riferimento alla carenza di budget. Anche il superamento del tetto complessivo di spesa non esime la struttura privata dal garantire, a budget invariato, l'erogazione delle prestazioni fino a scadenza del presente contratto.

Le strutture, pertanto, devono impegnarsi a distribuire l'attività concordata su tutto l'arco temporale di validità del contratto, a rispettare il volume e la tipologia delle prestazioni concordate come più avanti specificato.

Le esigenze di committenza espresse nel presente accordo, nel tener conto della DGR 1056/2015 Riduzione Liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie, della DGR 272/2017 Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici, del necessario miglioramento ed incremento delle specificità produttive del territorio ferrarese, legate al potenziamento dell'Ospedale di Cona, alla sua integrazione con gli altri ospedali della provincia di Ferrara, pubblici e privati accreditati, oltre che alle strutture di supporto alla rete ospedaliera, quali gli Ospedali di Comunità e le Case della salute, motivano l'articolazione economica del budget concordato secondo il seguente schema.

| CASA DI CURA QUISISANA | | | |
|---|------------------|-------------------------|---------------------------------|
| Tipologia | budget | stima n° annuo ricoveri | disponibilità media giornaliera |
| inviati da ps strutture pubbliche * | 2.815.841 | 1118 | 3 |
| inviati da reparto strutture pubbliche * | 1.891.800 | 600 | 1,5 |
| trasferimenti interni (solo se autorizzati da CDCA) | 326.480 | | |
| autoproduzione (inviati da MMG) | 146.550 | | |
| SVP | 295.650 | | |
| BUDGET COMPLESSIVO | 5.476.321 | | |

Nota * : Al momento della sottoscrizione dell'Accordo le Parti prendono atto della necessità di rispettare nel dosaggio degli invii alle strutture per la parte finale dell'anno quanto richiesto dalla Casa di Cura Quisisana con mail del 15 novembre 2017 che viene allegata all'Accordo .

| CASA DI CURA SALUS SRL | | | |
|---|------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Tipologia | budget | stima n° annuo ricoveri | disponibilità media giornaliera |
| Inviati da ps strutture pubbliche | | 1093 | 3 |
| inviati da reparto strutture pubbliche | | 600 | 1,5 |
| Trasferimenti interni (solo se autorizzati da CDCA) | | | |
| Residenza Santa Chiara | | | |
| TOTALE | 5.634.840 | | |
| Autoproduzione (inclusa chirurgia ambulatoriale maggiore) | 2.414.932 | | |
| BUDGET COMPLESSIVO | 8.049.772 | | |

L'articolazione del budget tiene conto delle valorizzazioni medie effettive dei ricoveri dei primi 7 mesi dell'anno 2017 e le ripartizioni delle diverse tipologie delle prestazioni sono puramente indicative, fermo restando il rispetto della DGR 2329/2016 che esplicita il principio di non pervasività della committenza secondo il quale la quota di committenza qualitativa per tipologia di prestazioni non potrà superare il 70% del budget oggetto di committenza, salvo diversi accordi locali,

Per il 2018 e per il 2019, anni di vigenza del presente Accordo, le Parti concorderanno le voci di committenza con una apposita scheda economica che, se contenente variazioni rispetto agli attuali prospetti, diventerà parte integrante del presente Accordo, sostituendone le risultanze.

Negli anni a venire le quote di autoproduzione potranno tener conto, sia nella composizione qualitativa che quantitativa, delle indicazioni scaturite dalla negoziazione tra le Parti anche in considerazione di eventuali progetti di riconversione della rete ospedaliera provinciale.

Al fine di non limitare l'attività entro contenitori rigidi, si ribadisce la fondamentale importanza di poter variare, in stretto rapporto con la committenza, gli assetti produttivi in modo tale che si possa governare il sistema complessivo adattandolo alle eventuali necessità della rete provinciale.

In assenza di specifiche esigenze e di un conseguente accordo con la committenza, si ritiene accettabile un'oscillazione tra le tipologie di attività indicate non superiore al 10%.

In caso di non raggiungimento dei volumi di invii da struttura pubblica l'oscillazione della quota in autoproduzione viene riconosciuta anche in misura superiore al 10%, ma solo fino a concorrenza della produzione complessiva con il budget concordato.

Quanto sopra nei quattro precedenti capoversi vale fatto salvo diverso accordo tra le parti.

L'attività relativa agli invii da struttura pubblica sarà oggetto di monitoraggio trimestrale, al fine di verificarne l'assorbimento in termini di risorse economiche ed individuarne, in condivisione con la struttura privata e l'Azienda Ospedaliera Universitaria, gli eventuali correttivi.

Il monitoraggio sarà effettuato sulla base dei dati economici presenti in banca dati regionale SDO e dei corrispondenti documenti contabili emessi dalle strutture private, che dovranno fatturare separatamente rispetto alla "tipologia di ricezione", come da precedente tabella di dettaglio, con l'ulteriore indicazione della struttura pubblica inviante. Le strutture avranno tempo 60 gg dalla firma del contratto per adeguarsi a quanto sopra previsto.

È responsabilità anche a carico della Casa di Cura mantenere infatti il controllo della disponibilità fornita per la ricezione di pazienti da strutture pubbliche.

In assenza di diversi e contrari accordi, la produzione in esubero rispetto ai budget concordati dovuta ad una quota maggiore di invii da struttura pubblica viene riconosciuta solo se preventivamente autorizzate dalla Direzione dell'Azienda USL.

La Direzione Aziendale, a cui compete l'onere di accordare la preventiva valutazione e la competenza circa il controllo dell'andamento e delle modalità di invio anche per l'AOSP, si esprimerà nel merito, semmai anche previa formale comunicazione delle strutture riceventi, sull'opportunità di rilasciare o meno l'autorizzazione per prestazioni di invio aggiuntive rispetto a quelle previste.

Le Parti prendono atto, infine, che a partire dal mese di dicembre 2016 si è verificato un fenomeno epidemiologico di tipo influenzale che ha avuto il suo picco nei mesi di gennaio/febbraio 2017 e che ha determinato un sovrautilizzo delle strutture private ospedaliere di Ferrara, dovuto ad invii da parte delle strutture pubbliche.

Prendono inoltre atto che se la iperproduzione dovuta a detti invii dovesse determinare per l'anno in corso un esubero budgetario sarebbe necessario portare la cosa all'attenzione della Commissione Paritetica Regionale affinché la stessa, in sede di chiusura del consolidato per l'anno 2017, possa tenerne conto e assumere le necessarie determinazioni, così come previsto dal vigente Accordo Regionale.

1.2. Settore Specialistica

Per l'anno 2017:

- Budget Quisisana: € 1.000.000,00 (budget ordinario: 970.000 + progetto risonanze scontate 30%: 30.000)
- Budget Salus: € 1.359.750,00

Gli importi complessivi sono da intendersi al netto dei ticket e/o di eventuali quote aggiuntive incassate dai produttori nonché scontati del 2 per cento come definito dalla L. n.296 del 27 dicembre 2006, salvo l'applicazione di una diversa percentuale di sconto concordata per alcune tipologie di prestazioni in sede di definizione annuale del piano di committenza di prestazioni specialistiche.

La tariffa di riferimento è quella del vigente nomenclatore tariffario regionale.

Tutto ciò fatte salve eventuali modifiche che potranno essere previste da norme di legge nazionali e/o regionali.

In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero rispetto ai budget assegnati alle singole strutture, verrà sospesa la liquidazione e si provvederà a richiedere nota di credito per l'importo eccedente, fatta salva la possibilità di compensare l'esubero con un'eventuale minore produzione dell'altra struttura da verificare a consuntivo previo accordo tra le parti.

Analogamente a quanto avviene per il settore ricoveri, il monitoraggio previsto per le prestazioni ambulatoriali è trimestrale e viene redatto entro la fine del mese successivo al trimestre di competenza (aprile, luglio, ottobre, gennaio) in collaborazione tra ufficio amministrativo competente della CdC e l'UO Programmazione, Controllo della Gestione e della Mobilità Sanitaria e Comunicazione dell'AUSL. Detto monitoraggio descrive la produzione erogata, per il dettaglio della committenza concordata, nonché la proiezione a 12 mesi.

Al tal fine le strutture private sono tenute ad inviare, entro la fine del mese successivo al trimestre di competenza, il riepilogo delle prestazioni erogate e la relativa fatturazione aggregata per disciplina. I prospetti riepilogativi devono essere inviati in formato aperto secondo lo schema concordato (vedi allegati 3 e 4).

Eventuale committenza aggiuntiva che in corso d'anno venisse richiesta a fronte di criticità contingenti dal Responsabile Unico Provinciale dei tempi di attesa, sarà valutata di volta in volta rispetto alla possibilità di rimodulazione della produzione esistente, in un'ottica di flessibilità, o all'eventuale riconoscimento come produzione aggiuntiva extra budget.

Nel secondo caso, per poter essere riconosciuta, la committenza di prestazioni "extra-budget" dovrà essere necessariamente quantificata e formalizzata con nota scritta protocollata.

1.3. Precisazioni inerenti la RSA Santa Chiara

La RSA "Santa Chiara" è attualmente regolamentata da apposito Contratto di servizio sottoscritto tra i Comuni della Provincia, l'AUSL e la Casa di Cura Salus, con Protocollo Generale del Comune di Ferrara n. 69791/2017, e opera in regime di accreditamento definitivo ai sensi di quanto disposto dalla DGR 514/2009.

In merito ai dati economici di cui sopra si prevede che i mancati utilizzi della quota, trattandosi di un budget complessivo sanitario Aiop, possano essere utilizzati per altri trattamenti sanitari.

Si precisa inoltre che vista la delibera della Giunta 1378/1999 laddove all'Allegato 1 prevede che l'assistenza medica possa essere svolta anche con personale messo a disposizione dagli enti gestori, visto il richiamo che il Contratto di servizio di cui sopra fa con riferimento alla suddetta delibera, visto quanto previsto a pag. 14 punto b) assistenza medica del contratto di servizio in oggetto che ha previsto l'utilizzo da parte dell'ente gestore di proprio personale medico, si precisa che i rimborsi per l'assistenza medica fornita con personale proprio da RSA "Santa Chiara" debbano essere esclusi dal budget AIOP.

1.4 Riepilogo budget complessivo anno 2017

| Struttura accreditata | Settore Ricoveri | Settore Specialistica | Totale budget |
|-----------------------|--|-----------------------|---------------|
| Quisisana | 5.476.321 | 1.000.000 | 6.476.321 |
| Salus | 8.049.772 (di cui quota storica Residenza S. Chiara: 1.200.000) | 1.359.750 | 9.409.522 |
| TOTALE | 13.526.093 | 2.359.750 | 15.885.843 |

ARTICOLO 2 - POSTI LETTO E RICOVERI

La produzione sanitaria di ricoveri nelle Case di Cura accreditate di Ferrara avviene attraverso l'utilizzo di posti letto accreditati nelle discipline indicate nelle rispettive determinazioni di accreditamento da parte del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali e pubblicate sul BUR della Regione Emilia-Romagna n°34 del 04/03/2011 (Salus: Determina n. 15416 del 31/12/2010, n. 1771 del 21/2/2011 e n. 8785 del 05/06/2017 - Quisisana: Determina n. 15356 del 30/12/2010 e n. 1778 del 21/02/2011).

Fermo restando quanto assunto nell'Accordo regionale AIOP – RER, potranno essere concordate modifiche nel numero dei posti letto relativamente ad aperture e chiusure degli stessi.

Nella definizione del case mix trattato, si raccomanda il rispetto di quanto contenuto nel DM 70/2015, nelle DGR n° 2040/2015 e n° 1003/2016, per le procedure che prevedono valori soglia e per le disposizioni inerenti la sicurezza dei pazienti.

In particolare si ricorda che:

- gli interventi di colecistectomia laparoscopica debbono essere svolti in strutture che consentano la loro esecuzione per il 75% in laparoscopia, con una casistica minima di 100 casi
- gli interventi per chirurgia oncologica alla mammella sono centralizzati, per la provincia di Ferrara, presso l'AOSPU

- i ricoveri per infarto miocardico acuto devono essere centralizzati verso centri che garantiscano un numero di casi sufficienti al mantenimento della clinical competence.
- 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 in via indicativa 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).

LISTE DI ATTESA

Per quanto riguarda i ricoveri chirurgici programmati si richiede alla Casa di Cura Salus di ottemperare alle indicazioni della DGR 272/2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia Romagna." In particolare si richiede di:

- predisporre un sistema di prenotazione informatizzato e aderire al sistema SIGLA –Sistema Integrato Gestione Liste d'Attesa al fine di garantire un corretto monitoraggio dei tempi di attesa a livello provinciale per disciplina e patologia;
- contribuire al raggiungimento degli obiettivi in termini di tempi di attesa previsti dalla DGR (patologie neoplastiche: 90% dei casi entro 30 giorni; protesi d'anca: 90% entro 180 giorni; 90% dei casi entro i tempi indicati per le relative classi di priorità);
- partecipare a tavoli di integrazione pubblico-privato finalizzati al miglioramento della accessibilità alle prestazioni di ricovero programmato e alla definizione di modalità omogenee in materia di:
 - percorsi chirurgici e di valutazione preoperatoria anestesiológica,
 - appropriatezza,
 - organizzazione delle liste.

La realizzazione di eventuali nuove attività rispetto alla produzione storica (es. nuovi interventi –solo Salus) dovrà essere tempestivamente comunicata all'Azienda USL.

Con riferimento alla ortopedia, in coerenza anche con quanto previsto più avanti per la chirurgia ambulatoriale, l'AUSL concorda che l'OPA Salus sta per avviare un potenziamento dell'attività ortopedica, nell'ambito dei progetti previsti dalla DGR 272/2017. Tale progetto, a quanto si espone, potrà contare sul coinvolgimento delle figure mediche con ruolo determinante nella mobilità e sulla contrattualizzazione di chiari impegni sulle modalità ed i livelli del recupero di pazienti. L'ospedale privato comunica che ha in animo di procedere in tale iniziativa sia coinvolgendo quota delle risorse budgetarie esistenti, sia prospettando riconversioni di spesa e risorse regionali, nonché proponendo misure in accordo con l'AOSP di Ferrara e mirate ad un mix tariffario con una equa suddivisione del rischio di mancato recupero.

A sua volta l'OPA Quisisana, essa stessa anticipando l'applicazione di quanto sarà prospettato con il progetto della sanità accreditata, comunica che sono in via di realizzazione e completamento due progetti tendenti alla qualificazione dell'offerta locale: uno incentrato sulla creazione di un poliambulatorio specialistico a cui si affiancherà un nuovo ambulatorio chirurgico, l'altro sull'avvio dell'attività di un nuovo centro riabilitativo sia ambulatoriale che ospedaliero, perfettamente in linea con lo sviluppo della attività ortopedica sopra descritto, che fungerà da complemento per quelle prestazioni di supporto fisiatrico normalmente conseguenti ad un intervento di chirurgia protesica, ora prodotte non in loco ma quale naturale sbocco delle prestazioni chirurgiche in mobilità, soprattutto extra regionale.

PERSEGUIMENTO OBIETTIVI REGIONALI

Le richieste sopra descritte sono coerenti anche a quanto previsto dalla DGR 2329/2016 "Approvazione dell'accordo quadro di regolamentazione dei rapporti tra regione Emilia Romagna e Ospedali Privati Accreditati aderenti ad AIOP per la fornitura di prestazioni erogate nel triennio 2016-2018" e dalla Determinazione della Regione Emilia-Romagna n. 7249 del 15/05/2017 "Preso atto delle linee guida per l'adozione del regolamento per l'applicazione dell'Accordo Regione Emilia – Romagna / Aiop ER 2016/2018".

Tali documenti prevedono che, relativamente alle liste di attesa per i ricoveri programmati, le strutture private accreditate aderenti all'accordo si impegnano a partecipare per le proprie competenze in materia, compresa la creazione di un sistema integrato di gestione delle liste di attesa.

Si richiamano, raccomandandone il perseguimento, anche gli altri "obiettivi di produzione di interesse regionale" di cui al punto 3 (e, per il dettaglio, all'allegato 1) della Determinazione della Regione Emilia-Romagna n. 7249 del 15/05/2017, i quali costituiranno oggetto di monitoraggio, attraverso specifici indicatori, sia a livello aziendale che in sede di Commissione Paritetica regionale.

Tra questi obiettivi, quelli applicabili agli Ospedali Privati firmatari del presente accordo sono i seguenti:

- n.1: Prestazioni soggette al monitoraggio dei tempi di attesa – riconversione di attività in chirurgia specifica (solo Salus)
- n.3: Messa in rete di posti letto (già avviato da entrambi gli Ospedali Privati)
- n.5: Partecipazione all'obiettivo regionale di contenimento del tasso di ospedalizzazione per il territorio di riferimento
- n.9 e n.10: DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario (entrambe le CdC) e erogati in DH (solo Salus) – utilizzo dell'indicatore proposto dalla Commissione Paritetica
- n.11: Quota di appropriatezza della casistica trattata (già oggetto di monitoraggio)
- n.14: Continuità assistenziale – per garantire la continuità assistenziale in occasione di dimissioni protette, difficili/complesse, gli operatori delle CdC dovranno fare riferimento alla Centrale Unica di Dimissione del Distretto Sud-Est (presso l'Ospedale di Cona) – indicatore: n°dim. inviate alla centrale/n°dimissioni totali – percentuale- obiettivo da condividere annualmente
- n.17: Partecipazione al programma regionale: "Sistema Integrato di Gestione delle Liste d'Attesa (SIGLA)" per i ricoveri chirurgici programmati – già precedentemente dettagliato (ad oggi solo Salus)
- n.18: Ospedale e territorio senza dolore – controllo sulla rilevazione in cartella clinica della L.38/10 (già oggetto di monitoraggio)
- obiettivi in tema di "sicurezza delle cure" (n.13: Risk management, e (ad oggi per la sola SALUS) n.15: Check list sala operatoria - Flusso SSCL, n.16: Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico Flusso SICHER) – più approfonditamente trattati all'articolo 6 del presente accordo.

CHIRURGIA AMBULATORIALE

Afferiscono al budget ricoveri anche le prestazioni di chirurgia eseguite in regime ambulatoriale (ad oggi eseguite dalla sola Salus), tra le quali:

- a) quelle che con le DGR n. 1108/2011 e n. 1906/2011 sono state riclassificate da regime di ricovero a prestazioni di specialistica ambulatoriale e come tali debbono essere erogate in assenza di ulteriori patologie documentate che richiedano il trattamento in regime di ricovero (tra cui: cataratta, ministripping, ernie, dito a scatto, dito a martello, tunnel carpale e tarsale),
- b) quelle riconvertite in regime ambulatoriale in applicazione dell'obiettivo 1 di cui all'allegato 1 della Determinazione della Regione Emilia-Romagna n. 7249 del 15/05/2017.

Si prevede la possibilità di prendere in considerazione dal 2018 di concedere alla Salus la possibilità di produrre un volume aggiuntivo rispetto al budget di attività di chirurgia ambulatoriale oculistica.



PROGRAMMAZIONE RICOVERI

Avendo conoscenza del budget, le strutture devono gestire una programmazione dei ricoveri tale da evitare la mancata prestazione di una attività in riferimento alla carenza di budget.

Le CdC pertanto dovranno impegnarsi a distribuire l'attività concordata su tutto l'arco temporale di validità del contratto secondo il criterio di priorità clinica combinato con il criterio cronologico d'inserimento nelle liste di attesa nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente.

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

Eventuali segnalazioni di comportamenti difforni saranno considerate come inadempienza contrattuale e saranno oggetto di attento monitoraggio e valutazione.

Per la sola Salus, si richiama altresì la regolamentazione vigente in materia di appropriatezza organizzativa, laddove dispone che gli esami pre-operatori debbano essere eseguiti in regime ambulatoriale, al fine di evitare il verificarsi di giornate di degenza inappropriate ed evitabili attraverso la definizione di un corretto percorso pre-operatorio. Infatti le prestazioni pre e post ricovero, ai sensi dell'art.1, comma 18 della Legge Finanziaria n.662/96, rientrano nella tariffa del ricovero stesso e, se erogate per ricoveri di altra struttura, vanno fatturate direttamente alla struttura ospedaliera che effettuerà o avrà già effettuato il ricovero. Non vanno quindi incluse nella fatturazione riferita al contratto in oggetto.

In tale contesto si specifica altresì che, se gli esami pre-operatori, in modo del tutto eccezionale, dovessero essere effettuati in regime di degenza il giorno precedente l'intervento, dando luogo ad un ricovero di due giornate, la struttura si impegna a valorizzare la prestazione con la tariffa regionale dei ricoveri di 1 giorno.

RICOVERI DI PAZIENTI INVIATI DA STRUTTURE PUBBLICHE E AUTODETERMINATI

I pazienti trasferiti verso CdC da PS o da reparto per acuti per il proseguimento del ricovero devono disporre di regolare copertura di assistenza sanitaria e di valido documento di identità.

Qualora venissero trasferiti pazienti privi di tali requisiti, le CdC sono tenute a segnalarlo **tempestivamente** all' U.O. Programmazione, Controllo della Gestione e della Mobilità Sanitaria e Comunicazione dell'Azienda Usi che si farà parte diligente per la risoluzione dei casi.

Per quanto concerne le attività prestate in area chirurgica, e per la quota autoprodotta in area medica, l'accesso dei pazienti alle strutture sarà regolamentato attraverso la pianificazione dell'attività, tramite impegnativa del medico di medicina generale o di altro professionista pubblico accreditato.

L'afflusso di pazienti per ricoveri nei posti letto di lungodegenza sarà determinato dall'invio da parte delle strutture accreditate pubbliche per acuti tramite intervento della Centrale di Dimissione Continuità Assistenziale istituita a livello provinciale.

Le strutture private accreditate rientrano a pieno titolo nella rete provinciale sanitaria della Provincia di Ferrara concorrendo a perseguire gli obiettivi di salute regolamentati dal livello nazionale e regionale.

In particolare obiettivi di politica sanitaria riguardano la necessità di fornire al cittadino di essere adeguatamente trattato nel setting di cura più appropriato, in relazione alla gravità e complessità dei suoi bisogni. L'azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara hanno redatto ed implementato un Protocollo Operativo per la gestione delle dimissioni difficili e dei trasferimenti dai reparti di acuto a reparti di lungodegenza delle strutture Provinciali attraverso l'istituzione della Centrale di Dimissioni e Continuità Assistenziale (CDCA). La CDCA tramite una valutazione unitaria eseguita da una commissione esperta e competente è deputata alla presa in carico del problema fino alla sua soluzione. Le Case di Cura Private accreditate della Provincia di Ferrara avranno, come tutte le altre strutture ospedaliere provinciali, la CDCA come unico interlocutore nel caso di trasferimenti da acuto a lungodegenza e nei casi di dimissioni difficili/complesse, condividendo i medesimi criteri di valutazione.

Alla CDCA perverranno le richieste per dimissioni difficili/complesse, col fine di valutare e individuare tempestivamente i

casi con prevedibili difficoltà alla dimissione, e le richieste di per permettere il passaggio di un paziente dal reparto di acuzie al reparto di lungodegenza, entrando nel meccanismo già esistente della lista di attesa. Il passaggio dal regime di ricovero in acuto al regime di ricovero in lungodegenza potrà avvenire ed essere effettuato solo in seguito a formale risposta positiva della CDCA.

Relativamente alla dimissione difficile/protetta, il team della CDCA provvederà ad individuare il setting più appropriato per la dimissione del paziente.

Tale percorso si riterrà vincolante dal momento della definizione del regolamento attuativo della CDCA che costituirà parte integrante del presente accordo.

PIANO DI RIENTRO PROVINCIALE

L'Azienda Usl si riserva di rinegoziare i contenuti del presente articolo (sistema ricoveri) in relazione ad azioni legate ai piani di rientro provinciali triennali concordati con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

ARTICOLO 3 – SPECIALISTICA

La formulazione del piano per l'attività specialistica ambulatoriale viene concordata annualmente con il Direttore del Dipartimento di Cure Primarie, nonché Responsabile Provinciale Unico dei Tempi d'Attesa, definendo una programmazione che ricomprende anche specifiche quote finalizzate a perseguire gli obiettivi regionali per il mantenimento dell'indice di performance sui tempi massimi d'attesa.

Vengono allegati al presente accordo i piani relativi all'anno 2017, nei quali vengono dettagliati i volumi e la scontistica delle prestazioni commissionate (vedi allegati 1 e 2).

Tale pianificazione parte dalla valutazione delle discipline accreditate della singola Casa di Cura, che di seguito si riportano con il dettaglio, laddove utile per specificare il settore.

| Quisisana - discipline accreditate | dettaglio |
|--|--|
| cardiologia | |
| dermatologia | |
| gastroenterologia | gastroenterologia ed endoscopia digestiva |
| malattie endocrine, del ricambio e della nutriz. | endocrinologia |
| pneumologia | |
| radiologia | Diagnostica vasc.-ECD-Eco-RX-RMN-mammografia |
| urologia | |
| recupero e riabilitazione funzionale | |

Two handwritten signatures in black ink are located at the bottom right of the page. The signature on the left is a stylized 'G' or 'Gf'. The signature on the right is a more complex, cursive signature that appears to start with a large 'O' or 'G' and ends with a long horizontal stroke.

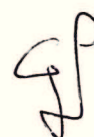
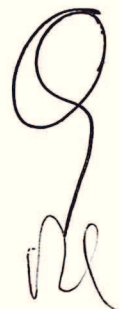
| Salus - discipline accreditate | dettaglio |
|--------------------------------------|---|
| anestesia | |
| angiologia | |
| cardiologia | |
| chirurgia generale | |
| chirurgia plastica ricostruttiva | |
| chirurgia vascolare | |
| dermatologia | |
| fisiatria | |
| gastroenterologia | gastroenterologia ed endoscopia digestiva |
| ginecologia | |
| malattie infettive | |
| neurochirurgia | |
| neurologia | |
| oculistica | |
| ortopedia e traumatologia | |
| otorinolaringoiatria | |
| pneumologia | |
| psichiatria | |
| recupero e riabilitazione funzionale | fisiochinesiterapia |
| radiologia | eco - RX -RMN – TAC |
| urologia | |

Con l'informatizzazione e la continua evoluzione dei sistemi di accesso alle prestazioni, è stata introdotta la possibilità, anche per gli specialisti delle CdC, di prescrivere "prestazioni aggiuntive", collegate alla cosiddetta "ricetta indice" e contestualmente erogate. Le tipologie di prestazioni che possono essere prescritte ed erogate sono state concordate tra AUSL e CdC con scambio di corrispondenza e di seguito vengono specificate.

| CASA DI CURA QUISISANA | |
|------------------------|--|
| SPECIALITÀ | PRESTAZIONI AGGIUNTIVE |
| Endocrinologia | Ecografie tiroidee; Ago aspirato |
| Dermatologia | Crioterapia; Diatermocoagulazione |
| Pneumologia | Spirometria semplice; Spirometria globale; RX torace |
| Cardiologia | ECG; Ecocardiografia; Ecodoppler |
| Gastroenterologia | Biopsia associata a EGDS (nel rispetto delle linee guida internazionali) |

| CASA DI CURA SALUS | |
|--------------------|---|
| SPECIALITÀ | PRESTAZIONI AGGIUNTIVE |
| Ortopedia | Infiltrazioni articolari |
| Urologia | Cateterismo |
| Radiologia | Esami con liquido di contrasto (in aggiunta ad esame senza contrasto) Esami con dettaglio anatomico ulteriore rispetto a quello prescritto |

Naturalmente la prescrizione di prestazioni aggiuntive deve seguire le regole di appropriatezza e sarà oggetto di controllo. Si precisa inoltre che le prestazioni afferenti alla specialità di Radiologia non dovranno comunque generare coppie di prestazioni definite "incompatibili" dal "Piano Annuale dei Controlli (PAC) – Ex Delibera di Giunta Regionale n. 354/2012 – Anno 2014".

In una logica di presa in carico esaustiva, eventuali visite di controllo ritenute necessarie a seguito di una prima visita presso la stessa struttura, devono essere prenotate in maniera autonoma e diretta da parte delle Strutture Private, prevedendo un passaggio dal Medico di Medicina Generale per la sola prescrizione.

Si precisa che sia le "prestazioni aggiuntive" che le visite di controllo prenotate autonomamente dovranno rientrare, di norma, nel budget assegnato.

Si autorizzano le Case di Cura a riservare un massimo del 3% del budget per questa tipologia di prestazioni.

AGENDE DI PRENOTAZIONE: preso atto che, dal 2006, con la Legge Finanziaria ed il relativo Piano di contenimento dei tempi d'attesa è stato introdotto il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, le CdC si impegnano ad una gestione efficiente delle agende e, quindi, a fornire le stesse costantemente con proiezione temporale di almeno 3 mesi. Al fine di garantire un governo dell'offerta senza soluzioni di continuità, l'Azienda USL, in caso di mancata presentazione/proiezione delle agende da parte della CdC, provvederà a mantenere aperte le stesse programmando i posti secondo la prenotazione relativa all'ultimo mese oggetto di offerta.

La responsabilità della gestione degli utenti prenotati e delle eventuali variazioni è a carico delle CdC.

ARTICOLO 4 - DISTRIBUZIONE DIRETTA e PRESCRIZIONE FARMACI

I pazienti dimessi dai reparti delle strutture private accreditate firmatarie del presente accordo usufruiscono, alla pari di quelli dimessi dalle strutture pubbliche, della possibilità di ricevere i farmaci necessari alle terapie post-dimissione, attraverso il ritiro degli stessi presso il servizio di Erogazione Diretta delle Farmacie Ospedaliere della Provincia.

Gli indirizzi ed i relativi orari di apertura sono reperibili alla pagina internet:

<http://www.ausl.fe.it/azienda/dipartimenti/farmaceutico/erogazione-diretta-farmaci/sedi-provinciali-di-erogazione-diretta-a-cura-delle-farmacie-ospedaliere/view>

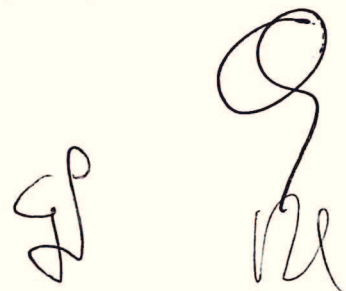
L'erogazione delle terapie prescritte viene effettuata dietro presentazione della lettera dimissione, relativamente ai farmaci concedibili di fascia A e lettera di dimissione accompagnata a modulo specifico per PPI e statine alta potenza.

A tal proposito si ricorda che le Case di Cura partecipano al perseguimento degli obiettivi provinciali di buon uso dei farmaci, garantendo una prescrizione appropriata e promuovendo la distribuzione diretta con modulo specifico, così come richiesto anche dalle seguenti note:

- n. 36833 del 13/06/2016 con oggetto "Raccomandazioni provinciali sull'appropriatezza prescrittiva degli inibitori della pompa protonica (PPI)"
- n.54490 dell'8/09/2016 con oggetto "Sartani a brevetto scaduto e nuove modalità prescrittive Rosuvastatina e Ezetimibe + Simvastatina".

Per quanto concerne le tematiche dell'appropriatezza prescrittiva farmacologica e della gestione del rischio, la prescrizione di farmaci deve essere effettuata nel rispetto del Prontuario Terapeutico di Area vasta AVEC, disponibile online, sul sito <http://www.cfavec.it/Prontuario-AVEC>, dei documenti aziendali sull'Appropriatezza prescrittiva dei PPI e della Vitamina D e degli aggiornamenti periodicamente trasmessi dall'U.O. Assistenza farmaceutica.

Si chiede altresì di ottemperare, per le parti di competenza, ai contenuti della Procedura "La Gestione clinica dei Farmaci" doc. Nr. 1459 - versione 5 del 25/08/2015 stilata sulla base delle "Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci della Regione Emilia Romagna" versione dicembre 2011, nelle fasi di accoglienza e di ricovero dei pazienti, nonché nella fase di continuità assistenziale.

Two handwritten signatures in black ink are located in the bottom right corner of the page. The signature on the left is a stylized 'SP' or similar, and the one on the right is a more complex, flowing signature.

ARTICOLO 5 - TRASPORTO INTEROSPEDALIERO PER PAZIENTI RICOVERATI PRESSO CASE DI CURA

Le parti concordano di attribuire, secondo i criteri di seguito dettagliati, gli oneri dei trasporti, non aventi carattere di urgenza, effettuati a mezzo ambulanza a favore di pazienti ricoverati presso strutture accreditate della provincia di Ferrara.

Sono in carico alle Aziende USL di residenza:

1. i trasporti finalizzati all'esecuzione presso altre strutture di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche precedentemente richieste e programmate da specialisti di ospedali pubblici provinciali (Azienda USL ed Azienda Ospedaliera);
2. i trasporti finalizzati all'esecuzione di prestazioni "pesanti", quali radioterapia e dialisi, poiché non strettamente attinenti al ricovero in essere, ma dovute alla condizione clinica pregressa;
3. i trasporti sanitari di anziani non autosufficienti, allettati o non trasportabili con mezzi ordinari, per dimissioni verso altre strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate o strutture socio-assistenziali (OsCo, Hospice, CRA, RSA).

Vengono addebitati alle CdC:

1. i trasporti finalizzati all'esecuzione di prestazioni che rappresentano parte del percorso terapeutico assistenziale definito dal personale medico dell'Ospedale presso il quale è ricoverato;
2. i trasporti riferiti agli "stati vegetativi persistenti", la cui tariffa giornaliera è modulata per la copertura di tutte le esigenze relative al ricovero.

L'addebito dei trasporti alle CdC verrà effettuato attraverso una fattura che l'Azienda USL emetterà con cadenza annuale, al termine delle fasi preliminari di seguito descritte:

- invio trimestrale agli Ospedali Privati del tabulato fornito dalla "Centrale Operativa Provinciale" contenente la distinta dei trasporti i cui oneri si ritengono a loro carico,
- possibilità, per gli Ospedali Privati, di contestare, entro il termine massimo di 60 giorni dall'arrivo del tabulato, la ripartizione degli oneri dei trasporti,
- controllo esterno, presso gli Ospedali Privati, della documentazione probatoria (cartella clinica) relativa ai trasporti contestati,
- definizione dell'importo definitivo da fatturare.

Si precisa che i trasporti finalizzati a dimissioni al domicilio sono a carico degli assistiti e che le CdC si impegnano a fornire a coloro che intendono usufruirne le informazioni utili all'organizzazione del trasporto stesso.

Per quanto concerne i pazienti anziani non autosufficienti ospitati presso la RSA Santa Chiara si rimanda al vigente "Contratto di Servizio per la regolamentazione dei rapporti con il soggetto accreditato per la gestione in accreditamento definitivo della Casa Residenza per Anziani non autosufficienti RSA S.Chiera" - Art. 7 Fornitura delle prestazioni sanitarie – lettera h) Trasporti sanitari.

L'Azienda Usl si riserva di ridefinire alcuni contenuti del presente articolo in caso di approvazione di un nuovo Regolamento Provinciale in materia di trasporti.

ARTICOLO 6 - SICUREZZA DELLE CURE

Le Case di Cura sono tenute a perseguire la sicurezza delle cure, mediante la realizzazione di attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. Il personale che presta la propria attività presso le strutture sanitarie private accreditate, compresi i liberi professionisti, è tenuto a concorrere alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalla struttura stessa.



Le Case di Cura si impegnano altresì ad ottemperare alle disposizioni contenute nel Decreto Ministeriale n. 70/2015 e a perseguire gli obiettivi di cui alla Determinazione della Regione Emilia-Romagna n. 7249 del 15/05/2017 "Preso atto delle linee guida per l'adozione del regolamento per l'applicazione dell'Accordo Regione Emilia – Romagna / Aiop RER 2016/2018" (punto 3 e, per il dettaglio, allegato 1).

Tali documenti, relativamente alla sicurezza delle cure, richiamano la presenza di sistemi e procedure già previsti dalle norme di accreditamento, sollecitandone l'adozione puntuale con rigore metodologico.

Nello specifico, si riportano di seguito gli standard su cui la Regione Emilia Romagna ha in corso programmi e progetti a cui tutte le Aziende, pubbliche e private, devono ottemperare:

- 1) Sistema di segnalazione di eventi avversi attraverso la promozione e lo sviluppo di flussi informativi specifici (Obiettivo n. 13 Det. 7249/2017);
- 2) Procedura per l'identificazione del paziente (Obiettivo n. 13 Det. 7249/2017);
- 3) Lista di controllo operatoria - checklist operatoria – flusso SSCL (Solo Salus - Obiettivo n. 15 Det. 7249/2017);
- 4) Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico – flusso SICHER (Solo Salus - Obiettivo n. 16 Det. 7249/2017);
- 5) Scheda unica di terapia (Obiettivo n. 13 Det. 7249/2017);
- 6) Adozione di misure efficaci a prevenire la trasmissione di infezioni correlate all'assistenza e la diffusione dell'antibioticoresistenza e a promuovere l'uso responsabile degli antibiotici, disciplinate con DGR 318/2013. Tale Delibera prevede: un sistema di raccolta dati e di sorveglianza microbiologica per l'identificazione tempestiva di eventi epidemici, eventi sentinella e alert organism (nota 1); attività di sorveglianza e controllo della diffusione di Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE); procedure/istruzioni operative per il lavaggio delle mani, l'adozione di precauzioni universali e atte ad evitare la trasmissione di microrganismi da contatto, per via aerea e droplet; procedure che garantiscano l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione; protocolli per la profilassi antibiotica perioperatoria;
- 7) Programmi di formazione specifici.

A tal fine, si ritiene necessario richiedere un report di rendicontazione annuale, che riporti specifico riferimento a quanto posto in essere precisando: '

- 1) l'evidenza documentale di procedure per la segnalazione di eventi sentinella (Incident Reporting) e la dimostrazione della funzionalità di tale sistema (rispetto dei tempi di segnalazione di eventi classificati come "sentinella", report degli incidenti segnalati, attività di analisi delle cause degli eventi clinici avversi o quasi eventi anche mediante l'utilizzo di strumenti specifici quali Significant Event Audit e Root causes analysis e relative azioni di miglioramento intraprese);
- 2) le modalità operative per l'identificazione del paziente alle quali gli operatori sanitari devono attenersi e le modalità d'individuazione di eventuali errori e relative soluzioni poste in essere per superare eventuali criticità;
- 3) l'evidenza di introduzione ed utilizzo della checklist di sala operatoria, specificando il grado di implementazione dello strumento (n. interventi e % item compilati), le non conformità rilevate e le conseguenti azioni poste in essere per discutere le criticità ed attuare azioni di miglioramento correlate;
- 4) l'evidenza di documenti/procedure/indicazioni per facilitare l'adozione e la gestione della scheda unica di terapia come parte integrante della cartella clinica, indicando eventuali criticità riscontrate nell'adozione della stessa;
- 5) gli interventi attuati a seguito di eventuale rilevazione di eventi epidemici, eventi sentinella e alert organism registrati nel corso dell'anno, gli interventi attuati in caso di isolamento di CPE, le modalità utilizzate per verificare l'adesione al corretto lavaggio delle mani e all'utilizzo di precauzioni standard da parte degli operatori, le modalità utilizzate per verificare l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, la tipologia di profilassi antibiotica perioperatoria specificando il timing e le molecole impiegate,
- 6) il numero di professionisti coinvolti nei programmi di formazione e le tematiche affrontate per garantire l'inserimento dei nuovi lavoratori e l'aggiornamento periodico dei professionisti.

Nota¹ Tubercolosi, Meningite batterica, Legionellosi, malattie incluse nelle classi II, III e V (DM 15712/90), microrganismi con profilo di antibioticoresistenza inusuale.

Salus si impegna inoltre, per l'attività chirurgica svolta, ad ottemperare alla Circolare regionale n. 18/2016 inerente la gestione ed invio dei dati dei flussi informativi Checklist di Sala Operatoria (Surgical Safety Checklist –SSCL) e Infezione del sito chirurgico (SICHER). La partecipazione delle strutture private accreditate al flusso SSCL prevede l'invio dei dati a partire dal 1 gennaio 2017, mentre l'adesione al flusso SICHER prevede un periodo di sperimentazione di un anno durante il quale monitorare l'invio dei dati relativi alle procedure chirurgiche previste dal protocollo di sorveglianza e l'inclusione definitiva a partire dal primo gennaio 2018. Per maggiori dettagli è possibile consultare la documentazione SICHER e la lista delle procedure chirurgiche da monitorare, utilizzando i seguenti link:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/sicurezza-chirurgia/documentazione/normativa>
<https://siseps.regione.emiliaromagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/interventi.csv>

ARTICOLO 7 – DIRETTIVA IN MATERIA DI INFORMAZIONE SCIENTIFICA

Nel rispetto delle indicazioni poste dalla DGR 2309/2016 in materia di informazione scientifica del farmaco nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, le CdC dovranno produrre all'Azienda USL di Ferrara i regolamenti attuativi predisposti in ciascuna struttura. Sarà cura dei professionisti dell'Azienda USL, durante le visite per i controlli della documentazione sanitaria, valutare anche la presenza della apposita cartellonistica.

ARTICOLO 8 - CONTROLLI SANITARI

CONTROLLI SULL'ATTIVITA' DI RICOVERO

I controlli sanitari esterni sono disposti dal DM 10/12/2009 e conseguentemente dalle DGR n.1171/2009, DGR n. 1890/2010, DGR n. 1920/2011 e 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", nonché della DGR 217/2014 con riferimento al nuovo Piano Annuale dei Controlli (PAC). Sul tema sono poi intervenuti a vario titolo la DGR n. 2329/2016 e la determina del DG Salute dell'Emilia Romagna n. 7249/2017

Tali attività sono dirette e coordinate dall' U.O. Programmazione, Controllo della Gestione e della Mobilità Sanitaria e Comunicazione dell'Azienda USL di Ferrara ed effettuate dal personale che afferisce alla stessa UO.

Il controllo delle tipologie di ricovero previste dalla normativa riportata ha periodicità trimestrale.

Il contenuto dei controlli è conforme a quanto indicato nel PAC, ricordando che quest'ultimo non è esaustivo rispetto al contenuto e al volume dei controlli, ma ne rappresenta la parte minima obbligatoria.

Sono eseguite le verifiche sulle attività di Acuti e Post acuti e possono riguardare: la documentazione sanitaria, la codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera e l'appropriatezza organizzativa (appropriatezza del setting di erogazione).

Nel caso emergano evidenze non occasionali ma costanti, che comportano un inequivocabile vantaggio economico per l'erogatore, correlate ad una codifica non conforme alle regole regionali o a modalità di erogazione diverse da quelle condivise a livello regionale, il controllo sarà esteso a tutta la casistica considerata. In tali casi le scadenze temporali indicate per l'esecuzione dei controlli non sono vincolanti.

Compilazione e regolare tenuta della cartella clinica

La struttura si impegna a rispettare le normative di legge in merito alla compilazione e alla regolare tenuta della documentazione sanitaria, con particolare riferimento ad una completa, chiara e corretta compilazione della cartella clinica in ogni sua parte: anamnesi ed esame obiettivo, diario clinico, diario infermieristico, registro operatorio, scheda di terapia, lettera di dimissione, cartella anestesiologicala e trasfusionale; consensi (che per norma di legge devono essere rilasciati in forma scritta) al fine di attestare l'iter diagnostico-terapeutico del paziente. Relativamente ai ricoveri di tipo chirurgico si richiede la presenza in cartella di copia del referto dell'esame strumentale (TAC, RMN, ecografia, etc), anche laddove eseguito in altra struttura sanitaria e/o precedentemente al ricovero stesso, atto a modificare il ricorso e l'indicazione al trattamento chirurgico. Il referto deve contenere le informazioni necessarie a fornire una esaustiva descrizione della patologia o delle condizioni riscontrate nel corso dell'esame/indagine diagnostica che rendano necessario l'intervento chirurgico/trattamento effettuato.

Codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera

La SDO è parte integrante della cartella clinica di cui assume il medesimo valore giuridico di atto pubblico di fede privilegiata. La struttura si impegna alla sua corretta e completa compilazione, garantendone la congruità con i dati presenti nella cartella stessa, con particolare riferimento alla codifica delle diagnosi e delle procedure. Tale codifica dovrà opportunamente e doverosamente conformarsi ai criteri normativi regionali (Linee guida per la compilazione e la codifica della scheda di dimissione ospedaliera e successivi aggiornamenti), al fine di operare una corretta valorizzazione economica delle prestazioni erogate.

Tempistica dei controlli

Come indicato nella DGR 354/2014 il controllo è sistematico con cadenza almeno trimestrale. In tema di controlli sulle strutture private accreditate è intervenuta la disciplina di cui alla DGR n. 2329/2016 e alla determina della DG Salute dell'Emilia Romagna n. 7249/2017, che comunque prevalgono rispetto a quanto sinteticamente riportato in seguito per motivi espositivi.

Entro 90 giorni dalla validazione trimestrale, il controllo deve essere terminato con l'invio del verbale.

Entro 30 giorni dalla notifica del verbale, la struttura controllata invia le proprie controdeduzioni; dopo tale termine le contestazioni si ritengono accettate.

Le controdeduzioni dovranno essere accettate o rifiutate nel più breve tempo possibile e comunque non oltre i 30 giorni dalla ricezione, oltre i quali le controdeduzioni si ritengono accolte.

A seguito delle controdeduzioni del produttore si avvia la disamina congiunta del contenzioso non risolto, che definisce in modo formale le modalità di risoluzione delle questioni aperte, con contestuale definizione dell'aspetto economico.

Le situazioni per le quali non si perviene ad una risoluzione del contenzioso saranno sottoposte, per una composizione condivisa, alla valutazione congiunta dei Direttori Generali e del Direttore Generale e del Legale Rappresentante delle Strutture sanitarie interessate.

Esito dei controlli

Economici: quando il controllo porti ad una variazione di codifica condivisa e ad una conseguente riattribuzione del caso a diverso DRG, il ricovero sarà ritariffato.

Per i ricoveri individuati concordemente come inappropriati relativamente al setting di erogazione, la rivalorizzazione sarà determinata dall'applicazione delle tariffe vigenti per il regime ritenuto appropriato: se ambulatoriale, si applicheranno le tariffe delle prestazioni specialistiche documentate in cartella clinica ove congrue, pertinenti ed adattabili come patologia di competenza al caso trattato; se day hospital o day surgery si applicherà la corrispondente tariffa pari alle giornate ritenute appropriate.

In caso di carenze relative alla corretta tenuta della cartella clinica come: assenza di documenti, la presenza dei quali sia richiesta ufficialmente o concordata tra le parti, incompleta compilazione degli stessi o di sezioni della cartella clinica, non conformità rispetto alla norma, se ne darà comunicazione alla struttura, che provvederà nel minor tempo possibile ad adeguamento rispetto alle indicazioni fornite.

Qualora le carenze dovessero perdurare e mantenersi sistemiche dopo la seconda segnalazione specifica, dal successivo controllo utile si provvederà ad abbattimento del 10% dell'importo del ricovero.

CONTROLLI SULL'ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Al fine di perseguire una più efficace tutela della salute attraverso il miglioramento delle modalità di erogazione delle prestazioni, l'Azienda USL si impegna ad eseguire controlli anche sull'attività di specialistica ambulatoriale.

I controlli sono di due tipi.

Il primo è un controllo di congruità tra le prestazioni inserite nel flusso informativo ASA (attività specialistica ambulatoriale) e quelle effettivamente effettuate e refertate (risultanze cartacee presenti negli enti eroganti).

La definizione del campione di prestazioni da sottoporre a controllo viene effettuata trimestralmente e può comprendere le prestazioni erogate in una o più giornate per trimestre, a seconda della dimensione della casistica trattata dalla struttura stessa.



Oltre alla congruità tra le prestazioni dichiarate in flusso ASA e i relativi referti attestanti l'erogazione delle stesse, viene eseguito il controllo della sede di prenotazione delle prestazioni, verificando che siano state prenotate tramite CUP o che sia motivata la diversa modalità di prenotazione.

Il secondo controllo concerne le **prestazioni incompatibili** come da PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI - PAC - ex Delibera di Giunta Regionale N. 354/2012 - ANNO 2014.

Vengono controllate le prestazioni di diagnostica per immagini – radiologia diagnostica, per le quali è presente un'incompatibilità di codifica, secondo le norme definite nel nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, in base al quale non è accettabile la coesistenza di alcune coppie di prestazioni nella medesima ricetta.

Durante i controlli vengono valutate le ragioni dell'incompatibilità riscontrata, che può risalire a: errata modalità prescrittiva, errata prenotazione o modalità di refertazione.

Al termine del controllo vengono fornite indicazioni correttive.

Per ogni prestazione viene altresì controllata la presenza dei seguenti documenti:

- Richiesta del MMG
- Prenotazione CUP
- Referto della prestazione specialistica erogata
- Consenso al trattamento dei dati

Esito dei controlli

In caso di carenze relative alla corretta tenuta della documentazione sanitaria e amministrativa, come la mancanza della firma (digitale se previsto o autografa), presenza di firma autografa illeggibile e non riconducibile al professionista o mancanza del timbro del professionista (quando previsto), si provvederà ad abbattimento del 10% dell'importo tariffato.

Nel caso di prestazioni incompatibili (anche se prescritte come tali dal MMG o dallo specialista), a seguito di verifica della motivazione relativa alla coesistenza delle prestazioni stesse, qualora risulti non giustificata, si procederà ad abbattimento totale dell'importo della prestazione incompatibile.

ARTICOLO 9 – PAGAMENTI

Le Aziende USL procedono ai pagamenti delle fatture secondo quanto disposto dal D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231, così come modificato dal D.Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 e interpretato dall'art. 24 L. 30 ottobre 2014, n. 161 (60 giorni dal ricevimento della fattura), come previsto dall'Accordo quadro Regione Emilia-Romagna – AIOF, al quale si rinvia per ogni altro aspetto economico-finanziario non espressamente citato nel presente accordo.

Soltanto le prestazioni accettate nelle banche dati regionali concorreranno a determinare gli importi delle liquidazioni e, quindi, dei pagamenti.

TEMPISTICA PREVISTA PER L'EMISSIONE E LA LIQUIDAZIONE DELLE FATTURE RICEVUTE

Le fatture dovranno essere emesse, distinte per tipologia di attività e di residenza degli assistiti, con cadenza mensile. In particolare, dovranno essere emesse e inviate all'Azienda USL entro il giorno 15 del mese successivo (DPR 633/1972 – Legge IVA).

La fatturazione dovrà avere cadenza mensile e non si ritengono accettabili fatture riferite a periodi di competenza inferiori, salvo integrazioni riferite a mesi precedenti e opportunamente giustificate o salvo specifiche occasionali esigenze preventivamente condivise e concordate.

Coerentemente alle circolari vigenti, si ribadisce che saranno remunerate soltanto le prestazioni validate nei flussi informativi regionali, SDO e ASA (Circolare Regionale SDO n. 2/2009 e Circolare Regionale ASA n. 2/2011) e che, pertanto, la liquidazione avverrà successivamente ai "ritorni informativi".

Si riepilogano nella seguente tabella le scadenze previste dalle disposizioni attualmente valide.

| Settore | Emissione/invio fatture da CdC | Scadenza per invio flusso ASA/SDO a RER | Ritorno informativo della RER | Liquidazione | Pagamento |
|-----------------------------|--|--|---|--|--|
| Specialistica ambulatoriale | Entro il giorno 15 del mese successivo (DPR 633/1972 –Legge IVA) | entro il 7 del mese successivo a quello di competenza | metà del mese successivo a quello di competenza | entro una settimana lavorativa dal ritorno informativo (per consentire i controlli anagrafici e di congruenza tra banche dati e fatturato) | a 60 giorni dalla data di arrivo delle fatture |
| Ricoveri | | entro la fine del mese successivo a quello di competenza | prima settimana del mese successivo a quello di invio | | |

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

FLUSSI FINANZIARI CONNESSI ALLA MOBILITÀ INTERREGIONALE

Come specificato nell'Accordo quadro Regione Emilia Romagna-AIOP 2016 – 2018, si applicano le disposizioni discese da quanto concordato in Conferenza delle Regioni il 29/09/2016, ovvero si procederà a liquidare e pagare le fatture ricevute per prestazioni rese a cittadini residenti in altre regioni fino a concorrenza del valore contabilizzato, a livello complessivo aziendale, nel bilancio di esercizio 2013, a titolo di acconto e in attesa di validazione definitiva regionale degli importi da riconoscere.

Il valore complessivo Aziendale per l'attività di ricovero del 2013 è stato di Euro 1.427.905,81 ed è quindi di riferimento per gli OPA oggi esistenti Salus e Quisisana. In merito alla liquidazione in acconto di dette somme potranno essere sottoscritti accordi integrativi con valenza annuale per la ripartizione delle somme con il consenso di tutte le parti firmatarie il presente documento.

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

ARTICOLO 10 - ASSICURAZIONE

La struttura privata accreditata garantisce di aver sottoscritto un 'adeguata polizza assicurativa a copertura dei danni derivanti dall'esercizio della propria attività. L'Azienda è esonerata da qualsiasi tipo di responsabilità derivante dalla esecuzione delle attività di cui al presente accordo.

ARTICOLO 11 – DIRITTO ALLA RISERVATEZZA

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 esterno del trattamento, ai sensi dell'art. 29 del codice della privacy, per lo svolgimento delle attività oggetto del presente accordo, secondo il seguente sistema.

L'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.

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

Ciò premesso, laddove le Società assumano le qualifiche di responsabili esterne del trattamento dei dati personali, le stesse sono tenute a:

- garantire la liceità e la correttezza dei trattamenti effettuati;
- garantire la qualità e la quantità dei dati oggetto di trattamento con specifico riferimento ai profili di esattezza, aggiornamento, pertinenza, non eccedenza rispetto alle finalità di trattamento nonché di completezza;
- non utilizzare i dati e le informazioni acquisite per finalità che non siano strettamente connesse agli scopi del presente accordo di fornitura;
- raccogliere i dati con modalità che garantiscano la riservatezza degli interessati e conservare i medesimi per un periodo non superiore a quello necessario per le finalità di trattamento e, comunque, in base alle disposizioni che disciplinano modalità e tempi di conservazione degli atti amministrativi.

Le Società, in quanto responsabili esterne del trattamento dei dati personali, devono in particolare curare i seguenti adempimenti:

- 1) nominare gli operatori di cui dispongono quali incaricati di trattamento e fornire loro dettagliate istruzioni operative, nel rispetto della normativa in materia di privacy;
- 2) fornire le informative agli interessati ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 e raccogliere e conservare, nei casi previsti, la documentazione che attesti il consenso al trattamento dei dati personali da parte degli interessati;
- 3) assicurare la predisposizione e l'aggiornamento di un sistema di sicurezza dei dati, in conformità alle misure minime ed idonee prescritte dal D. Lgs. 196/03; in ogni caso i dati dovranno essere conservati con modalità tali da impedire rischi di distruzione, perdita, alterazione, intrusione o accesso da parte di soggetti non abilitati o autorizzati;
- 4) restituire all'Azienda UsI di Ferrara, debitamente sottoscritto gli allegati moduli di nomina quali responsabili esterni del trattamento dei dati personali (allegati 5 e 6).

Si precisa inoltre che agli artt. 161-172 del D. Lgs. 196/03 sono previste singole ipotesi di illecito amministrativo e penale correlate ai profili di responsabilità in caso di inosservanza delle disposizioni in materia di protezione di dati personali.

Per quanto non espressamente previsto nel presente articolo, si rinvia alle disposizioni generali in materia di protezione dei dati personali.

In caso di accertato inadempimento, da parte delle Società, alla normativa in materia di trattamento dei dati personali, l'Azienda USL ha facoltà di dare immediata risoluzione all'Accordo in essere.

ARTICOLO 12 – CODICE DI COMPORTAMENTO, NORMATIVA ANTICORRUZIONE, NORMATIVA ANTIMAFIA

La Struttura Privata accreditata dovrà attenersi agli obblighi di condotta previsti dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato con DPR 62/2013 e dal Codice di comportamento dell'Azienda USL di Ferrara, scaricabile al link: http://www.ausl.fe.it/azienda/organizzazione/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/codice-disciplinare-codice-condotta/copy_of_allegato2codiceconindice.pdf e da eventuali successivi aggiornamenti.

Dovrà inoltre attenersi agli obblighi di cui alla L.165/2001 e dalla L.190/2012, relativo al divieto di concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o di attribuire incarichi ad ex dipendenti della AUSL che hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto dell'Azienda nei confronti del contraente, nel triennio successivo alla cessazione del loro rapporto di lavoro.

L'onere della verifica della veridicità di quanto dichiarato dal collaboratore nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio da

esso rilasciato preventivamente alla stipula del contratto di lavoro, è in capo alla Struttura a non incorrere in responsabilità.

Ai sensi del DLgs n.159 del 6/9/2011, modificato dal DLgs n.218 del 15/11/2012, è richiesto che al momento della sottoscrizione del contratto, e per la durata dello stesso, l'Azienda USL sia in possesso di valida documentazione antimafia. Agli atti dell'Azienda risulta presente, per ciascuna struttura, valida certificazione attestante la non sussistenza a carico della Società e dei soggetti individuati ai sensi dell'art. 85 del D.Lgs 159/2011, di cause di decadenza, di sospensione e di divieto previste dall'art. 67 e dagli artt. 84 C.4 e 91 C.6 del medesimo Decreto.

Le Strutture sono tenute a fornire all'Azienda USL di Ferrara la documentazione strumentale al rinnovo della certificazione sopracitata, nonché a comunicare tempestivamente all'Azienda USL di Ferrara ogni modifica che dovesse intervenire negli assetti proprietari, nella struttura di impresa e negli organismi tecnici e amministrativi (art. 10 sexies, punto 11, L. n. 575/65).

ARTICOLO 13 – INCOMPATIBILITA'

Ai sensi dell'art. 4, comma 7 della legge n. 412/1991 e successiva norme, in particolare dall'art. 1 della Legge n.662/1996, si conferma l'incompatibilità del personale dipendente del SSN, nonché del restante personale che comunque intrattiene rapporti di tipo sanitario con il SSN a titolo convenzionale o anche libero- professionale, a prestare la propria attività nei confronti delle Strutture private Accreditate.

Con la sottoscrizione del presente contratto la Struttura privata accreditata attesta che, per tutta la durata del contratto, in capo al proprio personale non sussistono situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente.

Le strutture private si impegnano all'invio annuale dell'elenco aggiornato del personale sanitario che intrattiene rapporti con la struttura privata accreditata, specificando le qualifiche, le specializzazioni conseguite e l'attività specialistica svolta e a corredo degli elenchi nominativi dovranno essere presenti le certificazioni di compatibilità per il personale medico.

Dovranno essere altresì trasmessi gli elenchi delle firme depositate di tutto il personale medico, tecnico ed infermieristico, autorizzato alla compilazione della cartella clinica.

Si chiede inoltre di trasmettere, successivamente, anche eventuali modifiche o integrazioni che dovessero subentrare in corso d'anno.

ARTICOLO 14 – CONTROVERSIE

La decisione di ogni controversia che dovesse insorgere tra le parti in relazione ai reciproci adempimenti del presente contratto sarà rimessa all'Autorità Giudiziaria Ordinaria.

A tal fine le parti individuano quale Foro competente quello di Ferrara.

ARTICOLO 15 - VALIDITÀ E DURATA

Il presente accordo sostituisce la proroga semestrale del precedente "ACCORDO DI FORNITURA 2014 – 2016" ed ha validità ed efficacia per il periodo 01.01.2017 - 31.12.2019.

Sia per la parte normativa che per quella economica sono fatte salve diverse e successive determinazioni regionali intervenute nel tempo di durata del contratto.

ARTICOLO 16 - CLAUSOLE FINALI

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.

Il presente accordo è soggetto ad imposta di bollo a i sensi dell'art. 2, par te 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 del DPR 26/04/1986 n. 131. Le spese di bollo sono a carico della Struttura privata e le eventuali spese di registrazione sono a carico della parte richiedente.

L'Azienda U.S.L. trasmetterà il presente atto entro 30 giorni dalla data della sottoscrizione al Servizio Presidi Ospedalieri dell'Assessorato Regionale.

Letto, approvato e sottoscritto.

Nota a Verbale:

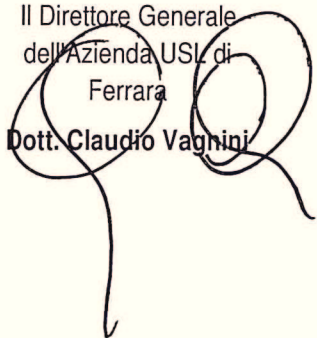
Le Case di Cura firmatarie, anche a nome dell'Aiop Provinciale di Ferrara, rilevano la necessità di affrontare con specifiche sessioni di confronto tra le Parti il tema della mobilità passiva di Ferrara e delle possibili soluzioni per il recupero, già oggetto di una propria relazione che presto verrà presentata alle autorità competenti ed al pubblico.

Ferrara, il

01 DIC. 2017


Il Direttore Generale
dell'Azienda U.S.L. di
Ferrara

Dott. Claudio Vagnini



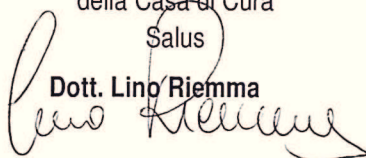
Il Legale Rappresentante
della Casa di Cura
Quisisana

Dott. Giorgio Piacentini



L'Amministratore Unico
della Casa di Cura
Salus

Dott. Lino Riemma



ALLEGATO 1

| QUISISANA - COMMITTENZA 2017 PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI | | | | |
|---|--|-------------------|--|--|
| Disciplina | Prestazione | Qtà commissionata | Sconto (da applicare su fatturato netto) | |
| CARDIOLOGIA | 88.72.2 - ECODOPPLERGRF CARDIACA | 1.025 | | |
| | 88.72.3 - E(C)DGRF CARDIACA | | | |
| | 88.73.5 - E(C)D TRONCHI SOVRAAORTICI | 6.215 | 3% | |
| | 88.77.2 - E(C)DGRF ARTI SUP. O INF. O DISTRETTUALE | | | |
| | 88.76.21 - ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI | 65 | 3% | |
| | 89.41 - T. CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE | 260 | | |
| | 89.43 - T. CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMET | | | |
| | 89.50 - ECG DINAMICO (holter) | 945 | | |
| | 89.7 - VISITA CARDIOLOGICA | 435 | | |
| | 89.52 - ECG | 1.680 | | |
| RADIOLOGIA | 89.61.1 - MONIT. CONTINUO (24 Ore) PRESSIONE ARTERIOSA | 120 | | |
| | 88.71.4 - DIAGNOSTICA ECOGRF CAPO E COLLO | 1.350 | | |
| | 88.73.1 - ECO MAMMELLA (bilaterale) | | | |
| | 88.73.2 - ECO MAMMELLA (monolaterale) | 760 | | |
| | 85.19.01 - ESAME CLINICO STRUMENTALE DELLE MAMMELLE | | | |
| | 88.74.1 - ECO ADDOME SUPERIORE | 1.500 | 3% | |
| | 88.75.1 - ECO ADDOME INFERIORE | 405 | 3% | |
| | 88.76.1 - ECO ADDOME COMPLETO | 4.750 | 3% | |
| | 88.78.2 - ECO GINECOLOGICA | 150 | | |
| | 88.79.7 - ECO TRANSVAGINALE | 1.630 | | |
| ENDOCRINOLOGIA | 88.71.4 - DIAGNOSTICA ECOGRF CAPO E COLLO | 1.025 | | |
| | 89.01.8 - VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO | 620 | | |
| | 89.7A.8 - PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. | 690 | | |
| DERMATOLOGIA | 89.7A.7 - PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica | 2.220 | | |
| GASTROENTEROLOGIA | 45.16 - EGD CON BPS | 410 | | |
| | 89.7A.9 - VISITA GASTROENTEROLOGICA | 215 | | |
| | 89.37.1 - SPIROMETRIA SEMPLICE | 210 | | |
| PNEUMOLOGIA | 89.37.2 - SPIROMETRIA GLOBALE | 40 | | |
| UROLOGIA | 89.7B.9 - PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA | 345 | | |
| | 89.7C.2 - VISITA UROLOGICA | 460 | | |
| RADIOLOGIA | 88.94.1 - RM MUSCOLOSCHELETRICA | 1.800 | | |

29.325 >> TETTO ECONOMICO € 970.000

| | | | |
|------------|---------------------------------|-----|-----|
| RADIOLOGIA | 88.94.1 - RM MUSCOLOSCHELETRICA | 350 | 30% |
|------------|---------------------------------|-----|-----|

350 >> TETTO ECONOMICO € 30.000

ALLEGATO 2

| SALUS - COMMITTEENZA 2017 PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI | | | | |
|--|-------------|-------------------|--|--|
| Disciplina | Prestazione | Qtà commissionata | Sconto (da applicare su fatturato netto) | |

| | | | |
|-------------|--------------------------------|-------|----|
| CARDIOLOGIA | 88.72.2 ecocardiografia | 2.000 | 3% |
| | 88.72.3 ecocolor Dopplergrafia | 0 | 3% |
| | 89.50 holter | 400 | |
| | | 2.400 | |

| | | | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|--|
| CHIRURGIA GENERALE | 48.35 asp. Lesione o tessuto retto | 800 | |
| | 64.92.1 frenulotomia | | |
| | 83.09 altra incisione tessuti molli | | |
| | 86.04 inc. con drenaggio | | |
| | 86.05.1 inc. con rimozione | | |
| | 86.23 rimo. Unghia | | |
| | 89.7 visita | | |

| | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------|----|
| CHIRURGIA VASCOLARE | 88.73.5 ccd isa | 5.000 | 3% |
| | 88.77.2 ccdgrf arti sup/inf | | 3% |
| | 88.76.1 ccd grossi vasi | | 3% |
| | 89.7 visita | 350 | |
| | | 5.350 | |

| | | | |
|------------|----------------------|-------|--|
| OCULISTICA | 89.01 controllo | 0 | |
| | 95.02 visita | 3.000 | |
| | 95.09.1 fundus oculi | 400 | |
| | | 3.400 | |

| | | | |
|------------|--------------|-------|----|
| RADIOLOGIA | ANGIO RM | 182 | |
| | RM DGR 704 | 3.000 | |
| | RM VARIE | 2.000 | |
| | TC ADDOME | 400 | |
| | TC TORACE | | |
| | ECO MAMMELLA | 0 | |
| | ECO VARIE | 3.122 | 3% |
| | | 8.704 | |

| | | | |
|-----------|--------|-------|--|
| ORTOPEDIA | VISITE | 1.800 | |
| | | 1.800 | |

| | | | |
|------------|--------|-----|--|
| NEUROLOGIA | VISITE | 700 | |
| | | 700 | |

23.154 >> TETTO ECONOMICO € 1.359.750