

DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE N. 1296 DEL 28.11.2000.

OGGETTO: Rapporti UU.SS.LL. ed Enti erogatori dei Servizi sanitari - Linee guida attuative.

RICHIAMATO l'art. 8 bis del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni laddove equipara ai fini dell'erogazione dei livelli di assistenza: i presidi direttamente gestiti dalle Aziende UUSSLL; le Aziende ospedaliere; le Aziende Universitarie e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i soggetti privati accreditati rendendo così effettivo il diritto dei cittadini ad esercitare la libera scelta del luogo di cura;

VISTO l'art. 8 quinquies, del medesimo D.Lgs. che richiede alle Aziende USL di stipulare con i predetti soggetti accordi contrattuali anche sulla base di valutazioni comparative della qualità dei costi;

SOTTOLINEATO che per rendere effettivo tale principio nonché per misurare l'efficienza e l'economicità dei singoli presidi ospedalieri delle UUSSLL, sia indispensabile rendere trasparenti e confrontabili i costi sostenuti a fronte della quantità e della qualità delle prestazioni erogate;

RICHIAMATO il comma 9 dell'art. 4 del D.Lgs 502/92 che, conseguentemente, attribuisce ai presidi ospedalieri delle Aziende sanitarie autonomia operativa ed economico finanziaria con contabilità separata;

RICHIAMATA la deliberazione del Consiglio regionale n. 54 del 21.11.00 ad oggetto: "Rapporti tra Aziende sanitarie locali ed Enti erogatori dei servizi sanitari. Accordi e contratti";

EVIDENZIATO come la predetta deliberazione abbia espressamente attribuito alle Aziende USL la funzione di garantire ai cittadini i livelli essenziali di assistenza attraverso l'utilizzazione di accordi e contratti per l'acquisizione di prestazioni sanitarie rispettivamente dalle strutture pubbliche ed equiparate e da quelle private accreditate;

PRESO altresì atto che, sempre con il soprarichiamato provvedimento 54/00 il Consiglio regionale ha demandato a specifici provvedimenti della Giunta regionale:

- 1) l'emanazione di indirizzi per il raggiungimento dell'autonomia operativa ed economico-finanziaria dei presidi a gestione diretta delle ASL;
- 2) la predisposizione degli schemi di accordo e di contratto ex art. 8, quinquies del D.lgs. 502 e successive modificazioni e integrazioni, nonché la predisposizione di linee guida per la negoziazione;
- 3) l'individuazione della data di avvio del nuovo sistema di accordi contrattuali;

EVIDENZIATO come gli schemi di accordi e contratti di cui agli allegati che costituiscono parte integrante e necessaria del presente provvedimento disciplinino esclusivamente i contenuti minimi ed essenziali del rapporto contrattuale come individuati dalla già richiamato provvedimento del Consiglio regionale n. 54/00;

DATO, pertanto, atto che i soggetti contraenti saranno chiamati ad integrare i predetti schemi contrattuali con clausole aggiuntive volte a salvaguardare le differenti necessità aziendali e locali e come, in particolare, nell'ambito degli accordi i soggetti pubblici dovranno prevedere obiettivi comuni di salute e disciplinare programmi e modalità di integrazione dei servizi.

LETTI e richiamati i principi fissati dal Consiglio regionale con la più volte ricordata deliberazione n. 54 del 21.11.00 ai fini della predisposizione degli schemi e di contratto di cui al richiamato art. 8, quinquies del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

VALUTATO, in carenza dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'art. 8 octies del citato D.Lgs. 502/92, di prevedere un sistema di controlli e verifiche che tenga conto di esperienze già maturate

in altre realtà regionali fermo restando quanto previsto dalla deliberazione di G.R. n. 829 del 21.7.00 che demanda alla Commissione regionale per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie, il compito di definire proposte e linee guida in ordine alle modalità di effettuazione dei controlli;

DELIBERA

di approvare:

- ? le indicazioni per l'attuazione dell'autonomia operativa ed economico-finanziaria dei presidi a gestione diretta delle UUSLL di cui all'Allegato A parte integrante e necessaria del presente provvedimento;
- ? gli schemi tipo di accordo e di contratto di cui all'art. 8, quinquies del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni di cui agli Allegati B1, B2, parte integrante e necessaria del presente provvedimento;
- ? le linee guida per l'attuazione del processo negoziale di cui all'Allegato C parte integrante e necessaria del presente provvedimento;

- di precisare che gli schemi di accordo e contratto di cui agli Allegati B1 e B2 dovranno essere opportunamente integrati, in sede di negoziazione e stipulazione, con clausole aggiuntive volte a salvaguardare le varie necessità aziendali e locali;

- di fissare la data di avvio del nuovo sistema sugli accordi contrattuali al 1° Gennaio 2001;

- di dare atto che la durata degli accordi e dei contratti sarà biennale (2001- 2002) in considerazione della necessità di fissare un tempo congruo alle strutture per la realizzazione degli obiettivi programmati.

ALLEGATO

LINEE GUIDA ATTUATIVE IN MATERIA ECONOMICO - FINANZIARIA DEI PRESIDI A GESTIONE DIRETTA UUSLL.

LINEE GUIDA ATTUATIVE IN MATERIA ECONOMICO-FINANZIARIA DEI PRESIDI A GESTIONE DIRETTA UUSSLL

Pianificazione

In attuazione dell'art.2 della legge regionale 10/1995 le scelte di programmazione delle Aziende UUSSLL per quanto riguarda i presidi ospedalieri devono formare oggetto, nell'ambito delle azioni programmatiche di carattere generale, di appositi piani particolari.

Bilancio di previsione

Al bilancio di previsione delle UUSSLL deve essere allegato il bilancio di previsione di ciascun presidio ospedaliero. Tale bilancio è redatto secondo la struttura del bilancio dell'Azienda e presenta le quote di ricavo e di costo generale attribuite al presidio.

Bilancio di esercizio

In base al disposto del comma 5° dell'art.26 della legge regionale 10 cit. ai bilanci della Azienda USL devono essere allegati i bilanci di ciascun presidio ospedaliero.

Il conto economico ha struttura analoga a quella dell'omonimo documento redatto a livello aziendale. Tale documento evidenzia in particolare il finanziamento assegnato al presidio dal Direttore Generale dell'Azienda individuato sulla base della valorizzazione delle prestazioni erogate con l'indicazione all'interno dello stesso dei proventi direttamente realizzati all'interno del presidio. I costi comprendono tutti gli oneri necessari per il funzionamento del presidio, da attribuire al presidio stesso in base ai dati elaborati attraverso la contabilità analitica.

Il bilancio del presidio non ha rilevanza giuridica esterna o autonoma.

Per quanto riguarda la compilazione dello stato patrimoniale, tenuto anche conto delle difficoltà di quantificazione dei componenti di natura finanziaria, si individua come linea guida la redazione di un prospetto riguardante le immobilizzazioni materiali e immateriali utilizzate dal presidio.

Riferimento per la contabilità

Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla contabilità, agli inventari, agli schemi di bilancio, alla nota integrativa, al piano dei conti si fa riferimento alla DGR 270 del 12/3/1999 e pertanto al manuale di riferimento.

Aspetti organizzativi

L'Azienda adotta le misure organizzative e gli strumenti di budget più opportuni per il conseguimento dell'autonomia operativa ed economico finanziaria dei presidi ospedalieri.

All. B1)

**SCHEMA TIPO DI ACCORDO TRA L'AZIENDA UNITA'
SANITARIA LOCALE E LE STRUTTURE PUBBLICHE ED
EQUIPARATE (APPLICABILE ANCHE AI PRESIDI
OSPEDALIERI A GESTIONE DIRETTA) PER L'EROGAZIONE DI
PRESTAZIONI PREVISTE DAI LIVELLI UNIFORMI DI
ASSISTENZA SANITARIA**

All. B1)

SCHEMA TIPO DI ACCORDO TRA L'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE E LE STRUTTURE PUBBLICHE ED EQUIPARATE (APPLICABILE ANCHE AI PRESIDI OSPEDALIERI A GESTIONE DIRETTA) PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI PREVISTE DAI LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA SANITARIA

TRA

L'Azienda USL_____

(di seguito denominata USL)

nella persona del Direttore Generale

E

La Struttura pubblica_____

(di seguito denominata azienda)

nella persona del Legale rappresentante

(OVVERO)

Il Presidio ospedaliero _____

(di seguito denominato presidio)

nella persona del responsabile

PREMESSO

- ? che ai sensi degli artt. 8 bis e 8 quinquies del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni l'USL intende avvalersi delle prestazioni erogate dall'azienda/presidio al fine di assicurare adeguati livelli assistenziali ai cittadini di cui è titolare delle quote capitarie;
- ? che tra la USL e l'azienda/presidio vengono indicati gli obiettivi di salute e definiti i programmi di

integrazione dei servizi di seguito specificati:

- A)
- B)
- C)

che trovano applicazione secondo le modalità fissate nei protocolli attuativi allegati al presente accordo.

Per il perseguimento dei predetti obiettivi e per la realizzazione dei progetti le Aziende si avvalgono del personale secondo criteri di flessibilità, integrazione e crescita professionale. Le Aziende a tal fine utilizzano gli strumenti e gli istituti di gestione del personale, mobilità e comando, previsti dalle vigenti disposizioni normative e contrattuali;

che la durata del presente accordo è fissata in due anni in considerazione della necessità di fissare un tempo congruo rispetto agli obiettivi sopra predeterminati.

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1

(Oggetto dell'accordo)

1. Le parti con il presente accordo determinano il volume massimo di prestazioni/ le modalità di assistenza / le tipologie di attività che la struttura/presidio si impegna ad assicurare nel rispetto dei requisiti fissati con particolare riferimento: alla accessibilità, all'appropriatezza clinica ed organizzativa, ai tempi di attesa e alla continuità assistenziale.

ARTICOLO 2

(Prestazioni erogabili)

1. L'azienda/presidio eroga: a) prestazioni di ricovero e cura a ciclo continuativo (degenza ordinaria) e a ciclo diurno (day hospital - day surgery); b) prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di

diagnostica strumentale; c) le prestazioni previste ai commi 4 e 5 dell'art. 3 septies del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni; d) pacchetti assistenziali in continuità di cura a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti; e) in generale, prestazioni e attività previste dai livelli essenziali e uniformi di assistenza.

2. Le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, nonché le prestazioni previste dai pacchetti assistenziali in continuità di cura sono erogate privilegiando modalità di assistenza territoriale e domiciliare secondo le modalità operative e standard di qualità definiti dalla ASL.

3. L'azienda/presidio si impegna a comunicare, con congruo anticipo, eventuali sospensioni di funzioni o attività sanitarie, oggetto del presente accordo.

ARTICOLO 3

(Requisiti autorizzativi e di accreditamento)

1. L'azienda/presidio è tenuta al rispetto dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie dal DPR 14.1.97 e dalla L.R. 20/99.
2. L'azienda/presidio si impegna, altresì, ad adeguare la propria attività agli ulteriori requisiti che saranno eventualmente determinati dalla Regione ai fini dell'accreditamento di cui all'articolo 8 quater del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.
3. L'azienda/presidio si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni, delle attività e dei servizi di cui al presente accordo, con una dotazione di personale del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo congruo ad assicurare il rispetto degli standard e delle indicazioni che saranno determinati dalla "Commissione regionale per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie" di cui alla deliberazione di G.R. n. 829 del 21.7.00.
4. L'ASL si riserva il diritto di compiere, in ogni tempo e senza comunicazione preventiva, ispezioni e controlli per verificare il mantenimento e il rispetto dei requisiti di cui ai commi precedenti.
5. La procedura di controllo prevede l'accesso di funzionari della ASL presso la struttura/presidio; al termine delle operazioni viene redatto, in contraddittorio, apposito verbale.

ARTICOLO 4

(Sistema tariffario)

1. Attività in regime di ricovero.

Le prestazioni di ricovero e cura e di day hospital - day surgery, rese a favore dei cittadini residenti nel territorio della ASL, ivi comprese quelle di riabilitazione e di lungodegenza, sono remunerate in base alle tariffe stabilite da provvedimenti regionali.

Tenuto conto di quanto previsto dalle linee guida per la negoziazione di cui all'allegato C, dette tariffe potranno subire diverse articolazioni e abbattimenti, qualora, ad esempio, la produzione dei ricoveri per i residenti dovesse superare i volumi finanziari massimi previsti annualmente dalla Giunta Regionale. I corrispettivi relativi alle prestazioni di cui al presente articolo, erogate a cittadini residenti al di fuori della Regione Liguria, non sono soggetti alle riduzioni sopracitate.

2. Prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale

Le prestazioni ambulatoriali vengono remunerate secondo il nomenclatore tariffario vigente in Regione Liguria.

Dette tariffe potranno subire una diversa articolazione nel caso in cui la produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale dovesse superare le soglie finanziarie massime previste annualmente dalla Giunta Regionale.

3. Prestazioni di Pronto Soccorso cui non segue il ricovero.

Le prestazioni erogate in Pronto Soccorso a pazienti che non vengono poi ricoverati sono remunerate secondo le norme e le tariffe regionali vigenti.

4. Tariffe differenziate.

Le parti possono concordare tariffe differenziate rispetto a quelle fissate dalla Regione per la degenza in camera singola di pazienti in fase terminale e per la permanenza dell'accompagnatore di pazienti in età evolutiva portatori di handicap.

5. Attività e funzioni extratariffarie

Le parti determinano come segue i corrispettivi per la remunerazione extratariffaria delle prestazioni e dell'attività incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte:

ARTICOLO 5

(Debito informativo, modalità di registrazione e codifica delle prestazioni)

- 1. L'azienda/presidio è tenuta ad assolvere il debito informativo necessario ad assicurare il monitoraggio degli accordi pattuiti, delle attività svolte, della verifica della appropriatezza e della qualità dell'assistenza prestata nonché ai fini della valutazione complessiva dei risultati raggiunti.*
2. L'azienda/presidio si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo nei confronti dell'ASL e della Regione Liguria, secondo le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale nonché dal presente accordo. In caso di inadempimento trovano applicazione le penalizzazioni di seguito concordate, fermo restando gli eventuali abbattimenti tariffari o di finanziamento fissati dalla Regione:

3. Le parti all'allegato A) del presente accordo definiscono contenuti, modalità, tempi e scadenze del debito informativo legate alle prestazioni e alle attività non tariffate erogate dalla struttura.

4. Il debito informativo delle prestazioni tariffate è assolto nel rispetto dei seguenti principi:

? L'azienda/presidio è tenuta al rispetto delle indicazioni regionali e statali in ordine alle modalità di compilazione e tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria.

? L'azienda/presidio raccoglie e registra nel rispetto della tutela della privacy le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella cartella clinica e/o in altra documentazione amministrativa e clinica; è altresì assicurato il rispetto delle indicazioni e delle modalità di codifica e di trasmissione - anche in via informatica fornite dalla competente Struttura del Dipartimento della Sanità.

? Funzionari e incaricati dell'ASL possono compiere, con un preavviso non inferiore alle 48 ore lavorative, controlli ispirati a criteri di imparzialità e obiettività, nella sede delle strutture. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con un rappresentante della struttura/presidio e con l'eventuale assistenza dei clinici responsabili della documentazione in oggetto. Le modalità di controllo devono uniformarsi ai principi e alle linee guida fornite dalla Commissione regionale per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie.

? Dal controllo sulla documentazione attestante le prestazioni di ricovero può derivare una diversa codifica e classificazione delle prestazioni erogate e quindi una diversa valorizzazione economica delle stesse. In ogni caso la diversa valorizzazione non comporta l'annullamento della prestazione, se documentata. L'azienda/presidio può accogliere i rilievi effettuati e sinteticamente motivati, oppure, sempre sottoscrivendo il verbale, può dichiarare di non accettarli.

? Su richiesta degli addetti al controllo deve essere rilasciata copia fotostatica della cartella clinica ovvero della documentazione oggetto di contenzioso.

? Qualora i rilievi non siano accolti il rappresentante dell'azienda/presidio potrà inoltrare entro 30 giorni, le proprie controdeduzioni all'ASL. Nel caso in cui il controllo duri più giornate, i trenta giorni decorrono dall'ultimo giorno di controllo. Non saranno prese in considerazione, ai fini del procedimento le controdeduzioni inviate oltre i termini.

5.1. In attesa delle linee guida che saranno definite dalla Commissione regionale per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie, fermo restando l'indicazione di mantenere separate le funzioni di controllo e gestione, in via transitoria, il contenzioso tra USL e presidio a gestione diretta è deciso dal Direttore Sanitario che acquisisce, preliminarmente, le controdeduzioni del presidio ed il parere del

nucleo operativo di controllo dell'ASL.

5.2. *Nel caso di contenzioso tra ASL e strutture pubbliche e equiparate, trovano applicazione i seguenti principi in attesa delle linee guida che saranno definite dalla Commissione Regionale per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie.*

? In caso di mancato invio delle controdeduzioni, da parte del legale rappresentante dell'azienda, avranno comunque luogo gli effetti economici conseguenti all'attività di controllo.

? Il Direttore Generale dell'ASL ha la facoltà di giungere ad una conciliazione con la struttura e le conclusioni di detta conciliazione saranno oggetto di apposito provvedimento. Nel caso in cui non si arrivasse ad un accordo, le pratiche non definite saranno poste all'attenzione di un Collegio di valutazione, all'uopo costituito, che si pronuncerà obbligatoriamente nel termine di 90 giorni dall'affidamento del mandato.

? Il Collegio di valutazione sarà composto da tre componenti di cui uno nominato dal Direttore Generale dell'ASL, uno dall'Azienda erogatrice ed il terzo di comune accordo tra le parti. Nel caso di mancato accordo il terzo componente sarà nominato dal Direttore del Dipartimento Sanità della Regione.

? Il parere reso dal Collegio è trasmesso a cura dell'ASL al Servizio competente del Dipartimento Sanità che acquisito, se del caso, il parere della Commissione Regionale per la promozione della qualità e delle prestazioni sanitarie decide, prendendo atto del parere espresso dal Collegio ovvero, con adeguata motivazione, discostandosene.

? La definizione della procedura di conciliazione - che deve concludersi entro un periodo non superiore a nove mesi dal momento della contestazione - è condizione di procedibilità per un eventuale ricorso alla competente Magistratura.

? I controlli sono effettuati dall'USL nel cui territorio è ubicata l'Azienda.

? Resta ferma la facoltà delle UUSLL liguri di richiedere all'USL di ubicazione dell'Azienda di effettuare controlli sulla documentazione relativa ai propri assistiti.

ARTICOLO 6

(Sistema aziendale per il miglioramento della qualità)

1. Le parti identificano il miglioramento della qualità quale obiettivo primario, da perseguire in uno spirito di piena collaborazione; a tal fine la struttura/presidio si impegna ad adottare un sistema aziendale di miglioramento della qualità.

2. L'azienda/presidio si impegna a sviluppare il sistema di qualità aziendale secondo le direttive che verranno definite dalla Giunta regionale; nell'attesa di tali direttive sarà comunque assicurato il rispetto dei seguenti adempimenti.

1. Percorsi di cura

Entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo l'azienda/presidio depositerà presso un apposito ufficio della ASL, i protocolli diagnostici e terapeutici adottati presso ciascuna Unità operativa.

Tali protocolli dovranno riguardare le patologie più frequenti in ciascuna Unità Operativa e comunque dovranno corrispondere almeno al 40% della casistica trattata.

2. Appropriatezza delle prestazioni

Le parti si impegnano affinché il ricovero e la sua durata siano oggettivamente adeguate alla necessità diagnostico-terapeutiche degli assistiti curando il raccordo e l'integrazione tra la residenzialità ospedaliera e l'assistenza territoriale e domiciliare.

Nel caso in cui il paziente necessiti di assistenza domiciliare ad alto contenuto sanitario-assistenziale l'azienda/presidio è tenuta a comunicare preliminarmente le dimissioni al medico curante e ai competenti servizi dell'USL.

L'USL è tenuta a promuovere azioni di collaborazione e integrazione con i medici di medicina generale per assicurare continuità di cura e l'appropriato ricorso alle prestazioni sanitarie.

L'azienda/presidio si impegna ad adottare in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni rese; l'azienda/presidio si impegna, altresì ad adottare protocolli di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri effettuati.

Qualora l'applicazione di detti protocolli evidenziasse prestazioni di ricovero inappropriate, la USL potrà contestare le prestazioni erogate, secondo le modalità previste all'art. 5.

3. Tempi d'attesa

La struttura/presidio si impegna a ridurre i tempi di attesa in particolare per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali, sulla base di quanto stabilito dalle direttive della Regione.

Tutti i tempi di attesa devono essere oggetto di ampia diffusione predisponendo un adeguato piano di comunicazione rivolto all'interno agli operatori della struttura e all'esterno agli utenti.

In applicazione di quanto previsto dall'art. 3 del D.Lgs. 29.4.98 n. 124 qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine massimo che può intercorrere tra la data della

richiesta delle prestazioni e l'erogazione delle stesse (i termini sono fissati dal Direttore Generale), l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero professionale intermuraria, fermo restando la corresponsione dell'eventuale ticket.

N.B. I seguenti articoli sono riferibili esclusivamente ai rapporti tra USL e le Aziende pubbliche o equiparate

ARTICOLO 7
(Norme applicabili)

1. Si applicano al rapporto disciplinato dal presente contratto le decadenze e le cause di risoluzione ivi contemplate, nonchè quelle previste dalla vigente legislazione nazionale e regionale e dagli articoli 1453 e seguenti del Codice Civile. Le inadempienze di cui agli articoli precedenti saranno contestate formalmente all'azienda che, entro il termine di 30 giorni, potrà far pervenire all'ASL le proprie controdeduzioni.

ARTICOLO 8
(Controversie)

1. Le controversie anche di natura patrimoniale, diverse da quelle di cui agli articoli 4 e 5, che dovessero insorgere tra le parti nell'applicazione del presente accordo, potranno essere deferite, ad un Collegio di tre arbitri, il quale le risolverà in via definitiva entro il termine di 90 giorni dall'accettazione dell'incarico.
2. Gli arbitri saranno designati uno da ciascuna delle parti ed un terzo di comune accordo ovvero, in mancanza di tale accordo, dal Presidente della Giunta Regionale.
3. La procedura relativa alla nomina ed all'attività del Collegio sarà curata dall'ASL; gli oneri saranno suddivisi tra le parti.
4. Per il procedimento di arbitrato si applicano le norme di cui all'art. 806 e ssg. dei c.p.c.

ARTICOLO 9
(Durata)

1. Il presente accordo ha validità biennale dalla data di stipula e si intenderà tacitamente rinnovato in assenza di diverso pronunciamento di una delle due parti.

2. L'accordo è redatto in triplice copia, una per ciascun contraente ed una è trasmessa alla competente Struttura del Dipartimento Sanità della Regione.
3. Per quanto non espressamente previsto dal presente contratto, si rinvia alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.
4. Nel caso in cui siano emanate norme legislative o regolamentari ovvero qualora siano adottati atti amministrativi o linee guida regionali incidenti sul contenuto del presente contratto, lo stesso deve ritenersi conseguentemente modificato e integrato.

Letto, confermato e sottoscritto.

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'USL

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELLA STRUTTURA

All. B 2)

SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE E LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI PREVISTE DAI LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA SANITARIA.

SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE E LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI PREVISTE DAI LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA SANITARIA.

TRA

L'Azienda USL _____

(di seguito denominata USL)

nella persona del Direttore Generale

E

La Struttura _____

(di seguito denominata struttura)

nella persona del Legale rappresentante

PREMESSO

- ? che ai sensi degli artt. 8 bis e 8 quinquies del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni l'USL intende avvalersi delle prestazioni erogate dalla struttura al fine di assicurare adeguati livelli assistenziali ai cittadini di cui è titolare delle quote capitarie;
- ? che la struttura risulta autorizzata con provvedimento n. _____ del _____ e temporaneamente/ in via provvisoria accreditata ai sensi dell'art. 8 quarter del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e dall'art. 23 della L.R. 20/99.
- ? che tra la USL e l'azienda/presidio vengono indicati gli obiettivi di salute e definiti i programmi di integrazione dei servizi di seguito specificati;

A)

B)

C)

che trovano applicazione secondo le modalità fissate nei protocolli attuativi allegati al presente accordo.

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1

(Oggetto del contratto)

Le parti con il presente contratto determinano il volume massimo di prestazioni/ le modalità di assistenza / le tipologie di attività che la struttura si impegna ad assicurare nel rispetto dei requisiti fissati con particolare riferimento: alla accessibilità, all'appropriatezza clinica ed organizzativa, ai tempi di attesa e alla continuità assistenziale.

ARTICOLO 2

(Prestazioni erogabili)

1. La struttura eroga: a) prestazioni di ricovero e cura a ciclo continuativo (degenza ordinaria) e a ciclo diurno (day hospital - day surgery), b) prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, c) le prestazioni previste ai commi 4 e 5 dell'art. 3 septies del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, d) pacchetti assistenziali in continuità di cura previsti da programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti; e) in generale, le prestazioni e attività previste dai livelli essenziali e uniformi di assistenza.
2. Il numero dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario non può superare, in ogni giornata, il numero totale dei posti letto convenuti, nel rispetto delle discipline di cui all'allegato n. 1. I ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero totale di posti letto convenuti.
3. Per quanto riguarda i ricoveri in regime di day hospital- day surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare, in ogni giornata dell'anno, il doppio del numero complessivo dei posti letto convenuti per ricoveri a ciclo diurno.
4. Le prestazioni socio sanitarie a elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, nonché le prestazioni previste dai pacchetti assistenziali in continuità di cura sono erogate privilegiando modalità di assistenza territoriale e domiciliare secondo le modalità operative e standard di qualità definite dalla ASL.
5. La struttura si impegna a comunicare, con congruo anticipo, eventuali sospensioni di funzioni o attività sanitarie, oggetto del presente accordo.

ARTICOLO 3

(Requisiti autorizzativi e di accreditamento)

1. La struttura è tenuta al rispetto dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie dal DPR 14.1.97 e dalla L.R. 20/99.

2. La struttura si impegna altresì ad adeguare la propria attività agli ulteriori requisiti che saranno eventualmente determinati dalla Regione ai fini dell'accREDITamento di cui all'articolo 8 quater del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.
3. La struttura si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni, delle attività e dei servizi di cui al presente accordo con una dotazione di personale del ruolo sanitario, tecnico ed amministrativo non inferiore rispetto a quello indicato all'allegato 2, ritenuto congruo ad assicurare il rispetto degli standard determinati dalla "Commissione regionale per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie, di cui alla deliberazione di G.R. n. 829 del 21.7.00.
4. L'ASL si riserva il diritto di compiere, in ogni tempo e senza comunicazione preventiva, ispezioni e controlli per verificare il mantenimento e il rispetto dei requisiti autorizzativi e di accREDITamento di cui ai commi precedenti.
5. La procedura di controllo prevede l'accesso di funzionari della ASL presso la struttura; al termine delle operazioni, viene redatto, in contraddittorio con il legale rappresentante della struttura apposito verbale.
6. L'accertamento del mancato possesso dei requisiti di accREDITamento comporta, previa diffida ad adempiere entro un congruo termine, la risoluzione del presente contratto con contestuale comunicazione alla Giunta Regionale per i conseguenti provvedimenti di competenza.

ARTICOLO 4

(Sistema tariffario)

1. Attività in regime di ricovero.

Le prestazioni di ricovero e cura e di day hospital - day surgery, rese a favore dei cittadini residenti nel territorio della ASL, ivi comprese quelle di riabilitazione e di lungodegenza, sono remunerate in base alle tariffe stabilite da provvedimenti regionali.

Tenuto conto di quanto previsto dalle linee guida per la negoziazione di cui all'Allegato C, dette tariffe potranno subire diverse articolazioni e abbattimenti, ad esempio, qualora la produzione dei ricoveri per i residenti dovesse superare i volumi finanziari massimi previsti annualmente dalla Giunta Regionale. I corrispettivi relativi alle prestazioni di cui al presente articolo, erogate a cittadini residenti al di fuori della Regione Liguria, non sono soggetti alle riduzioni sopracitate.

2. Prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale

Le prestazioni ambulatoriali vengono remunerate secondo il nomenclatore tariffario vigente in Regione Liguria.

Dette tariffe potranno subire una diversa articolazione, nel caso in cui la produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale dovesse superare le soglie finanziarie massime previste annualmente dalla Giunta Regionale.

3. Tariffe differenziate

Le parti possono concordare tariffe differenziate rispetto a quelle fissate dalla Regione per la degenza in camera singola di pazienti in fase terminale e per la permanenza dell'accompagnatore di pazienti in età evolutiva portatori di handicap.

4. Attività e funzioni non tariffate

Le parti determinano come segue i corrispettivi per la remunerazione extratariffaria delle prestazioni e dell'attività incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e della attività effettivamente svolte:

ARTICOLO 5

(Debito informativo, modalità di registrazione e codifica delle prestazioni)

1. *L'azienda/presidio è tenuta ad assolvere il debito informativo necessario ad assicurare il monitoraggio degli accordi pattuiti, delle attività svolte, della verifica della appropriatezza e della qualità dell'assistenza prestata nonché ai fini della valutazione complessiva dei risultati raggiunti.*
2. L'azienda/presidio si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo nei confronti dell'ASL e della Regione Liguria, secondo le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale nonché dal presente accordo. In caso di inadempimento trovano applicazione le penalizzazioni di seguito concordate, fermo restando gli eventuali abbattimenti tariffari o di finanziamento fissati dalla Regione:

-
3. Le parti all'allegato 3) del presente accordo definiscono contenuti, modalità, tempi e scadenze del debito informativo legate alle prestazioni e alle attività non tariffate erogate dalla struttura.
 4. Il debito informativo delle prestazioni tariffate è assolto nel rispetto dei seguenti principi:
 - ? L'azienda è tenuta al rispetto delle indicazioni regionali e statali in ordine alle modalità di compilazione e tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria.
 - ? L'azienda raccoglie e registra nel rispetto della tutela della privacy le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella cartella clinica e/o in altra documentazione amministrativa e clinica; è altresì assicurato il rispetto delle indicazioni e delle modalità di codifica e di trasmissione - anche in via informatica - fornite dalla competente Struttura del Dipartimento della Sanità.

? Funzionari e incaricati dell'ASL possono compiere, con un preavviso non inferiore alle 48 ore lavorative, controlli ispirati a criteri di imparzialità e obiettività nella sede delle strutture. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con il legale rappresentante della struttura e con l'eventuale assistenza dei clinici responsabili della documentazione in oggetto. Le modalità di controllo devono uniformarsi ai principi e alle linee guida fornite dalla Commissione regionale per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie.

? Dal controllo sulla documentazione attestante le prestazioni di ricovero può derivare una diversa codifica e classificazione delle prestazioni erogate e quindi una diversa valorizzazione economica delle stesse. In ogni caso la diversa valorizzazione non comporta l'annullamento della prestazione, se documentata. L'azienda può accogliere i rilievi effettuati e sinteticamente motivati, oppure, sempre sottoscrivendo il verbale, può dichiarare di non accettarli.

? Su richiesta degli addetti al controllo deve essere rilasciata copia fotostatica della cartella clinica ovvero della documentazione oggetto di contenzioso.

? Qualora i rilievi non siano accolti, il rappresentante legale dell'azienda potrà inoltrare, entro 30 giorni, le proprie controdeduzioni all'ASL. Nel caso in cui il controllo duri più giornate, i trenta giorni decorrono dall'ultimo giorno di controllo. Non saranno prese in considerazione, ai fini del procedimento, le controdeduzioni inviate oltre i termini.

5. *Nel caso di contenzioso trovano applicazione i seguenti principi in attesa delle linee guida che saranno definite dalla Commissione Regionale per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie.*

? In caso di mancato invio delle controdeduzioni, da parte del legale rappresentante dell'azienda, avranno comunque luogo gli effetti economici conseguenti all'attività di controllo.

? Il Direttore Generale dell'ASL ha la facoltà di giungere ad una conciliazione con la struttura e le conclusioni di detta conciliazione saranno oggetto di apposito provvedimento. Nel caso in cui non si arrivasse ad un accordo, le pratiche non definite saranno poste all'attenzione di un Collegio di valutazione, all'uopo costituito che si pronuncerà obbligatoriamente nel termine di 90 giorni dall'affidamento del mandato.

? Il Collegio di valutazione sarà composto da tre componenti di cui uno nominato dal Direttore Generale dell'ASL, uno dalle strutture ed il terzo di comune accordo tra le parti. Nel caso di mancato accordo il terzo componente sarà nominato dal Direttore del Dipartimento Sanità della Regione.

? Il parere reso dal Collegio è trasmesso a cura dell'ASL al Servizio competente del Dipartimento Sanità che acquisito, se del caso, il parere della Commissione Regionale per la promozione della qualità e delle prestazioni sanitarie decide, prendendo atto del parere espresso dal Collegio ovvero, con adeguata motivazione, discostandosene.

? La definizione della procedura di conciliazione - che deve concludersi entro un periodo non superiore a nove mesi dal momento della contestazione - è condizione di procedibilità per un eventuale ricorso alla competente Magistratura.

? I controlli sono effettuati dall'USL nel cui territorio è ubicata la struttura.

? Resta ferma la facoltà delle UUSLL liguri di richiedere all'USL di ubicazione dell'Azienda , di effettuare controlli sulla documentazione relativa ai propri assistiti.

ARTICOLO 6

(Sistema aziendale per il miglioramento della qualità)

1. Le parti identificano il miglioramento della qualità quale obiettivo primario, da perseguire in uno spirito di piena collaborazione; a tal fine la struttura si impegna ad adottare un sistema aziendale di miglioramento della qualità.
2. La struttura si impegna a sviluppare il sistema di qualità aziendale secondo le direttive che verranno definite dalla Giunta regionale; nell'attesa di tali direttive sarà comunque assicurato il rispetto dei seguenti adempimenti.

1. Revisione dei percorsi di cura

Entro 60 giorni dalla stipula del presente contratto la struttura depositerà presso l'Ufficio competente della ASL, i protocolli diagnostici e terapeutici adottati presso ciascuna Unità operativa.

Tali protocolli dovranno riguardare le patologie più frequenti in ciascuna Unità Operativa e comunque dovranno corrispondere ad almeno il 40% della casistica trattata.

2. Appropriately delle prestazioni

Le parti si impegnano affinché il ricovero e la sua durata siano oggettivamente adeguate alla necessità diagnostico-terapeutiche degli assistiti, curando il raccordo e l'integrazione tra la residenzialità ospedaliera e l'assistenza territoriale e domiciliare.

Nel caso in cui il paziente necessiti di assistenza domiciliare ad alto contenuto sanitario-assistenziale la struttura è tenuta a comunicare preliminarmente le dimissioni al medico curante e ai competenti servizi dell'USL.

La struttura si impegna ad adottare in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni rese; la struttura si impegna, altresì ad adottare protocolli di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri effettuati.

Qualora l'applicazione di detti protocolli evidenziasse prestazioni di ricovero inappropriate la USL potrà contestare le prestazioni erogate, secondo le modalità previste all'articolo 5.

3. Tempi d'attesa

La struttura si impegna a ridurre i tempi di attesa in particolare per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali.

Tutti i tempi di attesa devono essere oggetto di ampia diffusione predisponendo un adeguato piano di comunicazione rivolto all'interno agli operatori della struttura e all'esterno agli utenti.

ARTICOLO 7

(Pagamenti)

1. L'ASL si impegna a saldare i corrispettivi delle prestazioni rese dalla Struttura nei tempi previsti dai provvedimenti regionali a far data dalla presentazione di regolare fattura e/o nota di addebito attestante le attività svolte nel trimestre di riferimento, sulla base dei dati validati con verifica da parte della ASL.
2. Sulla fattura trimestrale dovrà essere apposta la dicitura "salvo errori ed omissioni".
3. I corrispettivi annuali non potranno superare il limite massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario regionale stabilito dalla Regione in attuazione della programmazione sanitaria.
4. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate, ogni qual volta siano in corso contestazioni formali ai sensi degli artt. 3 e 5 o accertamenti di gravi violazioni della normativa vigente in materia sanitaria.
5. l'ASL può concordare con la struttura l'erogazione di acconti tenuto conto delle somme fatturate nel trimestre precedente e dei volumi di attività fissati.

ARTICOLO 8

(Norme applicabili)

Si applicano al rapporto disciplinato dal presente contratto le scadenze e le cause di risoluzione ivi contemplate, nonché quelle previste dalla vigente legislazione nazionale e regionale e dagli articoli 1453 e seguenti del Codice Civile. Le inadempienze di cui agli articoli precedenti saranno contestate formalmente alla struttura che, entro il termine di 30 giorni, potrà far pervenire all'ASL le proprie controdeduzioni.

ARTICOLO 9

(Controversie)

1. Le controversie anche di natura patrimoniale, diverse da quelle di cui agli articoli 4 e 5, che dovessero insorgere tra le parti nell'applicazione del presente accordo, potranno essere deferite ad un Collegio di tre arbitri, il quale le risolverà in via definitiva entro il termine di 90 giorni dall'accettazione dell'incarico.
2. Gli arbitri saranno designati uno da ciascuna delle parti ed un terzo di comune accordo ovvero, in mancanza di tale accordo, dal Presidente della Giunta Regionale.
3. La procedura relativa alla nomina ed all'attività del Collegio sarà curata dall'ASL; gli oneri saranno suddivisi tra le parti.
4. Per il procedimento di arbitrato si applicano le norme di cui all'art. 806 e ssg. dei c.p.c.

ARTICOLO 10

(Durata)

1. Il presente accordo ha validità biennale dalla data di stipula e si intenderà tacitamente rinnovato in assenza di diverso pronunciamento di una delle due parti.
2. L'accordo è redatto in triplice copia, una per ciascun contraente ed una è trasmessa alla competente Struttura del Dipartimento Sanità della Regione.
3. Per quanto non espressamente previsto dal presente contratto, si rinvia alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.
4. Nel caso in cui siano emanate norme legislative o regolamentari ovvero qualora siano adottati atti amministrativi o linee guida regionali incidenti sul contenuto del presente contratto, lo stesso deve ritenersi conseguentemente modificato e integrato.
5. In tali casi la struttura contraente ha facoltà entro trenta giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, di recedere dal contratto, a mezzo di formale comunicazione da notificare all'ASL ed al Dipartimento Sanità della Regione.

Letto, confermato e sottoscritto.

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'USL

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELLA STRUTTURA PRIVATA

LINEE GUIDA PER LA NEGOZIAZIONE

PREMESSE

Il processo di separazione fra i soggetti acquirenti e quelli che erogano le prestazioni delineato dal D.Lgs 502/92 e successive modificazioni e integrazioni ha prodotto risultati positivi nelle Regioni italiane dove ha trovato una corretta applicazione; si è, infatti, potuto prendere atto di un miglioramento della rete di offerta e l'attrazione nel campo sanitario di investimenti e capitali privati di cui c'era l'indubbia necessità.

Questo processo ha anche prodotto un certo grado di miglioramento della capacità di servizio del circuito pubblico che chiamato ad operare in un ambiente di maggior confronto - pur all'interno di un sistema ben precisato e protetto - ha saputo rilevare energie e capacità professionali non ancora completamente espresse.

Il processo di separazione delle due funzioni si articola in alcuni passaggi logici fondamentali.

Le aziende USL sono chiamate a stipulare gli accordi contrattuali sulla base di valutazioni comparative della qualità e dei costi; perchè questa valutazione possa essere concreta e tale da consentire una scelta con cognizione di causa su cosa convenga erogare e cosa acquistare, è indispensabile rendere trasparenti i costi di produzione dei presidi dell'ASL e, pertanto, come espressamente richiesto dalla legge di riforma del S.S.N. attribuire agli stessi autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'ASL.

Le Aziende ASL devono, altresì, poter disporre di uno schema di contrattazione da utilizzare come punto di riferimento nella negoziazione con i soggetti pubblici e privati; resta fermo che lo schema che è stato proposto deve necessariamente essere integrato e completato in sede di negoziazione prevedendo tutte le clausole e le modifiche opportune a salvaguardare le volontà contrattuali dei contraenti.

E', infine, indispensabile prevedere parallelamente l'adozione di importanti strumenti di verifica e controllo della qualità dell'appropriatezza delle prestazioni rese per assicurare al modello delineato il giusto equilibrio tra efficienza ed efficacia.

A) OBIETTIVI DEL PROCESSO NEGOZIALE

La principale finalità da perseguire è la riduzione del tasso di ricovero ordinario.

Nell'arco dei due anni l'obiettivo da perseguire resta dunque così fissato: raggiungimento dei tassi di ospedalizzazione individuati dal Piano Sanitario Regionale salvo diversa indicazione del Piano Sanitario Regionale.

L'obiettivo sopra delineato deve essere ottenuto non attraverso una riduzione del livello di servizio o l'incremento delle liste di attesa ma attraverso i seguenti comportamenti:

- ? razionalizzazione dell'offerta dei servizi,
- ? filtro ai ricoveri impropri,
- ? sviluppo di servizi alternativi al ricovero.

Precisato l'obiettivo spetta alle AASSLL nella loro autonomia - anche imprenditoriale - porre in essere le conseguenti azioni e iniziative.

In particolare le AASSLL sono chiamate a utilizzare la flessibilità e la potenzialità dello strumento contrattuale che consente loro, ad esempio, di acquistare nel rispetto delle indicazioni programmatiche regionali - ricoveri e prestazioni ambulatoriali, ma anche prestazioni e attività non tariffate contrattando volumi e corrispettivi.

La diversa funzione tra chi acquista e chi produce evidenziata nelle premesse, corrisponde a due differenti "mission".

- ? La ASL è chiamata ad assicurare ai cittadini di cui detiene la quota capitaria i livelli di assistenza favorendo al contempo un processo di sviluppo qualitativo e innovativo dei servizi e delle prestazioni rese.
- ? Le strutture accreditate, pubbliche e private, sono chiamate ad erogare prestazioni sanitarie appropriate e di qualità con efficienza, ricercando modalità operative e gestionali del tutto rispondenti alla domanda espressa dai cittadini.

B) CONTENUTI DELLA CONTRATTAZIONE

Il processo negoziale 2001 - 2002 prevede e si articola nei seguenti momenti fondamentali.

1. definizione dei volumi di attività programmata con riferimento a:
 - ? ricoveri ordinari (espresso in punti DRG equivalente),
 - ? ricoveri in day - hospital e prestazioni in day surgery,
 - ? prestazioni ambulatoriali,
 - ? prestazioni socio-sanitarie di cui ai commi 4 e 5 dell'art. 3 septies del D.Lgs 502/92,
 - ? pacchetti assistenziali in continuità di cura.
2. abbattimenti tariffari rispetto alle tariffe regionali.
3. Tipologie di attività e prestazioni non previste dai volumi di attività programmate.
4. Controlli e verifiche.
5. Innovazione del servizio.

C) LA DEFINIZIONE DI PROGRAMMI DI ATTIVITA'

L'individuazione dei livelli programmati di attività impone scelte e decisioni che possono maturare solo all'interno dei singoli processi negoziali necessariamente caratterizzati da specificità e

peculiarità legate, da un lato, alla domanda del bacino di utenza e, dall'altro, alle caratteristiche di offerta delle strutture accreditate.

In particolare occorre porre attenzione a:

- ? caratteristiche della domanda di prestazioni nella ASL;
- ? individuazione degli obiettivi che si vogliono perseguire complessivamente nella contrattazione con le strutture pubbliche e private accreditate;
- ? caratteristiche dell'offerta delle singole strutture accreditate;
- ? scelta e definizione di obiettivi programmatici per ciascuna struttura accreditata.

I piani di attività delle aziende sanitarie andranno sviluppati nell'ambito degli atti di programmazione di cui all'art. 2 della L.R. 10/95 e comunque in una prospettiva di pianificazione strategica quale indispensabile punto di riferimento degli obiettivi di negoziazione.

La negoziazione dovrà tendere a prevedere corrispettivi collegati non solo al livello/quantità delle prestazioni e delle attività rese, ma come riconoscimento economico che consente di premiare i comportamenti coerenti con gli obiettivi: di riadeguamento dell'offerta, di qualità e di appropriatezza delle prestazioni erogate.

In buona sostanza occorre preliminarmente determinare un livello di attività programmata per le strutture interessate al processo di negoziazione avendo come punto di riferimento l'attività svolta dalle stesse negli anni precedenti e gli obiettivi di programmazione e pianificazione strategica.

D) INDIVIDUAZIONE DEL LIVELLO DI ATTIVITA' PROGRAMMATO

Di seguito si delinea un percorso per arrivare ad individuare per ciascuna struttura accreditata il livello di attività programmata.

Resta evidentemente ferma la facoltà di ciascuna ASL di prevedere metodi più semplici (ad es. decurtazioni del fatturato dell'anno precedente) o più sofisticati (ad es. attività attese per gruppi diagnostici o per singole patologie).

Il seguente percorso è scandito con riferimento ai ricoveri ospedalieri:

- 1) Individuazione delle attività erogate negli anni precedenti come base di riferimento per la negoziazione. Per raggiungere gli obiettivi definiti può essere necessario chiedere riduzioni di attività proporzionali alle attività erogate negli anni precedenti.
- 2) Distinzione delle prestazioni ospedaliere tra attività di ricovero ordinario maggiore di un giorno, ricoveri di un giorno, day hospital, ricoveri per riabilitazione, altre attività innovative, home care, gestione di percorsi terapeutici.
- 3) Per l'attività di ricovero ordinario maggiore di un giorno evidenziazione dei tassi ricovero per 1000 abitanti della provincia. E', inoltre, opportuno articolare l'attività degenziale in tre macro

aree: alta, media e bassa complessità. I ricoveri semplici sono quelli che assorbono mediamente risorse limitate e che quindi hanno tariffe minori, cioè hanno punteggio DRGs inferiori ad un predeterminato valore che per l'area medica può essere individuato in 0,6. I ricoveri complessi sono quelli che assorbono rilevanti risorse e che perciò hanno un peso DRGs più elevato (indicativamente maggiore di 1,8 - 2).

- 4) La distribuzione dei tassi di ricovero nella provincia (zona di riferimento) può essere confrontata con le medie regionali, con altre attività simili o con i comportamenti di zone con livelli di ricovero inferiori. In questa prospettiva si possono delineare dei percorsi di avvicinamento tra la realtà riscontrata e il tasso obiettivo di ricoveri per 1000 abitanti.
- 5) Per definire i livelli di attività programmata è necessario procedere alla definizione degli obiettivi che si vogliono realizzare anche in termini quantitativi (ovviamente per i soli residenti) per l'insieme delle strutture di offerta.
- 6) Gli obiettivi di cui al punto precedente devono tenere conto di numerosi elementi di riferimento: l'andamento dei ricoveri negli anni precedenti, le fughe in strutture accreditate di altre provincie e in altre Regioni, i tassi di ricovero programmati ecc.
- 7) Le analisi così sviluppate dovrebbero consentire di individuare le attività da proporre alle varie strutture erogatrici pubbliche e private (dato storico rettificato dagli obiettivi assegnabili a ciascuna struttura).
- 8) La valutazione delle attività da incrementare può trovare un adeguato punto di riferimento nelle caratteristiche proprie della domanda e del bisogno della zona e nella necessità di incrementare la soddisfazione degli utenti nella propria zona di residenza. Le liste di attesa possono essere un criterio rilevante su cui sviluppare una corretta azione negoziale.
- 9) La corresponsabilità nel sistema si ha attraverso l'incremento dei valori di attività programmata nel caso di riduzione delle fughe presso altre strutture al di fuori delle provincie o, viceversa, la riduzione della tariffa concordata in proporzione dell'incremento della fuga presso strutture di altre provincie.

Sulla base di processi di rilevazione e analisi analoghi la ASL dovrà procedere per definire i livelli di attività delle prestazioni non tariffate che intende negoziare con le strutture accreditate pubbliche e private.

E) DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE

Il livello delle attività programmate deve essere compatibile con il finanziamento a quota capitaria assegnata con la deliberazione di Giunta Regionale di riparto del Fondo Sanitario.

E' perciò necessario che ciascuna ASL individui tariffe e livelli di abbattimento programmato con riferimento alle tariffe regionali.

Con particolare riferimento alle prestazioni tariffate si ritiene opportuno fissare i seguenti principi:

- ? per ogni struttura accreditata, a garanzia della qualità delle prestazioni, la decurtazione tariffaria non potrà superare all'interno dei volumi concordati di produzione il 40% della tariffa regionale;
- ? possono costituire eccezione le tariffe delle prestazioni mediche di indice di complessità inferiore al 0,6;
- ? al superamento dei volumi contrattati la decurtazione è libera;

Il sistema tariffario deve dunque prevedere almeno:

- ? Le modalità di riduzione delle tariffe in caso di superamento dei livelli programmati di ricovero in ciascuna struttura accreditata;
- ? Le modalità di abbattimento dei ricavi in caso di superamento dei livelli di ricovero compatibili con il finanziamento regionale così come delineato dalle delibere regionali di finanziamento;
- ? Le modalità di incremento dei ricavi al di là dei livelli programmati in caso di recupero della fuga dei ricoveri.

Il contratto potrà infine prevedere dei compensi collegati a specifiche azioni di riconversione e riorganizzazione che siano funzionali alla realizzazione di obiettivi di riqualificazione della spesa sanitaria, di miglioramento dell'offerta, dell'incremento della appropriatezza dei casi trattati.

F) Riduzione delle tariffe in caso di superamento dei livelli di attività programmata per ciascuna struttura accreditata

Si è già affermata la necessità di prevedere riduzioni tariffarie al superamento dei livelli di attività programmata. Con particolare riferimento all'attività di ricovero si suggerisce un criterio di riduzione progressiva.

Le tariffe devono essere evidentemente compatibili con i livelli di attività complessivamente programmati e consentire la costituzione di un fondo per poter fronteggiare eventuali sovrapproduzioni.

G) Modalità di incremento dei ricavi al di là dei livelli programmati in caso di recupero della fuga di ricoveri.

E' possibile che l'attività delle strutture accreditate concorra in modo efficace a ridurre la mobilità passiva (residenti che si rivolgono a strutture accreditate con sede in altre A.S.L. o in altre Regioni); in tal caso possono essere riconosciuti alle strutture accreditate che hanno superato il livello programmato incrementi di attività comunque non superiori ai risparmi conseguiti.

H) Gli accordi contrattuali

Gli schemi degli accordi contrattuali approvati agli allegati B1 e B2 prevedono contenuti minimi ed essenziali; i soggetti contraenti sono infatti chiamati a regolare autonomamente i loro rapporti, nella consapevolezza che solo questa ampia sfera di autonomia può assicurare che gli effetti prodotti non siano quelli astrattamente voluti dalla legge o da altri soggetti ma quelli effettivamente voluti dagli agenti con riferimento ai casi concreti e alle innumerevoli circostanze in cui si versano.

Fermo quanto sopra si evidenziano i seguenti aspetti che possono ulteriormente caratterizzare i contenuti dei contratti:

1. debito informativo. Deve essere comunque assicurato un accesso agevole ai dati della documentazione clinica e amministrativa al fine di poter verificare la corrispondenza tra l'attività svolta, la registrazione e i corrispettivi richiesti. Il contratto può prevedere penali e riduzioni tariffarie nei casi in cui non vi sia la dovuta corrispondenza ovvero le attività non siano state correttamente registrate.
2. appropriatezza dei ricoveri. Le strutture accreditate devono adottare ed applicare protocolli per monitorare eventuali ricoveri impropri.
3. qualità. La necessità di promuovere, coerentemente con le linee di indirizzo regionali, processi di qualità all'interno delle strutture accreditate, può essere favorita da norme contrattuali che premiano questo fattore, ad esempio, è possibile ipotizzare incentivazioni per lo sviluppo di processi di qualità all'interno delle strutture sempre che ne siano verificabili i risultati.

E', infine, necessario considerare i seguenti elementi che dovranno caratterizzare il processo negoziale per il biennio 2001/2002:

- ? i contratti devono sempre prevedere una valutazione a consuntivo dei risultati raggiunti in modo che i ricavi delle strutture accreditate siano sempre correlati ad attività effettivamente svolte;
- ? è opportuno che il livello di attività programmato sia suddiviso in periodi (trimestrali) per evitare sovrapproduzioni in alcuni periodi;
- ? la negoziazione deve riguardare anche le modalità di pagamento, in modo che si possano negoziare riduzioni tariffarie in base ai tempi di pagamento.

I) Innovazioni e sviluppo tecnologico

I contratti possono, infine, essere utilizzati come strumento per promuovere innovazione e crescita tecnologica nelle strutture accreditate.

Si può così pensare di individuare tra i servizi offerti alcune prestazioni o attività da migliorare in termini di tecnologia piuttosto che di fruibilità o gradibilità per l'utenza; il raggiungimento di standard o indicatori concordati può trovare un concreto riconoscimento attraverso forme di incentivazione prevedendo, a tal fine, un apposito fondo.