

ACCORDO CONTRATTUALE**TRA L'AZIENDA USL 7 DI SIENA E CASA DI CURA RUGANI SRL**

Disciplina delle attività di ricovero, di specialistica ambulatoriale e gestione pazienti in stato vegetativo.

Il giorno **23** del mese di **febbraio** dell'anno **2015**,

presso la sede dell'Azienda Unità Sanitaria Locale 7 di Siena, in Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26;

TRA

l'Azienda Unità Sanitaria Locale 7 di Siena, di seguito denominata anche "Azienda", con sede legale in Siena 53100, Piazza Carlo Rosselli, 26 (C.F. e P.I. n. 00388270522), rappresentata dal Direttore Generale, Dott. Enrico Volpe, nato a Avezzano (AQ) il 1 luglio 1968, nominato con Decreto Giunta Regione Toscana del 26 settembre 2014, n. 145, domiciliato per il presente atto presso la sede legale dell'Azienda, il quale agisce in esecuzione della deliberazione n.

61 **11 FEBBRAIO 2015**
..... del

E

la **Casa di Cura Rugani Srl**, di seguito denominata "Casa di Cura", con sede legale in Monteriggioni, 53035, S.R. 222 Chiantigiana Località Colombaio, (Partita IVA e C.F. 01243020524), nella persona del rappresentante legale Sig. Callai Alessandro, nato a Monteroni d'Arbia il 6 novembre 1960 e domiciliato per il presente atto presso la sede legale della Casa di Cura;

RICHIAMATI

- Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" e s.m.i., ed in particolare:

l'art. 8 bis, comma 1, in virtù del quale le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies;

l'art. 8 quater, comma 1, in virtù del quale l'accreditamento istituzionale e' rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;

l'art. 8 quater, comma 2, in virtù del quale la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies;

l'art. 8 quinquies, comma 2, in virtù del quale la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della quali-

tà e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale.

- La Legge Regione Toscana 24 febbraio 2005, n. 40, recante "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale", ed in particolare l'art. 76 "Erogazione delle prestazioni da parte di strutture private", comma 2, il quale prevede che l'Azienda Unità Sanitaria Locale procede alla definizione degli appositi rapporti di cui all'art. 8 del decreto delegato *...omissis...*, al perfezionamento del rapporto si provvede a seguito di negoziazione effettuata, sulla base di volumi prefissati di prestazioni, in riferimento a tariffe determinate dalla Giunta Regionale;

PREMESSO

- Che con decreto dirigenziale n. 5380 del 18 novembre 2008 rilasciato dalla Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana, alla Casa di Cura ubicata in Monteriggioni 53035, S.R. 222 Chiantigiana Località Colombaio, è stato confermato l'accREDITAMENTO per le discipline di:

° chirurgia generale, oftalmologia, otorinolaringoiatria e ortopedia in regime di ricovero;

° chirurgia generale, oftalmologia, otorinolaringoiatria e radiodiagnostica in regime ambulatoriale;

- Che con il decreto dirigenziale n. 5380 del 18 novembre 2008 sopra richiamato, la stessa Casa di Cura ubicata in Monteriggioni 53035, S.R. 222 Chiantigiana Località Colombaio, è stata accREDITATA per:

° ortopedia

° medicina fisica e riabilitazione in regime di ricovero;

° risonanza magnetica in regime ambulatoriale;

- Che con decreto dirigenziale n. 1894 del 30 aprile 2009 rilasciato

dalla Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

della Regione Toscana, la Casa di Cura ubicata in Monteriggioni –

Siena, S.R. 222 Chiantigiana Località Colombaio, è stata accreditata

per la disciplina di urologia in regime di ricovero ed in regime ambu-

latoriale;

PREMESSO ALTRESI'

- **Che** con Deliberazione del direttore Generale n. 276 del 12 luglio

2013, recante "Contratto tra AUSL 7 e Società Casa di Cura Rugani

Srl per attività di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale –

Anno 2013", Repertorio n. 4874, rinnovato per l'anno 2014, si è

provveduto a ridefinire il tetto dei volumi di attività, secondo le

quantità di seguito indicate:

° € 2.149.429,00 per attività di ricovero e specialistica ambulatoriale

(chirurgia ambulatoriale) per cittadini residenti in ambito regionale;

° € 316.584,00 per attività di diagnostica strumentale;

° Totale € 2.466.013,00

- **Che** con nota della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coe-

sione sociale, la Regione Toscana ha fornito indirizzi alle Aziende

sanitarie in merito ai rapporti con le case di cura private, in attesa

di riformulare la Deliberazione G.R.T. 28 novembre 2011, n. 1062,

	giunta a scadenza, prevedendo di prorogare i contratti in essere ov-	
	vero alla stipula di un accordo ponte fino al 30 aprile 2015;	
	- Che a seguito di specifica negoziazione effettuata tra Azienda e	
	Casa di Cura, mantenendo la data di scadenza del 30 aprile 2015 fis-	
	sata dalla Regione Toscana, si è concordato di procedere ad Accordo	
	contrattuale, ridefinendo il volume economico massimo complessivo	
	applicando una riduzione pari a 2,7% rispetto al tetto definito per il	
	biennio 2013/2014, come di seguito articolato, rimodulando altresì,	
	in modo proporzionale, i volumi di attività secondo quanto riportato	
	nell'allegato 1):	
	° € 2.091.394,00 per attività di ricovero e chirurgia ambulatoriale	
	per cittadini residenti in ambito regionale; per il primo quadrimestre	
	2015 sono previsti € 697.131,66;	
	° € 308.036,00 per attività di diagnostica strumentale; per il primo	
	quadrimestre 2015 sono previsti € 102.678,67;	
	Il Totale complessivo annuale del tetto economico è quantificato in €	
	2.399.430,00. Il Totale complessivo riferito al primo quadrimestre	
	2015 è quantificato in € 793.485,33;	
	- Che con deliberazione del Direttore Generale n. 186 del 07 aprile	
	2011 recante "Approvazione atto integrativo alla convenzione con la	
	Casa di Cura Rugani srl in relazione alla gestione dei letti riservati ai	
	pazienti in Stato Vegetativo Persistente (S.V.P.)", con la quale si	
	prevedevano tariffe a giornata di degenza per i vari profili assisten-	
	ziali, come di seguito indicato:	
	° Alto livello clinico assistenziale a giornata di degenza € 340,00;	

° Medio Livello clinico assistenziale a giornata di degenza € 280,00;

° Basso livello clinico assistenziale a giornata di degenza € 189,00;

- **Che** a seguito di specifica negoziazione tra le parti si è addivenuti alla ridefinizione del sistema tariffario per la gestione dei pazienti in stato vegetativo, come di seguito indicato:

° Alto livello clinico assistenziale € 253,00 a giornata di degenza;

° Medio Livello clinico assistenziale € 244,00 a giornata di degenza;

° Basso livello clinico assistenziale € 150,00 a giornata di degenza;

- **Che** le parti hanno convenuto di stilare un unico atto, valido sino al 30 aprile 2015, che comprendesse l'attività di ricovero, la specialistica ambulatoriale e la diagnostica per immagini, nonché il servizio per pazienti in stato vegetativo persistente (SVP);

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART.1 – PREMESSA

1. La premessa forma parte integrante e sostanziale del presente atto e ne costituisce il primo accordo.

ART. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda AUSL 7 di Siena, in virtù del presente contratto, si avvale della Casa di Cura, che accetta, per l'erogazione di prestazioni in regime di ricovero ordinario e day hospital, di prestazioni di specialistica ambulatoriale, di prestazioni di diagnostica strumentale radiologica, di prestazioni inerenti i pazienti in stato vegetativo persistente (SVP), secondo quanto indicato nel prospetto, allegato 1) al

presente atto, a costituirne parte integrante e sostanziale, il quale indica, tra l'altro, per le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale, i tetti dei volumi finanziari e di attività richiamati nelle premesse, cui la Casa di Cura è tenuta ad uniformarsi.

2. I tetti dei volumi finanziari e di attività di cui all'allegato 1) riguardano i cittadini residenti nella provincia di Siena, i residenti in Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Sud Est ed i residenti nelle Aziende delle altre Aree Vaste della Toscana.

3. I cittadini residenti nelle Aziende Sanitarie Extra Regione Toscana non concorrono all'utilizzo dei volumi finanziari e di attività.

4. I tetti di spesa massimi individuati nel citato allegato 1), sono da intendersi al netto di quanto previsto per la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino utente.

5. L'attività di ricovero erogata dalla Casa di Cura, in virtù del presente contratto, comprende le seguenti attività:

a) Ortopedia protesica (inclusa Riabilitazione intensiva ospedaliera cod. 56), ed in particolare:

° Drg 544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori;

° Drg 545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio;

° Drg 491 Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori;

b) Ortopedia non protesica, ed in particolare:

° Drg 503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione;

° Drg 223 Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi

su arto superiore con CC;

c) Chirurgia generale;

d) Urologia.

6. L'attività di specialistica ambulatoriale erogata dalla Casa di Cura, in virtù del presente contratto, fa riferimento anche alla chirurgia ambulatoriale, che comprende l'attività di oculistica.

7. L'attività per pazienti SVP riguarda tre livelli di gravità: alto, medio, basso livello clinico assistenziale.

8. Il prospetto allegato 1) prevede altresì una quota di diagnostica strumentale da considerare extra tetto economico, sostenuta con finanziamento di cui alla Deliberazione di Giunta regionale n. 694/2014, recepito con Deliberazione DG n. 350 del 22 settembre 2014, da erogare sino ad esaurimento del contributo medesimo.

ART. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Casa di Cura assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto verranno eseguite presso la propria struttura, individuata nei citati decreti di accreditamento.

2. La Casa di Cura assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte da personale qualificato, nel pieno rispetto del codice di deontologia medica, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo.

3. La Casa di Cura accetta il sistema di tariffazione con DRGs previsto per l'attività di ricovero e il sistema di tariffazione di cui al No-

menclatore tariffario regionale per tutte le attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.

4. In particolare le tariffe dei DRGs sono comprensive di tutti i costi sostenuti per la produzione delle singole prestazioni di ricovero, ivi compresi gli oneri relativi alle endoprotesi, agli impianti protesici, ortesici ed ausiliari utilizzati per le prestazioni di ricovero ed alle prestazioni specialistiche ambulatoriali quando correlate ad un episodio di ricovero (preospedalizzazione e controlli post-ricovero).

ART. 4 – PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E VOLUMI

ECONOMICI DI ATTIVITA'

1. La Casa di Cura effettua attività di ricovero per Ortopedia protesica, ivi inclusa la riabilitazione intensiva ospedaliera cod. 56, secondo la programmazione indicata al citato allegato 1).

2. Le parti convengono che gli interventi di protesi (anca e ginocchio) siano effettuati includendo a "pacchetto", comprensivo di intervento e riabilitazione intensiva ospedaliera cod. 56, per un costo complessivo massimo di € 10.800,00 per ogni paziente trattato. Nel caso di revisione di protesi, tale importo è aumentato della differenza fra il valore del DRG 544 e 545.

3. Il costo complessivo del pacchetto è come di seguito composto:

- valore Drgs per intervento di protesi con dimissione in decima giornata;

- successivo ricovero in riabilitazione ospedaliera cod. 56. Sono addebitate le giornate effettive di ricovero fino alla concorrenza del valore massimo del pacchetto.

4. In relazione ai n. 27 (ventisette) interventi di ortopedia protesica, dei quali n. 24 (ventiquattro) programmati per la Azienda USL 7 di Siena nel periodo 01/01/15 – 30/04/15, circa n. 4 (quattro) sono messi a disposizione della medesima azienda per eventuali abbattimenti delle liste di attesa. La spesa complessiva massima per il periodo sopra specificato corrisponde ad € 289.468,00 (duecentoottantanovemilaquattrocentosessantotto/00).

5. Con cadenza mensile sono previste n. 3 (tre) sedute operatorie in cui un posto è riservato a pazienti della Azienda USL 7 di Siena collocati in lista di attesa. Le modalità di programmazione per tale attività, ivi incluse le singole date, sono definite in accordo con il Direttore del Presidio Ospedaliero Aziendale dell'Azienda.

6. La Casa di Cura effettua attività di ricovero per Ortopedia non protesica, secondo la programmazione indicata al citato allegato 1).

7. In relazione ai n. 29 (ventinove) interventi di Ortopedia non protesica, dei quali n. 27 programmati per la Azienda USL 7 di Siena nel periodo 01/01/15 – 30/04/15, circa n. 4 (quattro) sono messi a disposizione della medesima azienda per eventuali abbattimenti delle liste di attesa. Le modalità di programmazione per tale attività, ivi incluse le singole date, sono definite in accordo con il Direttore del Presidio Ospedaliero Aziendale dell'Azienda. La spesa complessiva

	massima per il periodo sopra specificato corrisponde ad € 58.510,00	
	(cinquantottomilacinquecentodieci/00).	
	8. La Casa di Cura effettua attività di ricovero per Chirurgia Generale	
	e Urologia, secondo la programmazione indicata al citato allegato 1).	
	9. In relazione ai n. 67 (sessantasette) ricoveri per Chirurgia Gene-	
	rale e Urologia, dei quali n. 65 (sessantacinque) programmati per la	
	Azienda USL 7 di Siena nel periodo 01/01/15 – 30/04/15, la spesa	
	complessiva massima è pari ad € 141.085,00	
	(centoquarantunomilaottantacinque/00).	
	10. La Casa di Cura effettua inoltre attività di ricovero a carattere	
	"estemporaneo", secondo la programmazione indicata al citato alle-	
	gato 1).	
	11. In relazione ai n. 8 (otto) ricoveri estemporanei, dei quali n. 2	
	(due) programmati per la Azienda USL 7 di Siena nel periodo	
	01/01/15 – 30/04/15, la spesa complessiva massima è pari ad €	
	17.277,00 (diciassettemiladuecentosettantasette/00).	
	ART. 5 – PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE E VOLUMI	
	ECONOMICI DI ATTIVITA'	
	1. La Casa di Cura effettua attività di Chirurgia ambulatoriale, se-	
	condo la programmazione indicata al citato allegato 1).	
	2. In relazione ai n. 217 (ducentodiciasette) interventi di chirurgia	
	ambulatoriale, dei quali n. 210 (duecentodieci) programmati per la	
	Azienda USL 7 di Siena nel periodo 01/01/15 – 30/04/15, la spesa	
	complessiva massima è pari ad € 190.792,00	

(centonovantamilasettecentonovantadue/00). Nel volume massimo di attività sono compresi gli interventi di oculistica che si rendono necessari nell'ambito dell'attività complessiva della branca specialistica.

ART. 6 - PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE RADIOLOGICA E VOLUMI ECONOMICI DI ATTIVITA'

1. La Casa di Cura effettua attività di diagnostica strumentale di radiologia, secondo la programmazione indicata al citato allegato 1).

2. L'Azienda può richiedere alla Casa di Cura, tramite lettera con preavviso di almeno 30 giorni, una variazione, anche temporanea, dei tetti indicati nell'allegato 1) per le singole prestazioni.

3. Considerato che in alcuni casi l'impegnativa non è specifica sul tipo di esame correlato al quesito diagnostico e che i professionisti della Casa di Cura non possono procedere a prescrizioni aggiuntive, per garantire una diagnosi completa o evitare la ripetizione dell'esame, si precisa quanto segue:

- RM e TC: il medico radiologo può scegliere, in accordo con il paziente, se effettuare o meno il mezzo di contrasto per completare il referto. Le motivazioni sono sottoscritte dal medico e allegate alla impegnativa.

- RM: in caso di richiesta di esami per orecchio, ipofisi o rocche petrose va effettuato l'esame richiesto più il cranio completo (due esami) per la completezza della diagnosi.

4. In relazione alle n. 1.139 (millecentotrentanove) prestazioni di diagnostica per immagini programmati per la Azienda USL 7 di Siena nel periodo 01/01/15 – 30/04/15, la spesa complessiva massima è pari ad € 102.679,00 (centoduemilaseicentosettantanove/00).

ART. 7 – PRESTAZIONI IN FAVORE DI PAZIENTI IN STATO

VEGETATIVO

1. Per la gestione di pazienti in stato vegetativo si rinvia all'allegato

1) alla presente convenzione, il quale specifica il sistema tariffario da applicare.

2. L'attività di cui al precedente comma 1, impegna n. 5 posti letto della Casa di Cura, autorizzati e accreditati come riabilitazione ospedaliera cod. 56 dedicati alla casistica in oggetto, rivolta a residenti nella provincia di Siena in uscita dagli ospedali situati sul territorio di competenza di questa Azienda.

3. Qualora i cinque posti letto non fossero totalmente occupati, su autorizzazione della AUSL 7, la Casa di Cura può accettare pazienti provenienti da altre Aziende Sanitarie toscane con le quali è tenuta a sottoscrivere specifico accordo economico. In tal caso la precedenza è comunque riservata a pazienti dell'Area Vasta Sud Est.

4. La valutazione dell'appropriatezza del ricovero dei pazienti in SVP, le valutazioni periodiche e le indicazioni riabilitative sugli stessi, nonché il controllo e la consulenza sui ricoveri negli altri posti letto di riabilitazione ospedaliera cod. 56, per i pazienti sottoposti ad in-

intervento presso la Casa di Cura, sarà effettuato da un Medico Fisiatra individuato dalla AUSL 7.

5. Sarà cura del Medico Fisiatra di cui al comma precedente valutare, tra l'altro, la corretta classificazione dei pazienti SVP nel profilo assistenziale più appropriato.

6. La Casa di Cura si avvarrà della consulenza del Medico Fisiatra anche per i pazienti non residenti nella Regione Toscana o non a carico del servizio sanitario ricoverati nei letti di riabilitazione.

ART. 8 - MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RICOVERO

1. Il ricovero avviene per tutti gli iscritti al SSN, residenti sul territorio nazionale, mediante accesso diretto, con richiesta su ricettario regionale, formulata dal medico curante. All'atto del ricovero, il cittadino assistito esprime liberamente la propria opzione tra i regimi consentiti, ovvero:

a) prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di convenzione con oneri a totale carico del SSN erogate con personale medico dipendente e/o strutturato della Casa di Cura senza alcun onere a carico del cittadino, escluso eventuale miglioramento alberghiero;

b) prestazioni di ricovero ospedaliero con oneri a totale a carico del cittadino;

c) prestazioni di ricovero ospedaliero con oneri ripartiti fra il SSN ed il cittadino (nella misura definita dai provvedimenti Regionali che stabiliscono le tariffe per le prestazioni di ricovero) nel caso che

questi scelga di avvalersi di personale medico dipendente della Casa di Cura operante in regime libero professionale così come disciplinato dalla DGRT 283/2001 e successive modifiche ed integrazioni. Tale opzione verrà espressa sottoscrivendo apposito modello in uso presso la Casa di Cura, da conservare all'interno della cartella clinica per i necessari controlli.

2. Il modello adottato dovrà contenere indicazioni rese in maniera evidente, intelligibile ed incontrovertibile, in modo tale che l'utente, all'atto della sottoscrizione, sia reso consapevole della possibilità di opzione e del fatto che scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera a) nulla è dovuto dal cittadino al personale medico messo a disposizione dalla Casa di Cura; scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera b) nulla è dovuto al SSN né dal cittadino (a titolo di rimborso o altro) né dalla Casa di Cura e che scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera c) il SSN si assume solamente l'onere previsto dai provvedimenti Regionali, rimanendo a completo e totale carico del cittadino l'onorario del personale che agisce in regime di libera professione ed eventuali altre spese.

3. La Casa di Cura può comunque fornire al paziente che ne faccia esplicita richiesta, particolari condizioni di comfort alberghiero addebitandone l'onere al paziente stesso. Tale caso deve essere segnalato nella scheda nosologica e di dimissione ospedaliera codificando il codice 2 ("ricovero a parziale carico del SSN") nel campo denominato "onere della degenza" e codificando il codice 4 "differenza alberghiera" nel campo denominato "modalità di erogazione".

4. Per le specifiche relative alla compilazione della SDO si applicano

i provvedimenti regionali che regolamentano in modo dettagliato le

modalità di registrazione nei flussi informativi regionali.

5. La Casa di Cura è obbligata ad effettuare il controllo analitico del-

le proprie Cartelle Cliniche/SDO nella misura almeno del 10% del to-

tale erogato ed il controllo sulle prestazioni ad alto rischio di inap-

propriatezza, così come stabilito dalla Deliberazione Giunta Regiona-

le 877/2013 e dalla Deliberazione Giunta regionale 1140/2014

ss.mm.ii.. A seguito di tali controlli la Casa di Cura dovrà provvedere

ad inviare i risultati ogni trimestre tramite gli appositi campi del

flusso SDO, come indicato dalla Deliberazione Giunta regionale

90/2014 avente ad oggetto "Modifiche e integrazioni al Manuale

Flussi doc". Nei flussi dovrà essere inserito, altresì, il codice fiscale

del medico proponente.

6. Ai sensi della vigente normativa, con particolare riferimento

all'art. 3 del Regolamento attuativo della Legge Regione Toscana n.

51/2009 approvato con Deliberazione G.R.T. n. 1097/2010, la Casa

di Cura trasmetterà al Comune di competenza le comunicazioni pre-

viste e comunque trasmetterà annualmente all'Azienda l'elenco del

personale operante presso la struttura e l'elenco delle attrezzature

sanitarie presenti.

7. In caso di accertata violazione delle disposizioni di cui al presente

articolo, l'Azienda si riserva di adire le azioni necessarie per ripetere

eventuali somme indebitamente erogate alla Casa di Cura, nonché di

informare gli organi ed autorità competenti per la tutela del cittadino.

8. Per quanto riguarda le prestazioni legate alla linea Chirurgica ortopedica e protesica erogata in favore dei cittadini residenti nel territorio di competenza dell'Azienda, la Casa di Cura, al fine di garantire la continuità assistenziale anche per la fase riabilitativa post ricovero, si impegna a relazionarsi con le strutture dell'Azienda stessa attraverso il Medico Fisiatra aziendale specificamente individuato, allo scopo di favorire adeguata programmazione dell'attività riabilitativa. In tal senso la Casa di Cura si impegna ad aderire alle specifiche direttive eventualmente assunte dall'Azienda.

Art. 9 - MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

1. L'accesso alle prestazioni ambulatoriali avviene mediante prenotazione ai punti di prenotazione unificata (CUP). L'Azienda e la Casa di Cura concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale la Casa di Cura gestisce le agende al fine di garantire il rispetto del tetto di attività.

2. La Casa di Cura effettua una programmazione semestrale delle Agende garantendo una visibilità minima delle stesse di 60 giorni. Variazioni di rilievo vengono concertate fra la Casa di Cura, la Direzione Sanitaria dell'Azienda ed il CUP aziendale. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende. La Casa di Cura si impegna a rispettare i tempi di integrazione nel sistema di prenotazione azienda-

le, che saranno stabiliti dall'Azienda, mediante l'attivazione di specifico punto CUP presso la stessa struttura in modo tale che la prenotazione per le prestazioni previste nel presente contratto potrà essere effettuata presso i punti di prenotazione aziendali e presso la Casa di Cura.

3. La registrazione amministrativa e la riscossione della quota di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino avviene presso la sede della Casa di Cura. La stessa si impegna a provvedere alle attività di registrazione secondo quanto previsto dalle norme vigenti.

Art 10 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE

1. La Casa di Cura prende atto che ai sensi dell'art.4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991 n. 412, come richiamato dall'art.8, comma 9, del D.Lgs 502/92 e dall'art.1, comma 5, della Legge 23 dicembre 1996 n. 662:

a) L'attività libero professionale dei medici dipendenti dal SSN non è consentita nelle branche per le quali la Casa di Cura è accreditata;

b) L'attività libero professionale dei medici dipendenti dal SSN è incompatibile con l'esercizio di attività o con la titolarità ovvero con la compartecipazione delle quote d'impresa che possono configurare conflitto d'interessi con lo stesso.

2. I vigenti Accordi Collettivi Nazionali che disciplinano il rapporto di lavoro convenzionale con le Aziende Sanitarie Locali degli appartenenti alle categorie mediche (medicina generale, pediatria di libera

scelta, specialistica ambulatoriale interna) prevedono

l'incompatibilità con l'attività nelle strutture accreditate.

3. La Casa di Cura ai sensi dell'art. 1, comma 19, della Legge 23 dicembre 1996 n. 662, documenta lo stato del proprio organico a regime con il quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni di ricovero nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente.

4. La Casa di Cura s'impegna a non utilizzare personale incompatibile e a verificare tale stato mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione scritta resa dai soggetti a qualsiasi titolo operanti nella struttura, dalla quale risulti la situazione lavorativa degli stessi.

ART. 11 - INFORMAZIONE ALL'UTENTE E STRUMENTI DI TUTELA

1. La Casa di Cura si impegna a garantire la corretta informazione al cittadino sulle procedure di accesso, sulle prestazioni erogabili a totale carico del servizio sanitario, sulla differenza, in termini di costo e di tipologia, dei servizi offerti come le eventuali scelte libero professionali ed il maggior comfort alberghiero.

2. La Casa di Cura riconosce il diritto alla tutela dell'Utente, accetta le modalità per il suo esercizio di cui al Regolamento di Tutela dell'Azienda e collabora con la Commissione Mista Conciliativa dell'Azienda stessa. La Casa di Cura si impegna altresì a condurre i rapporti con il cittadino nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di trasparenza e di riservatezza.

ART. 12 - CONTROLLI E VERIFICHE EFFETTUATE

DALL'AZIENDA

1. L'Le parti concordano, in ordine all'attività svolta presso la Casa di Cura e sulla base dell'attuale normativa in materia, la necessità di attuare adeguata attività di verifica e controllo inerente il rispetto del presente accordo contrattuale e, più in generale, su tutte le attività svolte per conto del SSN, nonché sulla qualità dell'assistenza, sulla appropriatezza delle prestazioni rese e sugli aspetti di carattere amministrativo.

2. Si conviene, altresì, che l'Azienda potrà procedere a controlli mediante la diretta verifica della documentazione conservata presso la Casa di Cura, da parte dell'Azienda. La Casa di Cura metterà a disposizione dell'Azienda, a richiesta di quest'ultima, tutto quanto ritenuto necessario.

3. Eventuali contestazioni e/o modifiche sulle prestazioni che intervengano durante le fasi di verifica e di controllo, saranno oggetto di fatturazione aggiuntiva o nota di credito da compensare o stornare sulle fatture non ancora liquidate. Le fatture relative al mese di dicembre di ciascun anno, saranno liquidate solo a seguito di verifica dei tetti e delle prestazioni erogate.

4. I controlli e le verifiche saranno effettuate in tempi tali da consentire alla Casa di Cura le dovute modifiche sui flussi di attività regionali nel rispetto delle scadenze previste dalla Regione Toscana.

ART. 13 – MODALITA' E DOCUMENTAZIONE A CORREDO DELLA

FATTURAZIONE

A) RICHIESTA PAGAMENTO PRESTAZIONI DI RICOVERO

La Casa di Cura si impegna ad inviare su supporto cartaceo entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di dimissione del paziente la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli.

In particolare dovranno essere allegati i tabulati riepilogativi delle degenze con l'indicazione dei seguenti elementi: numero della scheda di dimissione ospedaliera, cognome e nome dell'utente, codice fiscale utente, durata del ricovero, data di ingresso e data della dimissione, codici di diagnosi e di intervento, DRG di riferimento con relativo importo, codice regionale del medico proponente.

La documentazione mensile relativa alle prestazioni erogate è articolata e redatta sulla base della provenienza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine:

- residenti nell'Azienda Sanitaria contraente;
- residenti in altre Aziende della Regione Toscana;
- residenti in Aziende Sanitarie di altre Regioni. Per tali soggetti è necessario allegare e conservare in cartella clinica copia fotostatica della tessera sanitaria a disposizione della Azienda per eventuali controlli;
- utenti stranieri non iscritti al servizio sanitario. Per tali soggetti la Casa di Cura è tenuta a trasmettere anche la documentazione necessaria affinché l'azienda possa procedere alle richieste di rimborso, ove previste, agli organi competenti. In considerazione della va-

	riabilità delle procedure internazionali di rimborso, l'azienda provvede a comunicare la specifica documentazione necessaria ai fini del rimborso. La mancata trasmissione della documentazione sopra citata comporta la sospensione del pagamento della relativa prestazione.	
	In tutti i casi, all'interno della cartella clinica deve essere conservata copia della richiesta di ricovero.	
	In considerazione delle diversificazioni dei tetti di attività per i residenti nella AUSL 7 di Siena ed al fine di garantire continuità nell'erogazione del servizio, la Casa di Cura s'impegna ad effettuare le relative prestazioni garantendo una distribuzione per tutta la durata della convenzione.	
	B) RICHIESTA PAGAMENTO PRESTAZIONI AMBULATORIALI	
	La Casa di Cura s'impegna ad inviare, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite, la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli.	
	In particolare dovranno essere prodotte almeno le seguenti informazioni:	
	- cognome, nome, indirizzo, comune di residenza, codice fiscale, codice Azienda Sanitaria di residenza dell'utente;	
	- presidio di erogazione delle prestazioni;	
	- data di esecuzione della prestazione;	
	- branca specialistica;	
	- importo fatturato.	
	Le richieste mensili di pagamento delle competenze per le prestazioni erogate in forma diretta sono articolate e redatte, sulla base	

dell'Azienda Sanitaria di iscrizione dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine:

- residenti nell'Azienda;
- residenti in altra Azienda Sanitaria della Regione Toscana;
- residenti in Aziende Sanitarie di altre regioni;

- utenti stranieri non iscritti al servizio sanitario. Per tali soggetti la Casa di Cura è tenuta a trasmettere anche la documentazione necessaria affinché l'azienda possa procedere alle richieste di rimborso, ove previste, agli organi competenti. In considerazione della variabilità delle procedure internazionali di rimborso, l'azienda provvede a comunicare la specifica documentazione necessaria. La mancata trasmissione della documentazione sopra citata comporta la sospensione del pagamento della relativa prestazione.

Le prescrizioni mediche sono raggruppate e conservate presso la Casa di Cura con copia della relativa documentazione di esenzione, se non indicata dal medico, e firma del paziente.

I dati di cui sopra sono suscettibili di integrazioni e variazioni a richiesta dell'Azienda, e la Casa di Cura è tenuta a sanare le anomalie segnalate. L'importo relativo alle prestazioni che presentano anomalie non potrà essere liquidato finché quest'ultime non verranno sanate.

In considerazione della diversificazione dei tetti di attività per i residenti USL 7 di Siena ed al fine di garantire continuità nell'erogazione del servizio la Casa di Cura s'impegna ad effettuare le relative pre-

stazioni garantendo una distribuzione per tutto l'intera durata della convenzione.

C) FATTURAZIONE PRESTAZIONI

La fatturazione in originale, completa della documentazione a corredo, dovrà essere inviata all'Azienda – Unità Operativa Gestioni Economiche e Finanziarie che provvederà ad inoltrarla ai competenti uffici aziendali per i successivi controlli e verifiche del caso. A seguito di esito positivo della verifica effettuata, l'azienda predisporrà il pagamento entro i termini di legge dalla data di ricevimento della fattura. Le parti convengono che qualora emergano differenze tra quanto fatturato dalla Casa di Cura e quanto emerso dai controlli, ove reso noto oltre i 60 giorni dalla fatturazione, saranno regolati attraverso l'emissione di fatture integrative o di note di credito che saranno compensate e/o stornate sulle fatture ancora da liquidare.

6. La Casa di Cura in relazione al progetto Regionale "fascicolo sanitario elettronico", è tenuta alla corretta registrazione dei dati relativi alle prestazioni oggetto della presente convenzione, tenendo conto che i dati digitali, nell'ambito del progetto citato, saranno progressivamente messi a disposizione dell'utente interessato e per tramite di quest'ultimo di altri professionisti sanitari.

7. La Casa di Cura s'impegna ad allineare le modalità di gestione dei propri dati di attività secondo le specifiche che saranno concordate con l'Azienda al fine di garantire l'allineamento con i requisiti previsti dal citato progetto regionale "fascicolo sanitario elettronico".

ART. 14 ACCORDI DI CONFINE CON EMILIA ROMAGNA, MARCHE E UMBRIA

La Casa di Cura prende espressamente atto degli Accordi di confine che regolamentano la mobilità interregionale tra la Regione Toscana e la Regione Emilia Romagna, Regione Marche e Regione Umbria, allegati al presente atto a formarne parte integrante e sostanziale (Allegato 2). La Casa di Cura s'impegna ad uniformarsi ai contenuti dei citati atti, rendendosi disponibile ad adeguarsi ulteriormente qualora intervengano eventuali modifiche in relazione alla remunerazione dei ricoveri nell'ambito della mobilità sanitaria interregionale.

ART. 15 - PAGAMENTI

1. L'Azienda si impegna al pagamento delle prestazioni rese dalla Casa di Cura, salvo successive compensazioni.

2. Ove con riferimento agli allegati Accordi di confine di cui al precedente Art. 14, che la Regione Toscana ha in essere per l'anno 2015 con le regioni Umbria, Emilia Romagna e Marche, la produzione complessiva delle Aziende Sanitarie ecceda il tetto ivi previsto, e ciò comporti una penalizzazione per l'Azienda, quest'ultima applicherà alla Casa di Cura una riduzione del compenso, proporzionale all'incidenza percentuale del valore prodotto dalla Casa di Cura rispetto al valore complessivo riferito all'Azienda.

ART. 16 - FLUSSI INFORMATIVI

1. La Casa di Cura fornisce, con cadenza mensile, alla competente struttura di ESTAR, i files relativi a tutte le prestazioni effettuate, in favore di utenti residenti nella provincia di Siena, di utenti residenti in altre Aziende UUSSLL regionali, di utenti residenti in Aziende UUSSLL di altre regioni.

2. I files di cui al comma 1 sono in formato ASCII e sono trasmessi dalla Casa di Cura tramite posta elettronica come Flussi DOC SDO, SPA-FED, secondo i tracciati ed i tempi previsti dalla vigente normativa.

3. La Regione Toscana, sulla base delle informazioni trasmesse dall'ESTAR, effettua il calcolo della mobilità sanitaria attiva (compensazioni), per le prestazioni rese dalla Casa di Cura ad utenti residenti in altre Aziende Sanitarie Regionali ed extra-regionali. Di conseguenza, l'Azienda si riserva di rivalersi sulla Casa di Cura, qualora non ottemperi al suddetto invio nei termini stabiliti o trasmetta dati errati secondo la procedura regionale di controllo (records scartati con tipo errore 9).

5. I dati di cui sopra sono suscettibili di integrazioni e variazioni, a richiesta dell'Azienda, previo preavviso di 60 gg. dall'inizio della rilevazione.

ART. 17 - FATTURAZIONE

1. La Casa di Cura trasmette alla U.O. Programmazione fabbisogno della AUSL 7 - Piazza Carlo Rosselli, 26 - 53100 Siena le fatture rela-

tive alle prestazioni effettuate in favore di assistiti residenti in ambito regionale ed extra-regionale.

2. Le fatture emesse dalla Casa di Cura sulla base delle prestazioni effettuate sono divise tra residenti nel territorio dell'Azienda, residenti nelle altre Aziende Sanitarie della Regione Toscana e residenti extra-regionali..

3. La trasmissione avviene entro il decimo giorno del mese successivo a quello di termine del trattamento.

4. L'Azienda, nello svolgimento delle funzioni di controllo della correttezza dei dati contenuti nella fattura periodica procede, contestualmente, alla verifica della corrispondenza tra i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti dai Flussi DOC SDO, SPA E FED inviati ad ESTAR.

5. Qualora si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nei flussi regionali, l'Azienda ha titolo a procedere al blocco del pagamento della fattura in questione e a procedere ad opportuna e specifica richiesta di chiarimenti alla Casa di Cura.

Art. 18 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. La Casa di Cura si obbliga all'osservanza delle norme in materia di trattamento dei dati personali ed in specifico si impegna ad assolvere tutti gli adempimenti previsti D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati" ed in particolare della Parte II, Titolo V, Capo III.

2. Titolare delle operazioni di trattamento dei dati personali correlate alle attività e prestazioni oggetto della presente convenzione è l'Azienda.

3. La parte contraente agisce in qualità di Responsabile esterno dell'Azienda, giusta nomina scritta da perfezionarsi contestualmente alla stipula del contratto. La nomina a Responsabile esterno non comporta alcun corrispettivo ulteriore rispetto a quello contrattualmente definito e cessa automaticamente al venir meno dell'espletamento dell'attività per conto dell'Azienda.

4. In qualità di responsabile esterno del trattamento dei dati personali, la Casa di Cura si impegna ad assicurare il rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., di quanto contenuto nei provvedimenti del Garante in materia di protezione dei dati personali, di quanto previsto dal Regolamento aziendale in tema di trattamento dei dati personali, adottato con Deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda in data 23 aprile 2013, n. 154, nonché di quanto previsto nelle istruzioni che vengono allegate al presente atto, quale parte integrante e sostanziale (Allegato 3).

ART. 19 – INADEMPIENZE

1. Ove si verificassero, da parte della Casa di Cura, inadempienze gravi rispetto agli impegni assunti con il presente atto, la Direzione dell'Azienda procederà, ex art. 1454 del codice civile, ad intimare a mezzo lettera raccomandata a/r l'esatto adempimento entro e non oltre il termine di 30 giorni dal ricevimento, decorso inutilmente tale

termine il contratto si intenderà senz'altro risolto. L'inosservanza di quanto stabilito all'art. 13 comporta la sospensione della liquidazione. L'inadempimento degli obblighi assunti agli artt. 10, 11 e 15 comporta la risoluzione di diritto del contratto ex art. 1456 del codice civile.

Art. 20 - CONTROVERSIE

1. Ogni eventuale contestazione e/o controversia che dovesse insorgere fra le Parti, in relazione all'interpretazione ed all'esecuzione della Convenzione e/o degli allegati, che non venisse risolta bonariamente fra le Parti, è deferita in via esclusiva al Foro di Siena.

ART. 21 – DECORRENZA E VALIDITA'

1. Il presente contratto ha validità dal 1 gennaio 2015 al 30 aprile 2015.

2. Le variazioni al presente contratto, a seguito dell'emanazione di leggi, regolamenti, disposizioni nazionali e/o regionali nonché di accordi tra enti pubblici o/e associazioni di categoria, impegnano le parti alla loro applicazione da formalizzarsi in atto convenzionale suppletivo.

3. Il presente contratto viene redatto in triplice copia da conservarsi agli atti della U.O. Affari Generali dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo nel proprio repertorio. Il presente contratto verrà registrato solo in caso d'uso, a cura e spese della parte interessata. Le spese di bollo ed ogni altra eventuale sono a carico della Casa di Cura.

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO,

Azienda USL 7 di Siena

Casa di cura Rugani Srl

Il Direttore Generale

Rappresentante legale

Dr. Enrico Volpe

Alessandro Callai

Il presente documento informatico è sottoscritto dalle parti con firma digitale, ai sensi dell'articolo 24 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'amministrazione digitale", come modificato dal D. lgs n. 235 del 30 dicembre 2010, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

Allegato 1

Attività di ricovero, in regime ordinario e day hospital, e specialistica ambulatoriale

	Programmazione anno 2015					Programmazione I quadrimestre 2015			
	Tetto economico 2014	Tetto economico 2015	Differenza (-2,7%)	Costo medio	N. prestazioni stimate 2015	di cui per Aziende di Area Vasta 2015	Stima spesa	N. prestazioni stimate	di cui per Aziende di Area Vasta
Ortopedia protesica, comprensiva di riabilitazione cod. 56	892.500,00	868.403,00	-24.097,00	10.800	81	10	289.467,67	27	3
Ortopedia non protesica	180.400,00	175.529,00	-4.871,00	2.041	86	6	58.509,67	29	2
Chirurgia Generale e Urologia	435.000,00	423.255,00	-11.745,00	2.106	201	6	141.085,00	67	2
Ricoveri estemporanei	53.269,00	51.831,00	-1.438,00	2.160	24	19	17.277,00	8	6
Chirurgia ambulatoriale	588.260,00	572.377,00	-15.883,00	878	652	20	190.792,33	217	7
Totale	2.149.429,00	2.091.395,00	-58.034,00		1.044	61	697.131,67	348	20

Specialistica ambulatoriale - Diagnostica per immagini

	Programmazione anno 2015					Programmazione I quadrimestre 2015	
	Tetto economico 2014	Tetto economico 2015	Differenza (-2,7%)	Costo medio	N. prestazioni stimate 2015	Stima spesa I quadrimestre 2015	N. prestazioni stimate
RMN	208.000,00	202.384,00	-5.616,00	155	1.306	67.461,33	435
TAC	40.000,00	38.920,00	-1.080,00	150	260	12.973,33	87
Ecografie internistiche	38.000,00	36.974,00	-1.026,00	38	973	12.324,67	324
Ecocardiografia	10.000,00	9.730,00	-270,00	50	390	3.243,33	130
RX	20.584,00	20.028,00	-556,00	21	490	6.676,00	163
Totale	316.584,00	308.036,00	-8.548,00		3.419	102.678,67	1.139

Diagnostica per immagini aggiuntiva extra tetto economico dal 1/1/2015 al 30/04/2015

	Valore	N. prestazioni stimate 2015
RMN Cranio	35.000,00	156
Colonne, spalle e arti con contrasto	22.800,00	180
Articolari	10.000,00	80
Totale	67.800,00	416

Pazienti in stato vegetativo

	Programmazione anno 2015					Stima spesa I quadrimestre 2015
	Tariffa giornaliera 2014	Tariffa giornaliera 2015	gg consumate 2014	Spesa 2014	Stima spesa 2015	
Profilo 1 - alto livello clinico-assistenziale a giornata di degenza	340,00	253,00	978	332.520,00	247.434,00	82.478,00
Profilo 2 - medio livello clinico-assistenziale a giornata di degenza	280,00	244,00	398	111.440,00	97.112,00	32.370,67
Profilo 3 - basso livello clinico-assistenziale a giornata di degenza	189,00	150,00	398	75.222,00	59.700,00	19.900,00
Totale			1.774,00	519.182,00	404.246,00	134.748,67



REGIONE TOSCANAGIUNTA REGIONALE

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Il Dirigente Responsabile/ Il Responsabile di P.O. delegato: EDOARDO MICHELE MAJNO

Decreto

N° 2733

del 12 Giugno 2012

Publicità/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)

Allegati n°: 1

ALLEGATI:

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
<i>1</i>	<i>Si</i>	<i>Cartaceo+Digitale</i>	<i>-</i>

Oggetto

Accordo di confine Regione Toscana - Regione Umbria per la mobilità sanitaria: definizione piano annuale di attività per l'anno 2012 e regolazione dei rapporti finanziari anno 2011

Atto non soggetto al controllo interno ai sensi della D.G.R. n. 1315/2003 e della D.G.R. n. 506/2006

Atto certificato il 27-06-2012

STRUTTURE INTERESSATE:

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

IL DIRETTORE GENERALE

Visto quanto disposto dall'art. 2 della L.R. 1/2009, "Testo unico in materia di organizzazione e ordinamento del personale" che definisce i rapporti tra gli organi di direzione politica e la dirigenza;

Visto il decreto del Presidente della Giunta regionale n. 19 del 11 gennaio 2012 con il quale è stato attribuito al sottoscritto l'incarico di direttore generale della direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale";

Visto quanto disposto dagli artt. 3 e 7, della sopra citata L.R. 1/2009, inerenti le competenze dei direttori generali;

Preso atto del proprio decreto n. 1933 dell' 8 maggio 2012 relativo al nuovo assetto organizzativo della Direzione Generale "Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale" a seguito di quanto disposto dalla D.G.R. 332/2012;

Ricordato che con deliberazione n. 443 del 31 marzo 2010, la Giunta regionale ha approvato lo schema di accordo per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Toscana e la Regione Umbria, e che lo stesso accordo prevede l'assunzione, da parte delle due Regioni, di uno specifico Piano annuale di attività che contenga la definizione analitica del programma di collaborazione tale da rendere operativo l'Accordo stesso;

Preso atto che la Giunta regionale incarica il Direttore Generale della D.G. "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", di definire il Piano annuale di attività di cui al punto precedente;

Ritenuto, sulla base delle analisi effettuate sulla mobilità rilevata fra le due Regioni per i propri cittadini e sulle variazioni interessanti tale fenomeno, di definire il piano annuale per il 2012 secondo lo schema riportato nell'Allegato 1, comprendente altresì, nella continuità col precedente piano per l'anno 2010, anche la regolazione della fase di passaggio relativa all'anno 2011;

Valutato necessario, ai fini di una coerente applicazione all'interno dei presidi toscani, che le Aziende sanitarie provvedano a tradurre i criteri sui quali si fonda il presente piano annuale all'interno della programmazione della propria attività e nei rapporti con le istituzioni private, soprattutto laddove siano significativi i volumi delle attività svolte a favore dei cittadini della regione Umbria;

DECRETA

1. di definire per l'anno 2012 i criteri di regolazione della mobilità sanitaria fra le Regioni Toscana e Umbria relativamente alle prestazioni di specialistica e alle prestazioni di ricovero ospedaliero, inclusi i reparti di riabilitazione, effettuate dalle strutture pubbliche e private accreditate, secondo quanto riportato nel "Piano Annuale di attività 2012" di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di definire i criteri di regolazione finanziaria della mobilità sanitaria fra le Regioni Toscana e Umbria per l'anno 2011, nella continuità col precedente piano per l'anno 2010, secondo quanto riportato al medesimo Allegato 1 al paragrafo "Regolazione della mobilità per l'anno 2011";
3. di comunicare alle Aziende sanitarie e alle Associazioni referenti della sanità privata di livello regionale, l'adozione del presente provvedimento.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi dell'art. 5 comma 1 lett. F) della L.R. 23 aprile 2007 n. 23 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 comma 2 della medesima legge.

Il Direttore Generale
EDOARDO MICHELE MAJNO

Piano annuale di attività 2012

Premessa

Nel mese di marzo 2010 la Regione Umbria e la Regione Toscana hanno rinnovato l'accordo quadro per la gestione della mobilità sanitaria, ampliando le linee di collaborazione già condivise nell'accordo quadro del 2004. Lo stesso resterà in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2010.

L'accordo prevede, tra l'altro, che le due Regioni diano attuazione all'accordo stesso attraverso specifici piani annuali di attività che stabiliscano i volumi delle tipologie di prestazioni oggetto dell'accordo:

- Prestazioni di ricovero ospedaliero, sia in regime di degenza ordinaria che day-hospital
- Prestazioni di specialistica

Il presente documento intende pertanto definire il piano annuale di attività per l'anno 2012 e regolare, nella continuità col precedente piano per l'anno 2010, anche la fase di passaggio relativa all'anno 2011.

Resta inteso che gli indirizzi di cui al presente piano andranno successivamente armonizzati con quanto potrà essere più organicamente definito con Accordo tra le Aziende confinanti.

Sarà altresì possibile rivedere o rimodulare parti del presente piano qualora si verificano variazioni nell'organizzazione o andamenti imprevisi nell'erogazione delle attività che possano confliggere, in corso d'anno, con quanto previsto dal piano stesso.

Piano di attività – anno 2012 – Ricoveri

Si individuano alcune linee di collaborazione che prevedono uno sviluppo delle attività nell'area dell'Emergenza-Urgenza, in particolare cardiologica e vascolare, e Materno Infantile. Le Aziende USL 1 dell'Umbria e USL 8 della Toscana provvederanno a definire specifici piani di collaborazione per ciascuna area individuata.

Per l'attività di ricovero ospedaliero, sia per acuti, sia in reparti di riabilitazione (cod. 28, 56, 75), si applicano per il 2012 i criteri di seguito definiti, adeguando le categorie di ricoveri (Alta complessità, DRG a rischio di inappropriatazza) alle modifiche intervenute a livello nazionale. I criteri definiscono gli obiettivi di attività e gli abbattimenti tariffari che intervengono al superamento di tali obiettivi.

Il tariffario applicato è la TUC dell'anno di riferimento, salvo specifiche indicazioni.

In merito allo sviluppo della collaborazione interregionale nell'assistenza all'insufficienza respiratoria cronica si prevede la possibilità di accesso all'attività del Centro di Svezamento,

ALLEGATO 1

collocato presso la struttura Auxilium Vitae di Volterra, sotto la responsabilità della struttura organizzativa Unità Operativa di Pneumologia 2 della Azienda ospedaliero-universitaria Pisana, ai pazienti inviati dalle strutture dell'Umbria previa autorizzazione della USL di residenza acquisita dalle stesse strutture e trasmessa al momento del trasferimento.

Per questa attività si applicano le tariffe definite con la Deliberazione della Giunta Regionale della Toscana n. 1186 del 29 dicembre 2008.

Ricovero per acuti (reparti di dimissione diversi da discipline codice 28, 56, 60, 75):

Il tariffario applicato è la TUC dell'anno di riferimento per le tariffe dei ricoveri ordinari, 01 giorno e DH chirurgico, salvo particolari casi elencati.

Per i ricoveri *DH dei DRG medici*, ad esclusione dei DRG 124, 125, 323, 409 e 410, si applica la tariffa forfetaria di Euro 135 ad accesso, salvo quanto previsto dalla TUC per i DRG LEA di pazienti >14 che vengono remunerati a caso trattato (con le eccezioni previste dalle regole di applicazione della TUC).

- **DRG alta specialità** – (*elenco TUC 2012*) – solo valutazione dell'attività

Obiettivo: numero di ricoveri non superiore a quello 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: nessuno

- **DRG Lea** (*elenco TUC 2012*)– obiettivi e abbattimenti differenziati fra DRG medici e chirurgici

DRG Lea chirurgici

Obiettivo: numero di ricoveri non superiore a quello 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 20%

DRG Lea medici (con esclusione dei DRG oncologici – 409, 410, 411, 412)

Obiettivo: riduzione del numero ricoveri del 10 % rispetto a quello 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 70%

- **Altri DRG** – obiettivi e abbattimenti differenziati fra DRG medici e chirurgici

Altri DRG chirurgici

Obiettivo: numero di ricoveri non superiore a quello del 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 10%

Altri DRG medici

Obiettivo: riduzione del numero ricoveri del 5% rispetto a quello del 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 30%

Ricovero di riabilitazione (reparti di dimissione discipline codice 28, 56, 75):

Per il settore della riabilitazione ospedaliera viene riconfermato il criterio di accesso già precedentemente condiviso: il ricovero ospedaliero di riabilitazione è limitato ai soli casi in cui costituisce il proseguimento di un episodio di ricovero per acuti; gli altri casi si rinviano al trattamento intensivo extraospedaliero, sulla base di un piano di trattamento predisposto o validato dalla USL di residenza.

- **Alta specialità riabilitativa** (codici disciplina 28 e 75) – solo valutazione dell'attività

Obiettivo: numero di ricoveri non superiore a quello 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: nessuno

- **Riabilitazione ospedaliera** (codice disciplina 56)

(solo prosecuzione ricovero in fase acuta, trasferimento da struttura ospedaliera per acuti)

Obiettivo: numero di ricoveri e/o numero giornate di degenza non superiore a quello 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 50%

Per il controllo della durata dei ricoveri di riabilitazione ortopedica (MDC 8), che normalmente devono concludersi entro 30 giorni, si prevede un abbattimento tariffario del 30% per le ulteriori giornate di degenza.

N.B: Per il calcolo degli abbattimenti, le prestazioni di ricovero dovranno essere considerate secondo l'ordine temporale di erogazione e quindi saranno "eccedenti" quelle erogate per ultime dopo il raggiungimento del numero prodotto nell'anno di riferimento.

Piano di attività – Specialistica Ambulatoriale

Applicazione, da parte di ogni regione, del proprio nomenclatore tariffario, alle condizioni dallo stesso previste, sia ai residenti dell'una che dell'altra regione. I residenti delle due regioni si intendono parificati per l'applicazione delle regole sui livelli di assistenza e nell'applicazione delle regole per il pagamento del ticket.

Per quanto riguarda le modalità di addebito all'altra regione (ticket e ticket aggiuntivi introdotti con la manovra di Luglio 2011) viene seguita la regola concordata a livello nazionale.

I tariffari di riferimento sono i Nomenclatori tariffari in vigore in ciascuna regione al momento della prestazione.

- **Prestazioni di TC e RMN**

Riduzione programmata dell'attività e del conseguente volume finanziario a partire dall'anno 2012 con percentuali di diminuzione a salire per 2013 e 2014

ALLEGATO 1

Obiettivo: riduzione del 10% del volume finanziario rispetto all'addebito (eventualmente ridotto per gli abbattimenti dovuti) dell'anno 2011.

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 80%

Trend di decremento del volume finanziario per gli anni successivi:

2013: riduzione del 12,5% rispetto all'anno 2012 (addebito, eventualmente ridotto per gli abbattimenti dovuti);

2014: riduzione del 15% rispetto all'anno 2013 (addebito, eventualmente ridotto per gli abbattimenti dovuti).

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 80%

N.B: Per le prestazioni specialistiche il calcolo dell'abbattimento sarà praticato direttamente sugli importi totali addebitati.

Regolazione della mobilità per l'anno 2011

Ricoveri

Per l'attività di ricovero ospedaliero, sia per acuti, sia in reparti di riabilitazione (cod. 28, 56, 75), valgono, come definito per l'anno 2010, i parametri contenuti nell'accordo dell'anno 2006 e la classificazione delle attività all'epoca stabilita, aggiornando i dati di riferimento per la definizione dei valori obiettivo all'anno 2009.

Il tariffario di riferimento è la TUC 2011.

N.B: Per il calcolo degli abbattimenti, le prestazioni di ricovero dovranno essere considerate secondo l'ordine temporale di erogazione e quindi saranno "eccedenti" quelle erogate per ultime dopo il raggiungimento del numero prodotto nell'anno di riferimento.

Specialistica

Per l'anno 2011 il tetto finanziario di riferimento corrisponde all'importo addebitato nel 2010 eventualmente ridotto per gli abbattimenti dovuti.

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 80%

I tariffari di riferimento sono i Nomenclatori tariffari in vigore in ciascuna regione al momento della prestazione, alle condizioni dagli stessi previste, sia ai residenti dell'una che dell'altra Regione. I residenti delle due Regioni si intendono parificati per l'applicazione delle regole sui livelli di assistenza e nell'applicazione delle regole per il pagamento del ticket.

Per quanto riguarda le modalità di addebito all'altra regione (ticket e ticket aggiuntivi introdotti con la manovra di Luglio 2011) viene seguita la regola concordata a livello nazionale.

N.B: Per le prestazioni specialistiche il calcolo dell'abbattimento sarà praticato direttamente sugli importi totali addebitati.



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 19-12-2011 (punto N 40)

Delibera

N 1158

del 19-12-2011

Proponente

DANIELA SCARAMUCCIA

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)

Dirigente Responsabile CHIARA GHERARDESCHI

Estensore ANGELA PLEBANI

Oggetto

Accordo triennale per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Toscana e la Regione Emilia-Romagna.

Presenti

ENRICO ROSSI

SALVATORE ALLOCCA

ANNA RITA BRAMERINI

LUCA CECCOBAO

ANNA MARSON

RICCARDO NENCINI

DANIELA

GIANFRANCO

STELLA TARGETTI

SCARAMUCCIA

SIMONCINI

Assenti

GIANNI SALVADORI

CRISTINA SCALETTI

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	Cartaceo+Digitale	Schema accordo

STRUTTURE INTERESSATE

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'art. 8 sexies, comma 8, del D. Lgs. 502/1992 che prevede che il Ministro della Sanità d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto definisca i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale;

Vista l'intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 che prevede che per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuino adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria (articolo 19 "Mobilità interregionale");

Ritenuto opportuno procedere ad un accordo tra le Regioni Toscana ed Emilia-Romagna per il governo della mobilità sanitaria attivando politiche collaborative tra regioni confinanti, affrontando anche le problematiche specifiche delle aree di confine;

Preso atto che:

- l'Accordo è stato predisposto in conformità ai principi fondamentali fissati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che garantisce la libera scelta del cittadino ed affida alle Regioni ed alle strutture del SSN il compito di assicurare l'appropriatezza e la qualità delle cure, in costanza del vincolo dell'equilibrio di bilancio,
- ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza con modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di qualità dell'assistenza, siano logisticamente vicine alla residenza e siano facilmente fruibili dai cittadini stessi,
- la struttura dell'accordo risponde in maniera mirata alla necessità che hanno le Regioni di garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettando gli standard di qualità dell'assistenza, la prossimità e la fruibilità, perseguendo gli obiettivi di gestione della mobilità e di qualificazione dell'offerta;

Atteso che nell'Accordo viene determinato l'ambito della collaborazione, vengono individuati i principi generali ed i compiti di ciascun ente sottoscrittore, fissati i criteri per i controlli dei volumi di attività e dei relativi corrispettivi, rimandando ad un Piano annuale di attività la definizione analitica del programma di collaborazione che rende operativo l'Accordo stesso;

Fatto salvo il principio essenziale ed ispiratore del Servizio Sanitario Nazionale, ribadito dalla L.R. n. 40/2005 e successive modifiche, della libertà di scelta da parte del cittadino del luogo di cura, nell'ambito dei soggetti, delle strutture e dei professionisti accreditati con cui sono stati stipulati accordi contrattuali;

Visto il Programma Regionale di Sviluppo 2011-2015, adottato con risoluzione del Consiglio Regionale n. 49 del 29 giugno 2011;

Visto il DPEF 2012 adottato dal Consiglio Regionale con risoluzione n. 56 del 27 luglio 2011;

Vista l'informativa preliminare del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, approvata con decisione n. 27 della Giunta Regionale in data 4 luglio 2011;

Visto il parere espresso dal CTD nella seduta del 7 dicembre 2011;

Ritenuto pertanto di approvare lo schema di Accordo per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Toscana e la Regione Emilia-Romagna così come risulta nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, e rinviare ad atto successivo della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale la definizione del Piano annuale di attività;

A voti unanimi;

DELIBERA

- 1) di approvare lo schema di Accordo per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Toscana e la Regione Emilia-Romagna così come risulta nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 1) di autorizzare il Presidente della Giunta regionale o suo delegato alla sottoscrizione dell'Accordo di cui al precedente punto 1);
- 2) di incaricare il Direttore Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di definire i Piani annuali di attività previsti dall'Accordo di cui al precedente punto 1)

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell' art. 5, comma 1, lett. f) e dell'art. 18, comma 2 della L.R. 23/2007, in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sul BURT e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Dirigente Responsabile
CHIARA GHERARDESCHI

Il Direttore Generale sostituto
GIOVANNA FAENZI

**ACCORDO TRIENNALE 2012-2014
PER LA GESTIONE DELLA MOBILITA' SANITARIA
FRA
LE REGIONI EMILIA-ROMAGNA E TOSCANA**

PREMESSA

Il quadro istituzionale

Il D.Lgs. 502/92 e successive integrazioni e modifiche, al comma 8 dell'art. 8 sexies prevede che le Regioni possano stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna Regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

L'accordo Stato–Regioni del 22 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza, al punto 10, stabilisce che: “Laddove la Regione definisca specifiche condizioni di erogabilità delle prestazioni ricomprese all'interno dei Livelli Essenziali di assistenza sanitaria con particolare riferimento alle prestazioni di cui agli allegati 2B e 2C, o individui prestazioni/servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, l'addebitamento delle stesse, in caso di mobilità sanitaria, dovrà avvenire sulla base di:

- un accordo quadro interregionale, che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità
- eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate”.

Il Nuovo Patto per la Salute 2010–2012 siglato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 3 dicembre 2009 indica gli accordi sulla mobilità interregionale tra i settori strategici in cui operare al fine di qualificare i sistemi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa. Inoltre, per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, viene data indicazione alle Regioni, di individuare adeguati strumenti di Governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definiti;
- favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

Gli obiettivi delle Regioni Emilia-Romagna e Toscana

La Regione Emilia-Romagna e la Regione Toscana hanno scambi di mobilità sanitaria per l'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale con valori reciprocamente pari a circa 47 ml. di € e 14 ml. di € - dati 2010 ultimo anno consolidato disponibile - e un trend di incremento, in particolare a carico delle strutture private accreditate.

La stipula dell'accordo avverrà nel rispetto dei principi fondamentali fissati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che garantisce la libera scelta del cittadino ed affida alle Regioni ed alle strutture del SSN il compito di assicurare l'appropriatezza e la qualità delle cure, in costanza del vincolo dell'equilibrio di bilancio.

Gestione della mobilità

Con il presente accordo, le Regioni intendono definire i principi e le modalità per regolare le attività che caratterizzeranno, nel periodo di vigenza, i rapporti tra loro.

Qualificazione dell'offerta

Il rapporto strutturato tra le Regioni, comporta altresì l'assunzione di responsabilità dirette in merito alla qualità e appropriatezza delle cure, in termini sia di qualità dei servizi offerti sia di qualità percepita dall'utenza.

Ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza con modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di qualità dell'assistenza, siano logisticamente vicine alla residenza e siano facilmente fruibili dai cittadini stessi.

Le Regioni intendono stipulare l'accordo definendo linee di collaborazione con particolare riferimento alle attività erogate nelle zone di confine.

Si condivide di collaborare nelle seguenti linee di sviluppo

- programmare tetti massimi di finanziamento per i volumi di prestazioni erogate, programmando anche l'attività delle strutture private;
- condividere programmi di monitoraggio e controllo dell'attività effettuata e di valutazioni dell'appropriatezza delle tipologie e delle prestazioni erogate;
- prevedere eventuali misure di penalizzazione degli effetti distorsivi (superamento tetti, ricoveri inappropriati, ricoveri ripetuti o troppo brevi);
- definire livelli essenziali di assistenza comuni (concordanza della esclusione di peculiari prestazioni e condivisione dei criteri di accesso).

Ambiti di lavoro dell'accordo

L'accordo si articola in due ambiti di lavoro:

a) Analisi dei fenomeni di mobilità ospedaliera

Si ritiene che il fenomeno della mobilità per essere governato debba essere ben conosciuto e quindi si propone di approfondire le problematiche specifiche degli scambi tra le due Regioni individuando le diverse tipologie di domanda a cui il fenomeno risponde e l'eventuale livello di inappropriatezza.

b) Mobilità specialistica ambulatoriale

Si condivide la criticità determinata dalla disomogeneità dei criteri di accesso e/o nelle indicazioni volte al miglioramento della appropriatezza, in particolare sul tema della

Specialistica ambulatoriale. Il fenomeno esprime una specifica sofferenza nelle zone di confine e può determinare, in quelle popolazioni, l'idea di un federalismo competitivo e di un concetto di appropriatezza, dettati più da esigenze di equilibrio economico regionale piuttosto che da rigorosi criteri scientifici. Si intende, pertanto, promuovere un lavoro per la condivisione di un Nomenclatore tariffario per la Specialistica ambulatoriale.

Validità dell'accordo

Il presente accordo resterà in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2012.

Ad esso verrà data attuazione annuale attraverso specifici piani annuali di attività definiti in base ai criteri di seguito indicati. Il tetto di riferimento è il dato 2010, con possibilità di rivalutazione per gli anni successivi al primo.

Piano annuale di attività

Nel piano annuale di attività vengono programmati volumi e tipologie di prestazioni oggetto dell'accordo. Gli ambiti di attività oggetto dell'accordo:

- Prestazioni di ricovero ospedaliero, sia in regime di degenza ordinaria che day - hospital
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Ricoveri Ospedalieri

Vengono definite le categorie di prestazioni:

- DRG di alta specialità
- DRG ad alto rischio di inappropriatezza,
- restanti DRG
- Attività di riabilitazione

Per ciascuna categoria di ricovero viene definito annualmente un "tetto di attività complessivo", le tariffe e le regole di determinazione dei volumi finanziari corrispondenti. Per ciascuna classe di DRG individuata verranno annualmente stabiliti:

- il volume programmato dell'attività attesa;
- le tariffe da applicare;
- gli abbattimenti da applicare alle tariffe per la valorizzazione dei casi che superano i volumi programmati.

Specialistica ambulatoriale

Annualmente verranno individuate le tariffe e le regole di determinazione dei volumi finanziari. In particolare verrà definito l'elenco delle prestazioni sottoposte a particolari regole di contenimento dei volumi di attività e/o di spesa.

Per ciascuna categoria di prestazioni individuate verranno annualmente stabiliti:

- il volume programmato dell'attività attesa;
- le tariffe da applicare;
- gli abbattimenti da applicare alle tariffe per la valorizzazione dei casi che superano i volumi programmati.

Il sistema dei controlli di qualità e appropriatezza

Ciascuna Regione garantisce un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate.

Modalità di gestione e monitoraggio dell'accordo

Al fine di consentire il monitoraggio dell'accordo, le parti stabiliscono di scambiarsi trimestralmente i dati di attività relativi ai ricoveri e specialistica ambulatoriale, come da flusso di mobilità secondo il tracciato definito dal Testo Unico e comprensivo di importo. Le scadenze di trasmissione sono le seguenti:

- I invio – 3 mesi di attività - entro il 31 maggio;
- II invio – 6 mesi di attività – entro il 31 agosto;
- III invio – 9 mesi di attività – entro il 31 dicembre;
- IV invio – attività dell'intero anno – entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Resta inteso che continuano ad essere valide le scadenze per l'invio dei dati di mobilità secondo le regole previste dal Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

I tecnici delle due Regioni firmatarie si incontrano con cadenza semestrale per valutare l'andamento della produzione. Degli incontri viene stilato verbale che resta agli atti dei rispettivi Assessorati.

Entro il mese di aprile di ogni anno viene inoltre definita la chiusura dell'anno precedente e vengono pertanto certificati i volumi economici da porre in mobilità. Tali volumi costituiranno il dato economico che definirà la matrice degli addebiti dell'anno di competenza.

Infine, tenuto conto che già nell'ambito del gruppo tecnico della mobilità interregionale sono stati condivisi i criteri di appropriatezza dei ricoveri, formalizzati anche nel Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria, le due Regioni si impegnano a rispondere alle segnalazioni eventualmente ricevute e ad approfondire specifiche problematiche che dovessero emergere dalle analisi effettuate e/o dal monitoraggio delle attività di cui al presente accordo. Le due Regioni si impegnano anche a fornire reciprocamente ulteriori informazioni richieste per tutti gli approfondimenti ritenuti utili.



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 12-01-2009 (punto N. 13)

Delibera

N.12

del 12-01-2009

Proponente

ENRICO ROSSI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile: Valtere Giovannini

Estensore: Angela Plebani

Oggetto:

Approvazione dell'Accordo quadro per la gestione della mobilità sanitaria fra la Regione Marche e la Regione Toscana

Presenti:

CLAUDIO MARTINI

ANNA RITA BRAMERINI

RICCARDO CONTI

AGOSTINO FRAGAI

ENRICO ROSSI

GIANNI SALVADORI

GIANFRANCO SIMONCINI

MASSIMO TOSCHI

GIUSEPPE BERTOLUCCI

EUGENIO BARONTI

MARCO BETTI

PAOLO COCCHI

Assenti:

AMBROGIO BRENNA

FEDERICO GELLI

ALLEGATI N°: 1

ALLEGATI:

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	Cartaceo+Digitale	accordo quadro

STRUTTURE INTERESSATE:

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il D. Lgs. 502/1992 che all'art. 8 sexies, comma 8 prevede che "Il Ministro della Sanità d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possano stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale";

Preso atto che:

- l'Accordo Stato – Regioni del 22.11.2001 sui "Livelli essenziali di assistenza sanitaria" al punto 10 stabilisce che: "Laddove la Regione definisca specifiche condizioni di erogabilità delle prestazioni ricomprese all'interno dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria con particolare riferimento alle prestazioni di cui agli allegati 2B e 2C, o individui prestazioni/servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, l'addebitamento delle stesse in mobilità sanitaria deve avvenire sulla base di:
 - o un accordo quadro interregionale che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità;
 - o eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate";
- La Commissione Salute istituita nell'ambito della Conferenza delle Regioni e Province Autonome nella riunione del 23.11.2005 ha approvato un documento con il quale si invitavano le Regioni a stipulare gli accordi tra le Regioni di confine e tra Regioni di aree lontane con flussi significativi;

Considerato che La Regione Marche e la Regione Toscana hanno avviato un confronto e, sulla base dell'analisi dei dati di mobilità sanitaria interregionale relativi al periodo 2005/2007 e sulla base dell'esperienza dell'Accordo sottoscritto tra le Regioni Umbria e Toscana, hanno condiviso i criteri per la definizione dei parametri sui quali costruire l'Accordo e provveduto alla stesura congiunta dello stesso;

Preso atto che:

- l'Accordo è stato predisposto in conformità ai principi fondamentali fissati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che garantisce la libera scelta del cittadino ed affida alle Regioni ed alle strutture del SSN il compito di assicurare l'appropriatezza e la qualità delle cure, in costanza del vincolo dell'equilibrio di bilancio,
- che ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza con modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di qualità dell'assistenza, siano logisticamente vicine alla residenza e siano facilmente fruibili dai cittadini stessi,
- che fondamentalmente, gli obiettivi che entrambe le Regioni intendono perseguire attraverso l'accordo sono la gestione della mobilità e la qualificazione dell'offerta,

Atteso che nell'Accordo viene determinato l'ambito della collaborazione, vengono individuati i principi generali ed i compiti di ciascun ente sottoscrittore nonché gli ambiti di lavoro relativi alla determinazione dei

volumi di attività e dei relativi corrispettivi, rimandando ad un Piano annuale di attività la definizione analitica del programma di collaborazione che rende operativo l'Accordo stesso;

Ritenuto pertanto di approvare lo schema di Accordo quadro per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Marche e la Regione Toscana così come risulta nell'Allegato A, parte integrale e sostanziale della presente deliberazione, e rinviare ad atto successivo della Direzione Generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà la definizione del Piano annuale di attività;

A voti unanimi

DELIBERA

- 1) di approvare lo schema di Accordo quadro per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Marche e la Regione Toscana così come risulta nell'Allegato A, parte integrale e sostanziale della presente deliberazione;
- 2) di autorizzare il Presidente della Giunta regionale o suo delegato alla sottoscrizione dell'Accordo di cui al precedente punto 1);
- 3) di incaricare il Direttore Generale della DG Diritto alla salute e politiche di solidarietà di definire i Piani annuali di attività previsti dall'Accordo di cui al precedente punto 1).

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 18, comma 2, lett. A) della L.R. n. 23/2007, in quanto conclusivo di un procedimento amministrativo, regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale.

**SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
VALERIO PELINI**

**Il Dirigente Responsabile
VALTERE GIOVANNINI**

**Il Direttore Generale
VINICIO EZIO BIAGI**

**ACCORDO QUADRO PER LA GESTIONE DELLA
MOBILITA' SANITARIA FRA LA REGIONE
MARCHE E LA REGIONE TOSCANA**

Il quadro istituzionale

Il D. lgs. 502/1992 e sue successive integrazioni e modificazioni, all'art. 8 sexies, comma 8 prevede che le Regioni possano stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna Regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

L'Accordo Stato – Regioni del 22.11.2001 sui livelli essenziali di assistenza, al punto 10, stabilisce che: “Laddove la Regione definisca specifiche condizioni di erogabilità delle prestazioni ricomprese all'interno dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria, con particolare riferimento alle prestazioni di cui agli allegati 2B e 2C o individui prestazioni/servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, l'addebito delle stesse, in caso di mobilità sanitaria, dovrà avvenire sulla base di:

- un Accordo Quadro Interregionale, che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità;
- eventuali specifici Accordi tra le Regioni interessate”.

Il D.P.C.M. del 29.11.2001 recante “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza” ed in particolare gli Allegati 2A, 2B e 2C indicano rispettivamente le prestazioni escluse dai livelli essenziali di assistenza (2A) e quelle soggette a particolari condizioni di erogabilità (2B e 2C). In data 6 novembre 2002, gli Assessori alla Sanità hanno assunto la decisione “di lasciare esclusivamente agli accordi bilaterali tra le Regioni interessate la regolazione di eventuali prestazioni godute presso le Regioni non di residenza”.

I principi generali dell'Accordo

La Regione Marche e la Regione Toscana, ferma restando la facoltà per ogni cittadino di ricorrere alla struttura di ricovero che ritiene più adatta al soddisfacimento dei propri bisogni assistenziali, ritengono opportuno definire modalità di intervento ispirate a criteri di integrazione e collaborazione.

Le due Regioni stipulano il presente accordo in conformità ai principi fondamentali fissati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che garantisce la libera scelta del cittadino ed affida alle Regioni ed alle strutture del SSN il compito di assicurare l'appropriatezza e la qualità delle cure, in costanza del vincolo dell'equilibrio di bilancio.

Gli obiettivi delle Regioni Marche e Toscana

Gestione della mobilità

Con il presente accordo, le Regioni intendono definire le regole e le modalità per la gestione delle attività che caratterizzeranno, nel periodo di vigenza, i rapporti tra loro.

Qualificazione dell'offerta

Il rapporto strutturato tra le Regioni, comporta altresì l'assunzione di responsabilità dirette in merito alla effettiva qualità delle cure, in termini sia di qualità dei servizi offerti sia di qualità percepita dall'utenza.

Ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza con modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di qualità dell'assistenza, siano logisticamente vicine alla residenza e siano facilmente fruibili dai cittadini stessi.

Le Regioni intendono stabilire l'accordo di collaborazione relativamente alle seguenti linee di sviluppo:

- individuare le tipologie di prestazioni di degenza e specialistiche oggetto dell'Accordo;
- definire reti di servizi integrati in ambito sovregionale;
- definire livelli essenziali di assistenza comuni (concordare l'eventuale esclusione di peculiari prestazioni ed i criteri di accesso);
- stabilire tetti massimi di finanziamento per i volumi di prestazioni erogate;
- condividere programmi di monitoraggio e controllo dell'attività effettuata e di valutazioni dell'appropriatezza delle tipologie e delle prestazioni erogate;
- prevedere eventuali misure di penalizzazione degli effetti distorsivi (superamento tetti, ricoveri inappropriati, ricoveri ripetuti o troppo brevi).

Ambiti di lavoro dell'accordo

L'Accordo si articola in tre ambiti di lavoro che vengono di seguito dettagliati.

A. Ricoveri ospedalieri

Si condivide la volontà di proseguire l'analisi dei fenomeni di mobilità già avviata e di approfondire le problematiche specifiche degli scambi tra le due Regioni, individuando le diverse tipologie di domanda a cui il fenomeno risponde ed il livello eventuale di inappropriata. Si propone, inoltre, di definire percorsi privilegiati per l'accesso alle prestazioni di alta specialità dei cittadini dell'altra regione.

B. Specialistica ambulatoriale

Si condivide la criticità determinata dalla disomogeneità dei criteri di accesso e la necessità di migliorare il livello di appropriatezza. Il fenomeno esprime una specifica sofferenza nelle zone di confine e può determinare, in quelle popolazioni, l'idea di un federalismo competitivo e di un concetto di appropriatezza politico e non scientifico. Si intende inoltre valutare l'attività erogata relativamente ad alcune particolari tipologie di prestazioni di diagnostica per immagini.

C. Problematiche specifiche delle Aree di confine

E' il tema di maggior interesse, poiché le aree di confine costituiscono l'ambito ideale in cui sperimentare concretamente l'idea di un federalismo solidale.

Ci si propone di definire accordi di fornitura delle prestazioni finalizzati a garantire la miglior qualità e continuità assistenziale in un sistema funzionalmente integrato di servizi che sappia valorizzare le opportunità presenti in una ottica di ottimizzazione complessiva delle risorse impegnate.

Durata dell'accordo

Il presente accordo resterà in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2008; trascorso questo periodo iniziale, verrà rinnovato di anno in anno a meno di una esplicita disdetta da parte di una delle Regioni interessate da comunicare tre mesi prima della scadenza. Ad esso verrà data attuazione annuale attraverso specifici piani di attività di seguito descritti.

Piano annuale di attività'

Nel piano annuale di attività vengono programmati volumi e tipologie di prestazioni oggetto dell'Accordo, che inizialmente per l'anno 2008 riguarderà le sole prestazioni di specialistica ambulatoriale, mentre per le prestazioni di ricovero ospedaliero, sia in regime di degenza ordinaria che day-hospital, verranno individuate le diverse tipologie di ricovero per le quali verrà fatto uno specifico monitoraggio sugli scambi 2008 e definita la linea di tendenza attesa per gli anni successivi.

Il piano annuale viene definito da un decreto del dirigente che ciascuna Regione identificherà come delegato alla sua predisposizione e sottoscrizione.

Il sistema dei controlli di qualità e appropriatezza

Ciascuna Regione garantisce un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate. La Regione Toscana e la Regione Marche, con cadenza di norma semestrale, si impegnano ad inviarsi reciprocamente le informazioni sulle prestazioni erogate reciprocamente ai rispettivi cittadini ed a fornire ulteriori informazioni richieste per tutti gli approfondimenti ritenuti utili.

Per la Regione Marche
Almerino MEZZOLANI

Per la Regione Toscana
Enrico ROSSI

Data

Allegato 3

ISTRUZIONI PER IL RESPONSABILE ESTERNO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In applicazione del "Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali", di cui al D. Lgs. 196/2003

Il Centro Chianciano Salute Spa, in qualità di Responsabile Esterno al trattamento dei dati personali, è tenuta a garantire che i trattamenti di dati personali relativi alle prestazioni dedotte in convenzione avvengano nel rispetto della normativa contenuta nel D. Lgs. 196/2003, nei Provvedimenti del Garante Privacy, nonché ad attenersi alle sotto riportate istruzioni:

a) assicurare la riservatezza delle informazioni, dei documenti e degli atti amministrativi, dei quali venga a conoscenza durante l'esecuzione delle prestazioni oggetto di Convenzione ed anche successivamente alla scadenza del rapporto contrattuale;

b) utilizzare i dati solo per le finalità connesse allo svolgimento dell'attività oggetto della Convenzione, con divieto di qualsiasi altra utilizzazione;

c) limitare l'accesso ai dati ai soli soggetti che ne abbiano necessità, per svolgere i compiti loro affidati, nel rispetto dei criteri di liceità, pertinenza e non eccedenza rispetto alle finalità del trattamento;

nominare per iscritto gli Incaricati dei trattamenti, fornendo loro le necessarie istruzioni;

d) provvedere alla formazione degli Incaricati;

e) vincolare gli Incaricati dei trattamenti ad utilizzare i dati, solo per le finalità connesse allo svolgimento delle attività affidate, con divieto di qualsiasi altra diversa utilizzazione;

adottare idonee e preventive misure di sicurezza atte ad eliminare o, comunque, a ridurre al minimo qualsiasi rischio di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati personali trattati, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme, nel rispetto delle disposizioni contenute nell'articolo 31 del D.Lgs. 196/2003 e smi;

f) adottare tutte le misure di sicurezza, previste dagli articoli 33, 34, 35 e 36 del D.Lgs. 196/2003 e smi, che configurano il livello minimo di protezione richiesto in relazione ai rischi di cui all'articolo 31, analiticamente specificate nell'allegato B al decreto stesso, denominato "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza";

g) adoperarsi per garantire l'esercizio, da parte dei soggetti cui si riferiscono i dati, dei diritti di cui all'art. 7 D.lgs. 196/2003;

segnalare all'Azienda ogni questione rilevante ai fini dell'applicazione della normativa sulla protezione dei dati, fornirgli le informazioni richieste e trasmettergli tempestivamente i reclami degli interessati concernenti le modalità di trattamento dei dati e le eventuali istanze del Garante.

Per tutto quanto non previsto dal presente atto di nomina, si rinvia alle disposizioni di cui al D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) ed ai

Provvedimenti del Garante in materia di Protezione dei dati Personali.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali

In relazione al trattamento dei Suoi dati personali, si informa che i dati da Lei forniti verranno trattati dall'Azienda USL 7, per le sole finalità connesse allo svolgimento delle attività oggetto del presente atto di nomina. Si ricorda che in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7, D. Lgs. 196/2003.

Il presente documento informatico è sottoscritto dalle parti con firma digitale, ai sensi dell'articolo 24 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'amministrazione digitale", come modificato dal D. lgs n. 235 del 30 dicembre 2010, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.