

**Accordo Quadro tra
Regione Emilia-Romagna e l'Associazione delle Istituzioni Sanitarie
Ambulatoriali Private (ANISAP) in materia di
Assistenza Specialistica Ambulatoriale
Triennio 2010 – 2012**

Considerazioni introduttive

La sempre più accentuata tendenza a spostare dal livello di ricovero a quello ambulatoriale una sempre maggiore e più complessa quantità di prestazioni influenza fortemente i problemi delle liste e dei tempi d'attesa tipici di un sistema sanitario pubblico ed universalistico. La definizione delle modalità attraverso cui affrontare adeguatamente tali problemi è stata alla base, tra l'altro, delle recenti scelte della pianificazione regionale che ha demandato alle Aziende USL il compito di procedere, attraverso l'elaborazione e l'aggiornamento annuale di "piani di produzione aziendali" ad effettuare una oggettiva valutazione della capacità complessiva aziendale pubblico/privata di rispondere al fabbisogno di assistenza specialistica dei cittadini, nel rispetto dei tempi massimi di attesa stabiliti nel Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa.

Il perseguimento degli obiettivi accennati comporta non solo la necessità di valutare attentamente la qualità e i volumi delle prestazioni rese dalle diverse tipologie di soggetti erogatori, ma anche una particolare attenzione sulla distribuzione dei punti di offerta, evitando per un verso la ridondanza dell'offerta con sovrapposizione di attività e inappropriato uso di risorse ad alta professionalità e tecnologia, per l'altro la inadeguata copertura di alcune aree territoriali in particolare relativamente alle prestazioni specialistiche "di base".

Gli elementi evidenziati hanno ispirato l'approccio attraverso cui sono stati definiti i criteri per l'attuazione del processo di accreditamento istituzionale che, anche in attuazione della legge 296/2006, sta per essere completato con l'accREDITamento delle strutture private ambulatoriali.

Tale percorso ha comportato, da parte di ciascuna Azienda USL, una valutazione della coerenza dell'accREDITamento rispetto al fabbisogno di prestazioni di assistenza

specialistica riferito alle singole articolazioni distrettuali, con particolare riferimento alla salvaguardia del principio di equità di accesso alle stesse; inoltre, l'opzione a favore dell'accreditamento dell'intera struttura, (ovviamente relativamente alle funzioni riscontrate in possesso dei requisiti previsti), ha voluto mettere a disposizione della pianificazione delle Aziende elementi di flessibilità nella gestione dei rapporti con il privato, tali da consentire - attraverso la possibilità di variazioni e/o adeguamenti annuali dei contratti di fornitura delle attività specialistiche e delle stesse tipologie di prestazioni oggetto dei singoli contratti -, di far fronte alle eventuali modificazioni dell'effettivo fabbisogno della popolazione di riferimento, già nel corso del periodo di validità dell'accreditamento.

Attraverso tali opzioni si è voluto avviare, in sostanza, un percorso destinato a collocare stabilmente anche il contributo del privato nell'ambito della pianificazione sanitaria territoriale, consolidando e qualificando l'apporto di tale categoria di fornitori per il soddisfacimento del fabbisogno della popolazione e per far fronte anche a necessità contingenti che richiedono flessibilità e tempestività di risposta.

Attraverso l'inserimento stabile di tale categoria di fornitori, tra l'altro, si renderà ancora più concreto il raggiungimento di quegli obiettivi di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, derivanti dall'applicazione di linee guida, protocolli diagnostico terapeutici e di criteri di priorità di accesso, per specifiche patologie, individuati in sede di revisione del decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza, in modo da pervenire ad un coinvolgimento di tutte le categorie sul percorso di qualificazione dell'assistenza specialistica.

L'effettiva integrazione nel sistema erogativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale comporta il soddisfacimento, anche da parte delle strutture private, del complesso dei debiti informativi riguardanti il settore, con particolare riferimento alla rilevazione dei dati riguardanti le prestazioni erogate e alla relativa trasmissione alla banca dati regionale (ASA), sia ai fini economici sia ai fini del mantenimento dello stato di soggetto accreditato.

Riprendendo l'esperienza ormai consolidata che la Regione Emilia-Romagna ha in essere con le Associazioni rappresentative dell'ospitalità privata, che ha consentito, a livello regionale, l'affermazione di un sistema di relazioni organico e condiviso di una serie di principi posti a riferimento per la definizione dei contenuti dei rapporti negoziali delle Aziende USL con le strutture private che producono prestazioni di ricovero ospedaliero, si ritiene ora utile, con la presente intesa, introdurre anche nell'ambito dei rapporti con le associazioni sindacali rappresentative dei produttori privati di prestazioni specialistiche

ambulatoriali in ambito territoriale, una serie di principi di riferimento idonei a dar vita ad un analogo sistema di relazioni.

Ciò premesso e considerato, la Regione Emilia-Romagna e l'ANISAP Emilia-Romagna, si danno reciprocamente atto che:

- l'ANISAP è il Sindacato maggiormente rappresentativo delle strutture sanitarie private che, in un contesto integrato con l'insieme delle strutture sanitarie pubbliche gestite direttamente dalle Aziende USL della Regione, concorrono al soddisfacimento del fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale;
- tale funzione, nell'ambito del macrolivello relativo all'Assistenza Distrettuale, contribuisce ad assicurare l'erogazione, a favore dei cittadini aventi diritto all'assistenza a carico del SSR, delle varie tipologie di prestazioni specialistiche incluse nei L.E.A e, in tal senso, riconoscono la vocazione territoriale delle strutture associate all'ANISAP che, grazie alla loro dislocazione articolata sul territorio regionale, sono storicamente partecipi della rete integrata delle strutture ambulatoriali. Tale vocazione territoriale rende le strutture private titolari di accreditamento, una volta che siano divenute titolari di contratti per la fornitura di prestazioni, naturalmente destinatarie del Progetto regionale "Sole" che, pertanto, sarà gradualmente esteso anche ad esse secondo modalità da definire.
- tra le varie Aziende USL della regione e l' ANISAP, nell'ambito de piani preventivi annuali di attività sono stati concordati, sin dagli anni '90, diversi Protocolli d'Intesa finalizzati all'erogazione di prestazioni specialistiche dai cui contenuti sono scaturiti risultati positivi per entrambe le parti e per la popolazione nel suo complesso;
- è opportuno - al fine di dar corso ad una corretta applicazione, in termini quanto più possibile univoci sull'intero territorio regionale, delle procedure e delle innovazioni connesse all'instaurazione dei nuovi rapporti contrattuali derivanti dall'applicazione della normativa nazionale e regionale relativa all'istituto dell'Accreditamento istituzionale che sta per essere compiutamente realizzato nella regione - pervenire alla formalizzazione di un accordo quadro regionale che, inserito nel sistema degli accordi contrattuali regionali con i produttori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale, consenta di superare, a livello locale, incertezze e dubbi interpretativi,

e convengono su quanto segue:

Art. 1. (OGGETTO E FINALITÀ)

Il presente accordo quadro ha l'obiettivo di individuare i principi ispiratori di una rete integrata dei servizi pubblico/privati, secondo i principi di organizzazione del Servizio Sanitario Regionale indicati nella L.R. n. 29/2004, fondata su una collaborazione continuativa tra soggetti che agevoli l'accesso alle cure da parte del paziente, nel rispetto della libera scelta della struttura erogatrice.

I rapporti contrattuali tra le Aziende USL e le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale saranno singolarmente regolamentati alla luce dei principi di cui al presente accordo quadro attraverso contratti di fornitura formalizzati, per le parti compatibili, sulla base delle indicazioni di cui alla D.G.R. Emilia Romagna n. 426/2000 ed ai sensi degli artt. 8 bis, 8 quinquies e 8 octies del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, relativi agli accordi contrattuali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni assistenziali.

I professionisti accreditati come tali ed espletanti l'attività professionale nel proprio studio singolo o associato non sono compresi nel presente accordo.

La validità del presente accordo quadro è stabilita in anni tre a decorrere dal 01/01/2010, fatta salva la necessità di procedere a modificazioni e/o integrazioni concordate.

Art. 2. (RAPPORTI TRA AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E CONTRATTO)

Il provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria rilasciato dal Comune competente per territorio e il possesso del provvedimento regionale di accreditamento istituzionale (o definitivo) rilasciato con propria Determinazione dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali si pongono quali presupposti indispensabili per la stipulazione, da parte della struttura privata, di eventuali contratti di fornitura a favore dei cittadini aventi diritto all'assistenza sanitaria a carico del SSR.

Al fine di dare stabilità ai rapporti derivanti dai contratti di fornitura stipulati tra il Titolare della Struttura Sanitaria Privata accreditata e il Direttore Generale dell'Azienda USL di

riferimento si conviene che i rapporti giuridici così costituiti abbiano durata triennale, ma che annualmente, in sede di definizione del Piano annuale di attività, per adeguare la risposta alle eventuali variazioni del fabbisogno da soddisfare, l'Azienda USL contraente possa procedere a ridefinire la tipologia e i volumi delle prestazioni oggetto del contratto stesso selezionandole, tra quelle per le quali la struttura è autorizzata e accreditata. Le parti provvederanno, ai conseguenti adeguamenti del contratto di fornitura.

In base al II comma dell'articolo 8 quater del D.l. gs. n. 502/92 e succ. mod. e int., la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e per gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali, per cui, fatto salvo quanto specificato al successivo articolo 3, la struttura accreditata che proceda, in difformità a quanto previsto, all'erogazione di prestazioni, non avrà titolo ad avanzare le relative richieste di pagamento nei confronti di qualunque articolazione del Servizio sanitario nazionale.

Art. 3. (CONTRATTO E MOBILITA' INFRAREGIONALE ED EXTRAREGIONALE)

Il contratto instaurato dall'AUSL con una struttura privata accreditata ha ad oggetto il soddisfacimento del fabbisogno stimato della popolazione assistita dall'Azienda contraente che a tale fabbisogno ha commisurato sia la qualità che la quantità delle prestazioni oggetto del contratto di fornitura.

Tale affermazione deve, tuttavia, conciliarsi con la norma sancita dal II comma dell'articolo 8 bis del D.l.gs 502/92 e succ. mod. e int. che sancisce il principio della libera scelta del cittadino del luogo di cura sia tra le strutture pubbliche collocate all'interno o all'esterno del territorio dell'Azienda di residenza, sia nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali.

Al fine di individuare una regolamentazione che consenta di armonizzare le esigenze e i principi richiamati con la salvaguardia della programmazione aziendale che, per evitare inutili disagi ai cittadini, ha quale obiettivo quello dell'autosufficienza territoriale, si stabilisce che l'accesso a strutture collocate al di fuori del territorio aziendale sia da ritenere fisiologico qualora abbia caratteristiche di occasionalità. Non così, invece, qualora il ricorso a strutture extraterritoriali assuma una consistenza tale da interagire con le potenzialità della risposta predisposta dall'Azienda per soddisfare la popolazione residente, vanificandone o riducendone la portata.

Si stabilisce, pertanto, che qualora l'accesso di utenza proveniente da altre Aziende abbia natura occasionale, l'accesso da parte di utenza extraaziendale sia subordinato alla sola esistenza di regolare contratto con l'Azienda competente per territorio con addebito dei relativi oneri direttamente all'azienda infraregionale di provenienza del cittadino e, qualora si tratti di cittadini provenienti da aziende extraregionali, fatti salvi i vincoli derivanti da eventuali accordi interregionali, attraverso i più generali meccanismi regolatori della mobilità sanitaria. A condizione, ovviamente, che si tratti delle medesime prestazioni oggetto di contratto con l'Azienda USL contraente, quale espansione di tale originario contratto.

Qualora, invece, tale accesso assuma consistenza tale da configurarsi come sistematico, sarà necessario sottoscrivere uno specifico contratto di fornitura di durata annuale, eventualmente rinnovabile, tra la struttura accreditata e l'Azienda Usi regionale di residenza dei cittadini. Tale possibilità è da prevedere anche tenuto conto delle problematiche inerenti alla mobilità passiva sia infra che interregionale che dimostra un trend incrementale nell'ultimo triennio.

Al fine di evitare dubbi e contestazioni si concorda che gli accessi da parte di utenza extraaziendale infraregionale perdano la natura di occasionalità qualora le prestazioni rese da ciascuna struttura comportino, nel corso dell'anno, un onere eccedente i 7.500 Euro. Di conseguenza fino alla concorrenza dell'importo sopra indicato le prestazioni saranno oggetto di liquidazione secondo la regolamentazione regionale di riferimento, quelle eccedenti invece potranno formare oggetto di liquidazione solo in presenza di contratto stipulato con le Aziende.

Al fine inoltre di governare la spesa della mobilità infraregionale, l'assistenza specialistica delle strutture private accreditate erogata a favore dei pazienti non residenti nell'ambito territoriale di competenza dà luogo alla definizione di budget aziendali con appositi meccanismi di riduzione economica delle eventuali prestazioni erogate oltre il tetto economico del suddetto budget. Il budget indicato, da ritenersi congruo in relazione all'attività erogata, e che si prevede di erogare, rispetto ai fabbisogni rilevati e compatibile con le risorse del sistema, comprende anche gli importi dei contratti stipulati o che dovranno essere stipulati ai sensi del paragrafo precedente .

I budget di riferimento sono costruiti tenendo conto della necessità di ricondurre la presente intesa ad un assetto più avanzato e più consono rispetto alle mutate esigenze

del sistema, al maggior livello di integrazione tra pubblico e privato, al riconoscimento di una maggiore capacità di alcuni soggetti in termini di risposta alle esigenze di cambiamento e di produzione integrata. In particolare viene considerata la spesa consolidata nell'anno 2008 in capo alle Aziende sull'assistenza specialistica ambulatoriale in mobilità infra-regionale adeguata per il 2010 di una quota pari al 5%. Si concorda fin da ora che i budget aziendali verranno adeguati del 2% anche per gli anni 2011 e 2012.

BUDGET AZIENDALE – BASE SPESA CONSOLIDATA 2008

	Budget 2010	Budget 2011	Budget 2012
Piacenza	89.000	91.000	93.000
Parma	660.000	674.000	688.000
Reggio Emilia	158.000	161.000	164.000
Modena	916.000	935.000	954.000
Bologna	124.000	127.000	130.000
Imola	249.000	254.000	259.000
Ferrara	273.000	278.000	284.000
Ravenna	26.000	27.000	28.000
Forlì	116.000	118.000	120.000
Cesena	162.000	165.000	168.000
Rimini	127.000	130.000	132.000
Totale	2.900.000	2.960.000	3.020.000

Il meccanismo di rientro nel budget aziendale opera come segue:

- qualora si superi il livello complessivo del budget aziendale si opererà un impianto di penalizzazione a tariffa variabile attraverso riduzioni applicabili solo al fatturato in eccesso rispetto a quello negoziato a livello regionale
- le penalità verranno applicate ai produttori fino a concorrenza del rientro nel budget regionale rispetto ai limiti individuali di ogni struttura in misura percentuale rispetto alla concorrenza dello sforamento.

E' prevista la possibilità comunque che le Aziende Sanitarie possano, per straordinarie necessità assistenziali, stipulare contratti con erogatori fuori provincia che non concorreranno al raggiungimento del tetto. Pertanto non saranno sottoposti alle penalità di cui sopra, ma alle specifiche clausole eventualmente indicate nei contratti stipulati.

L'esistenza, nella struttura, di altre funzioni e/o prestazioni accreditate, ma non oggetto di contratto con l'Azienda USL sul cui territorio insiste la struttura, consente ad

altre Aziende USL infraregionali di stipulare contratti a termine per la fornitura di prestazioni a favore di loro utenti.

Per le prestazioni erogate a residenti fuori regione si farà riferimento alle regole concordate a livello nazionale e ad eventuali accordi tra regioni.

Art. 4. (MODALITA' PARTICOLARI DI ADEGUAMENTO DELL'OFFERTA)

Qualora una Azienda USL della Regione, in sede di pianificazione territoriale dell'assistenza specialistica ambulatoriale accerti la necessità di coprire determinate aree distrettuali carenti, prima di far ricorso alle procedure per l'attivazione di eventuali nuovi accreditamenti, potrà acquisire la disponibilità di una delle strutture già accreditate operanti in territori sovradotati, per avviare, in tempi e secondo modalità da concordare, un percorso di mobilità della struttura anche attraverso operazioni di riconversione delle attività preesistenti. Le procedure relative all'acquisizione di nuove disponibilità dovranno essere oggetto di segnalazione alla commissione paritetica aziendale di cui all'articolo 11 del presente accordo. In assenza della commissione paritetica aziendale tale comunicazione dovrà essere inoltrata alla commissione paritetica regionale di cui all'articolo 11.

L'inizio dell'attività in tal modo definita è comunque subordinata all'autorizzazione all'esercizio della nuova sede e alla sua inclusione tra le strutture accreditate da parte della Regione oltre che agli opportuni aggiornamenti del preesistente contratto di fornitura.

Una struttura accreditata e titolare di contratto di fornitura può autonomamente decidere, nell'ambito delle proprie scelte imprenditoriali, di espandere la propria attività avviando nuove funzioni specialistiche o, nell'ambito di quelle già esercitate e accreditate decidere, specialmente nell'ambito della diagnostica per immagini, di dotarsi di apparecchiature per la "diagnostica pesante". L'avvio dell'attività professionale connessa alle espansioni accennate è, ovviamente, subordinata al rilascio del provvedimento di autorizzazione all'esercizio da parte del Comune competente. Il possesso di tale provvedimento, tuttavia, abilita la struttura ad erogare le prestazioni in regime libero professionale, non con oneri a carico del SSR. Perché ciò avvenga sarà necessario intervenire sul provvedimento regionale di accreditamento istituzionale e, successivamente, sul contratto di fornitura.

Occorrerà, in tali casi, avanzare domanda di variazione del provvedimento regionale di accreditamento alla competente Direzione regionale che, nell'ipotesi di espansione dell'attività a discipline specialistiche per le quali non sia previsto, dalla normativa regionale sull'accreditamento, il possesso di "requisiti specifici" (in particolare "visite specialistiche") potrà consistere anche in una semplice "presa d'atto".

Qualora, invece, si tratti di "espansioni" comportanti dotazioni tecnologiche predittive di un volume economico sufficientemente remunerativo dell'investimento effettuato, l'eventuale ulteriore provvedimento regionale di accreditamento istituzionale non potrà prescindere da una valutazione del fabbisogno riguardante le ricadute di una tale espansione sulla programmazione aziendale e/o regionale. Solo in caso di esito positivo di tale valutazione – e previo accertamento circa il possesso dei relativi requisiti specifici da parte dell'Agenzia Regionale Sociale e Sanitaria – si potrà avviare un percorso di "accreditamento provvisorio" secondo la normativa di cui al settimo comma dell'articolo 8 quater del D.L.gs. n. 502 e succ. mod. e int.

In entrambi i casi le nuove funzioni e/o prestazioni potranno essere effettuate con oneri a carico del SSN solo previa eventuale integrazione del contratto di fornitura con l'Azienda ASL di riferimento e con decorrenza dalla data di efficacia di tale integrazione contrattuale.

Eventuali necessità contingenti di assistenza specialistica derivanti da eventi non prevedibili potranno formare oggetto di contratti integrativi a termine, con budget specifici, purché relativi ad attività sanitarie autorizzate e accreditate.

Art. 5. (CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA)

In sede di prima applicazione del presente accordo quadro le singole Aziende USL individuano, tra le strutture accreditate, quelle con le quali, al fine di soddisfare il proprio fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale, intendono procedere alla stipulazione o al rinnovo del contratto triennale di fornitura articolando il fabbisogno stimato per tipologia e per volume.

In sede di definizione dell'oggetto del contratto le parti specificano, tra quelle accreditate, in conformità a quanto stabilito dall'articolo 8 quinquies del D.L.gs. 502/92 e succ. mod. e int., le tipologie di attività e, per ciascuna di esse, le prestazioni da includere nel contratto in quanto ritenute necessarie per il soddisfacimento del fabbisogno di assistenza specialistica della popolazione da servire. Stabiliscono, nella medesima sede, il budget di

massima assegnato alla struttura entro il quale contenere la spesa annuale a proprio carico.

Durante il periodo di validità del contratto, fatte salve esigenze particolari o contingenze non prevedibili da affrontare secondo quanto previsto al precedente art. 4, con periodicità annuale, al fine di adeguare l'oggetto del contratto alle eventuali modificate esigenze del territorio da servire, le parti contraenti possono procedere alle necessarie variazioni qualitative e/o quantitative delle attività e/o prestazioni oggetto del contratto medesimo. In caso di silenzio sono confermati i contenuti preesistenti.

I contratti di fornitura potranno regolamentare le modalità attraverso cui attivare percorsi semplificati per il cittadino, all'interno delle strutture private accreditate, 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 che ha determinato l'accesso alla struttura.

Tali percorsi potranno essere effettuati solo entro i limiti stabiliti nei contratti ed esclusivamente per le tipologie di prestazioni e i volumi espressamente previsti.

Dato atto che il ricettario SSN, come da normativa vigente, può essere utilizzato esclusivamente in attività istituzionale da parte dei medici con rapporto di dipendenza o convenzionale con il SSN, le prestazioni erogate nell'ambito di percorsi semplificati dovranno essere registrate su appositi moduli, predisposti sia ai fini delle verifiche stabilite dal contratto, sia della rilevazione tramite il flusso ASA, come da circolare regionale n. 9/2008 (v. allegato 2).

Art. 6. (MODALITA' DI GESTIONE DEL BUDGET AZIENDALE DESTINATO AI RAPPORTI CON LE STRUTTURE ACCREDITATE)

Annualmente le AUSL, in sede di formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, provvedono alla definizione dello stanziamento aziendale complessivamente destinato al soddisfacimento del proprio fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale da parte delle strutture private accreditate e titolari di contratto operanti sul proprio territorio. Tale previsione, anche se articolata per struttura, deve avere comunque una valenza programmatica riferita all'intero fabbisogno oggetto di stanziamento.

Non rientrano nella composizione del budget così definito le prestazioni rese a favore di utenza avente la propria residenza in altre USL della Regione o in altre regioni, mentre le prestazioni eventualmente inserite per periodi limitati - ad esempio i percorsi di garanzia previsti dalla DGR 1035/2009 - e vanno inserite in accordi speciali dotati di propri, specifici, limiti di spesa.

Al fine di monitorare l'andamento del Programma annuale e controllare il rispetto del budget aziendale, tutti i pagamenti effettuati a favore delle strutture incluse nel programma avranno valore di pagamenti in acconto, salvo conguaglio.

Entro il primo trimestre dell'anno successivo, i pagamenti stessi saranno valutati per procedere o meno alla loro conferma. Di conseguenza:

- Qualora l'importo del consuntivo sia pari o inferiore al budget aziendale previsto, l'importo già corrisposto assumerà valore definitivo, anche in presenza di superamento, da parte di una o più strutture, del limite di spesa inizialmente assegnato a ciascuna di esse.
- *Qualora l'importo del consuntivo sia superiore rispetto a quello aziendale previsto, si provvederà alla decurtazione del fatturato maturato dalle strutture che hanno concorso allo sforamento, salvo ci sia stata esplicita autorizzazione da parte dell'Azienda committente.*

ART. 7. (INCOMPATIBILITÀ)

Si ribadisce l'incompatibilità assoluta del personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, nonché del restante personale, compreso quello universitario integrato, che comunque intrattiene rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale, a prestare, a qualsiasi titolo, la propria attività a favore delle strutture accreditate e titolari di contratto. E' vietato pertanto per dette strutture avere nel proprio organico, anche in qualità di consulente, personale medico e non medico in posizione di incompatibilità. Il principio dell'incompatibilità deve intendersi riferito all'attività professionale sanitaria a qualsiasi titolo espletata presso la struttura accreditata, ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio.

Sono fatti salvi eventuali specifici accordi intervenuti in merito tra gli enti pubblici preposti all'erogazione di prestazioni sanitarie (Aziende Sanitarie e Università, quest'ultima per la specifica funzione didattica e comunque nel rispetto del Protocollo d'intesa Regione -

Università) e le strutture private accreditate interessate, per attività svolte nell'ambito di programmi aziendali, con particolare riferimento agli aspetti di continuità assistenziale, e comunque nel rispetto della normativa vigente.

Fatta salva l'assunzione di ogni altra iniziativa o provvedimento conforme alla legge, le Associazioni private firmatarie del presente accordo impegnano, in caso di accertata inadempienza, le strutture private destinatari del presente accordo quadro a corrispondere all'Azienda Usl di riferimento una somma pari al fatturato delle ultime due mensilità. E' fatta salva la facoltà della Azienda USL contraente di esigere l'eventuale maggior danno.

La penale di cui sopra sarà dovuta in tutti i casi di incompatibilità accertata, fatti salvi i casi in cui risulti che i sanitari interessati, con apposita autocertificazione rilasciata alle strutture e a disposizione delle Aziende UUSSLL e della Regione, abbiano falsamente attestato la sussistenza della propria compatibilità ad operare presso strutture accreditate.

ART. 8. (CONTROLLI)

Le Aziende USL titolari del rapporto contrattuale potranno, in qualunque momento, effettuare controlli e/o ispezioni tendenti ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni rese, sia la congruenza tra prescrizioni, prestazioni e relative tariffe.

Le strutture private si impegnano alla partecipazione dei propri sanitari alla definizione di protocolli di comportamento clinico od alla scelta di linee-guida in sede locale. Si impegnano altresì al rispetto delle modalità di comportamento previste da linee guida regionali su priorità di accesso e appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

I controlli sulle prestazioni intra-AUSL, in base al dato anagrafico risultante dalla prescrizione e dalla tessera sanitaria, saranno espletati dall'Azienda competente per territorio, che analogamente provvederà anche ai controlli per le prestazioni da inserire in mobilità extra regionale – in accordo con l'AUSL destinataria della fatturazione. I controlli sulle prestazioni ricevute da utenti extra-AUSL della regione potranno essere svolti sia dall'Azienda competente per territorio che dall'Azienda destinataria della fattura, previo loro accordo, onde evitare un raddoppio delle attività di controllo e indirizzi interpretativi non omogenei.

Su richiesta della struttura interessata i controlli con accesso presso la struttura avranno luogo con la presenza di una rappresentanza dell'Associazione firmataria.

Art. 9. (Fatturazione)

Le prestazioni effettuate nei confronti dei cittadini residenti nella Regione sono fatturate alle AUSL di residenza del paziente, nei limiti di cui al precedente art. 3.

Le fatture emesse dagli erogatori dovranno essere accompagnate dalla documentazione conforme al flusso ASA così come previsto dalla circolare n. 3 del 7/2/2002 e successive.

Le prestazioni erogate a favore di cittadini residenti di altre Regioni verranno fatturate in forma di acconto all'AUSL di competenza territoriale della struttura, con la medesima documentazione relativa al flusso ASA eventualmente integrata per conformità alle vigenti regolamentazioni sulla mobilità o alle convenzioni internazionali.

Le prestazioni a cittadini non residenti e non iscritti al SSN, né coperti dalle disposizioni internazionali in materia di reciprocità, dovranno essere erogate secondo la disciplina ministeriale vigente e non saranno comunque conteggiate nell'ambito dei limiti di spesa.

Il volume di fatturato relativo ai residenti fuori regione non è sottoposto a condizionamenti o limitazioni da parte delle Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna tranne che per il rispetto di quanto previsto al precedente articolo 3.

La Regione si riserva il recupero di eventuali somme derivanti da mancato riconoscimento per contestazioni da parte delle regioni di residenza dei cittadini per il tramite dell'AUSL territorialmente competente che ne informerà la struttura erogatrice della prestazione e assicurerà il suo coinvolgimento nelle procedure di definizione della contestazione.

Art. 10. (Pagamenti)

Le prestazioni rese a favore di cittadini residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura privata ed a favore di cittadini residenti fuori regione o a stranieri, fatturate con separata evidenza, verranno saldate dalla stessa AUSL entro 90 giorni dal ricevimento della relativa fattura. Le prestazioni rese a favore di cittadini residenti in altre AUSL della Regione sono fatturate separatamente alle AUSL di residenza e saranno saldate dalle stesse entro il termine sopra stabilito.

Tutte le strutture private accreditate, in sede di sottoscrizione del contratto di fornitura, si impegnano a rispettare il debito informativo di cui al "flusso" ASA per il monitoraggio degli accordi contrattuali, con l'avvertenza che il mancato rispetto o l'erronea compilazione della

modulistica di cui a tale obbligo darà luogo al rifiuto di pagamento delle prestazioni oggetto di fatturazione.

In sostanza, i dati riguardanti le prestazioni rese dovranno essere trasmessi entro i termini e secondo le modalità stabilite dalla circolare regionale che annualmente regola il flusso ASA, in quanto soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale possono giustificare le transazioni economiche (compensazione della mobilità sanitaria e fatturazione), ed essere quindi riferimento per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse.

Art. 11. (Commissione paritetica)

E' istituita una Commissione Paritetica, composta da n. 8 membri, 4 designati dalla Associazione privata firmataria del presente accordo e 4 nominati dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, di cui uno individuato nel responsabile del Servizio Distretti sanitari con il compito di coordinare la Commissione, e almeno uno tra i DD.GG. delle Aziende USL. La Commissione, che si riunisce di norma due volte all'anno previa formale convocazione, ha il compito di monitorare l'andamento del presente accordo, nonché le sue modalità di applicazione e di formulare eventuali proposte di modifica e completamento dell'accordo stesso da sottoporre al vaglio delle parti firmatarie, anche in vista dell'eventuale loro recepimento in accordi successivi. Nella fase iniziale di applicazione del presente accordo, al fine di monitorare l'andamento della mobilità infraregionale di cui al paragrafo 3, le parti concordano di riunirsi con cadenza almeno trimestrale.

La Commissione potrà, altresì, esprimere pareri e/o indirizzi in ordine ai contenuti degli accordi locali riguardanti riconversioni di attività, attivazione di accordi temporanei su prestazioni particolari, forme atipiche di collaborazione pubblico/privato.

Per iniziativa delle singole realtà aziendali sarà possibile procedere all'attivazione di analoghi organismi di controllo a livello locale con un numero di rappresentanti da definire localmente.

Delle riunioni viene redatto verbale sottoscritto dai componenti e custodito agli atti della Direzione generale Sanità e Politiche Sociali.

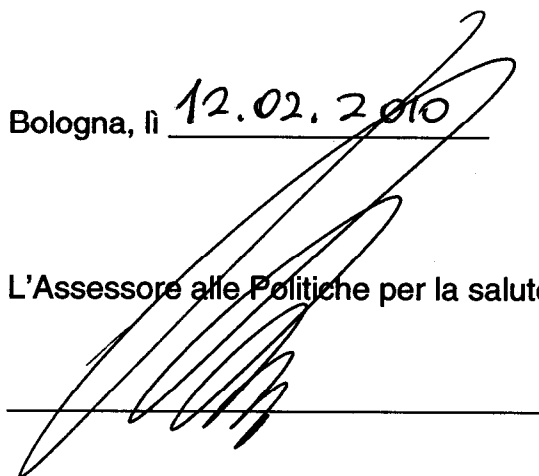
Art.12. (Accesso alle strutture)

Si concorda che l'accesso alle singole strutture rappresentate dall'Associazione firmataria del presente accordo avvenga tramite prenotazione effettuata attraverso gli specifici sistemi aziendali (CUP ,Farmacie , etc.).

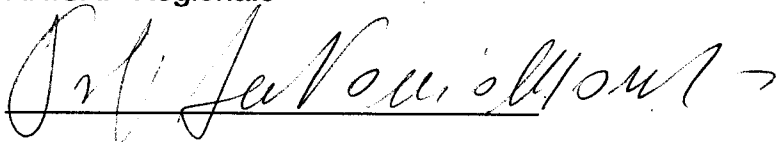
Al fine di aumentare i punti di accesso al sistema e di assicurare la semplificazione delle relative procedure è possibile la stipula di accordi locali che estendano la rete dei punti di prenotazione del sistema sanitario pubblico alle postazioni di prenotazione delle strutture private.

Bologna, li 12.02.2010

L'Assessore alle Politiche per la salute




ANISAP Regionale



ADERISCE ALL'ACCORDO

FEDERLAB ITALIA per Emilia-Romagna



1-6-2010