

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola



ACCORDO CONTRATTUALE DI FORNITURA  
TRA L'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI IMOLA  
ED IL GRUPPO VILLA MARIA :

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO  
**MARIA CECILIA HOSPITAL DI COTIGNOLA**  
IN MATERIA DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE  
DI ALTA SPECIALITA' E/O DI ALTA COMPLESSITA'  
TECNICA ED ORGANIZZATIVA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO  
**S. PIER DAMIANO HOSPITAL DI FAENZA**  
IN MATERIA DI PRESTAZIONI DI RICOVERO E  
DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ANNO 2014

---

---

Azienda USL di Imola  
Regione Emilia-Romagna

Ospedale Privato Accreditato Maria Cecilia Hospital di Cotignola (RA)  
Ospedale Privato Accreditato San Pier Damiano Hospital di Faenza (RA)  
Gruppo Villa Maria  
Associati AIOP - Provincia di Ravenna

---

## SOMMARIO

---

<b>PREMESSA</b> .....	5
<b>PARTE GENERALE MARIA CECILIA HOSPITAL</b> .....	6
ART. 1. OGGETTO .....	7
ART. 2. PRINCIPI ISPIRATORI E OBIETTIVI.....	8
ART. 3. PRESTAZIONI OGGETTO DI ACCORDO.....	10
ART. 4. MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLE PRESTAZIONI E CORRISPETTIVI	12
ART. 5. FATTURAZIONE E PAGAMENTI .....	15
ART.6. COMPOSIZIONE DELLE ÉQUIPES OSPEDALIERE .....	16
Art.7. OBBLIGHI DELL'OSPEDALE PRIVATO .....	16
Art. 8. ASSICURAZIONE.....	17
Art. 9. COLLABORAZIONE E INTENTI .....	17
ART. 10. CONTROLLI .....	18
Art 11. INCOMPATIBILITÀ.....	19
Art 12. ACCESSO ALLE CURE .....	20
Art 13. PRIVACY.....	20
Art. 14. ARBITRATO .....	20
Art. 15. SERVIZI E FUNZIONARI RESPONSABILI .....	21
Art. 16. DURATA.....	21
Art. 17. REGISTRAZIONE E SPESE CONTRATTUALI.....	21
Art. 18. PREMESSA E ALLEGATI.....	22
<b>PARTE GENERALE SAN PIER DAMIANO HOSPITAL</b> .....	23
ART. 1. OGGETTO .....	25
ART. 2. PRINCIPI ISPIRATORI E OBIETTIVI.....	25
ART. 3. MODALITA DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CORRISPETTIVI....	26
ART. 4. FATTURAZIONE E PAGAMENTI .....	29
ART. 5. CONTROLLI .....	29
ART 6. INCOMPATIBILITÀ.....	29
ART 7. ACCESSO ALLE CURE .....	29
ART 8. PRIVACY.....	29
ART. 9. ARBITRATO .....	29
ART. 10. SERVIZI E FUNZIONARI RESPONSABILI.....	29
ART. 11. DURATA.....	29
ART. 12. REGISTRAZIONE E SPESE CONTRATTUALI.....	29
ART. 13. PREMESSA E ALLEGATI.....	29

## INDICE DEGLI ALLEGATI

- Allegato 1. Elenco dei medici dell'AUSL autorizzati a frequentare i servizi e le U.O. di MCH.*
- Allegato 2. Budget complessivo e tipologie prestazionali oggetto di committenza da parte dell'AUSL di MCH*
- Allegato 3. Procedura per la gestione del paziente candidato a PTCA primaria.*
- Allegato 4. Flow-chart percorso PTCA primarie*
- Allegato 5. Indicatori di verifica di andamento dell'accordo con MCH*
- Allegato 6. Budget complessivo e tipologie prestazionali oggetto di committenza da parte dell'AUSL di SPDH.*

## PREMESSA

**'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE di Imola**, con sede in Imola (BO) Via Amendola n.2, nella persona del Direttore Generale Dott.ssa Maria Lazzarato, d'ora innanzi AUSL,

**E**

**1) MARIA CECILIA HOSPITAL S.p.a.**, Ospedale privato accreditato di alta specialità, con sede in Cotignola, (RA), via Corriera n. 1, in persona dell'Amministratore Delegato Dott. Bruno Biagi, d'ora innanzi MCH,

**2) OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO S. PIER DAMIANO HOSPITAL S.p.a.**, con sede in Faenza (RA), via Isonzo n. 10, nella persona del dell'Amministratore Delegato Dott.ssa Maria Cecilia Sansavini, d'ora innanzi SPDH,

di seguito individuate come "le parti", nell'intento di proseguire e sviluppare ulteriormente il quadro di collaborazione attuato fino al 31.12.2013, concordano sulla necessità di dar corso ad una nuova intesa contrattuale che recepisca e consolidi i contenuti della precedente, rapportandoli al quadro normativo attuale e al mutato scenario rappresentato dalla evoluzione in corso del Servizio Sanitario Regionale.

## PARTE GENERALE MARIA CECILIA HOSPITAL

Premesso:

- che gli obiettivi del precedente accordo contrattuale in vigore fino al 31.12.2013 sono stati pienamente conseguiti per tipologia e volumi di prestazioni;
- che negli anni trascorsi e in quelli più recenti di vigenza di tale accordo, l'AUSL ha avuto ampiamente modo di verificare l'affidabilità di MCH nell'esecuzione delle prestazioni oggetto dell'accordo, sia dal punto di vista dell'appropriatezza sia sotto il profilo dei risultati clinici ottenuti, nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere fornite in modalità programmata, ma particolarmente in modalità urgente per il trattamento di emergenze cardiache (angioplastica primaria post-IMA), cardiocirurgiche e vascolari maggiori;
- che tale rapporto è favorito, soprattutto per gli interventi svolti in emergenza, dalla vicinanza territoriale tra le strutture;
- che MCH ha effettuato, nel corso degli anni, numerose prestazioni di alta specialità (cardioangiologia diagnostica ed interventistica, cardiocirurgia, riabilitazione cardiologica e chirurgia vascolare, neurochirurgia e chirurgia toracica) a favore di pazienti assistiti dall'AUSL;
- che l'AUSL ha valutato l'opportunità di confermare un rapporto di collaborazione teso a far fronte alle esigenze dell'assistenza cardiologica medico-chirurgica e riabilitativa, neurochirurgica, e oncologica (radioterapia), assicurando ai pazienti prestazioni qualificate e tempestive e realizzando, al contempo, un contenimento dei costi, così come è indispensabile alla luce delle esigenze di contenimento della spesa sanitaria nazionale e regionale;
- che tale accordo è coerente con quanto delineato in ambito regionale in tema di alta specialità e definito dalla DGR 217/2014 "Linee di Programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014" e dalla DGR 633/2013 "Approvazione dell'accordo-contratto: "Regolamentazione dei rapporti tra la Regione Emilia-Romagna / ospedali privati accreditati (fascia a) per la fornitura di prestazioni ospedaliere di alta specialità anni 2013, 2014 e 2015";
- che con tale accordo l'AUSL concorda con MCH il rispetto di un budget complessivo e l'orientamento della produzione prevalentemente verso prestazioni strategiche per l'AUSL, ponendo l'AUSL nelle condizioni di poter realizzare il governo clinico delle attività sanitarie svolte presso MCH;
- che riconosce MCH quale centro di riferimento per le attività oggetto del presente contratto, riconoscendola come riferimento Hub ai sensi della DGR 1267/2002, con particolare riguardo per le patologie dell'apparato cardiocircolatorio (PTCA sia programmata che primaria post-IMA, cardiocirurgia, PTA e chirurgia vascolare);
- che MCH, consapevole delle responsabilità che le competono quale struttura sanitaria accreditata e compatibilmente con l'autonomia propria di ogni soggetto privato, è disponibile a

collaborare attivamente al fine di contribuire al soddisfacimento delle esigenze economiche ed organizzative connesse con i servizi oggetto del presente accordo;

- che MCH, tramite una verifica continua dell'erogazione delle prestazioni effettuate, nel rispetto dei volumi previsti, si impegna a partecipare attivamente al recupero della mobilità extra – AUSL, permettendo all'Azienda una programmazione della spesa con contenimento dei costi;
- che lo scenario di programmazione del presente accordo dovrà riflettere gli indirizzi applicativi che derivano, in tema di riduzione dei costi, dalla DGR 217/2014 "Linee di Programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014",
- che MCH, in quanto punto di riferimento per l'AUSL di Imola per le discipline di alta specialità cardiologica/cardiochirurgica e per la radioterapia, collabora al raggiungimento di quanto declinato nella Circolare n.21/2014 "Politiche di miglioramento dell'accessibilità alle cure specialistiche di cui alla DGR n. 1735 'Misure per l'attuazione della delibera di giunta regionale 24 febbraio 2014, n. 217, concernente linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2014': prime indicazioni operative alle Aziende sanitarie". Nella fattispecie MCH dovrà collaborare attivamente con l'AUSL nel governare quanto definito relativamente ai percorsi diagnostico-terapeutici delle aree cardiovascolare ed oncologica.
- che il presente accordo di collaborazione non configura alcuna ragione di incompatibilità con riferimento alle attività oggetto del presente accordo svolte dai medici ospedalieri preposti all'esecuzione delle stesse ed elencati nell'**Allegato 1** al presente Accordo;

## LE PARTI CONVENGONO

di regolamentare i rapporti in materia di fornitura di prestazioni ospedaliere sulla base del presente accordo contrattuale e del seguente articolato. La presente intesa sostituisce integralmente la precedente disciplina pattizia.

### ART. 1. OGGETTO

L'accordo contrattuale individua preventivamente per MCH attività di alta specialità, il volume massimo di prestazioni, distinto per tipologia e per modalità di assistenza, da assicurare ai cittadini residenti nell'AUSL di Imola e a pazienti non residenti ma inviati direttamente dai servizi ospedalieri dell'AUSL in regime di emergenza, in modo da contribuire al soddisfacimento dei bisogni assistenziali specifici e da assicurare l'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale ricomprese, a norma delle disposizioni nazionali e regionali vigenti, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, in quanto necessarie ed appropriate.

L'accordo contrattuale individua dei piani preventivi di attività ospedaliere di alta specialità e/o di alta complessità tecnica ed organizzativa valevoli per l'anno 2014, riportati per esteso nel piano di committenza definito nell'**Allegato 2** e da sottoporre annualmente a revisione.

L'accordo contrattuale definisce inoltre i requisiti del servizio da rendere in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempestività di erogazione, continuità assistenziale, il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente rese, il debito informativo per il monitoraggio dell'accordo di fornitura e le procedure per i controlli esterni.

Il budget economico di riferimento è fissato nel rispetto dei livelli di spesa definiti dalla DGR 217/2014 "Linee di Programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014", e dalla DGR 633/2013 "Approvazione dell'accordo-contratto: "Regolamentazione dei rapporti tra la Regione Emilia-Romagna / ospedali privati accreditati (fascia a) per la fornitura di prestazioni ospedaliere di alta specialità anni 2013, 2014 e 2015";

MCH contribuisce a fornire una adeguata risposta assistenziale in condizioni di urgenza, attraverso un mix prestazionale di alta complessità, e concentra le attività programmate in talune discipline specialistiche (cardioangiologia diagnostica ed interventistica, cardiocirurgia, riabilitazione cardiologica, chirurgia vascolare e piede diabetico, neurochirurgia e chirurgia toracica);

L'accordo contrattuale fornisce gli indirizzi produttivi ed individua le tipologie ed il numero di prestazioni negoziate in via prioritaria, orientando la produzione di MCH nel rispetto di quanto definito dalla DGR 217/2014 e dalla DGR 633/2013.

L'accordo contrattuale stabilisce, la quantità e la tipologia di prestazioni da fornire in via prioritaria ed in conformità ai piani di attività locali, restando impregiudicato il quadro del livello tecnologico-professionale e la diversificazione specialistica dell'ospedale, che resta abilitata, al di fuori della presente intesa, ad erogare prestazioni per tutte le funzioni ospedaliere ed ambulatoriali accreditate.

## **ART. 2. PRINCIPI ISPIRATORI E OBIETTIVI**

---

L'Accordo Generale per il triennio 2012- 2014 tra la regione Emilia-Romagna e AIOP in tema di prestazioni ospedaliere di alta specialità rappresenta il riferimento quadro.

I principi generali ispiratori sono essenzialmente riconducibili ai principi costitutivi e di organizzazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR) delineati nella Legge Regionale n. 29/2004 che richiama espressamente:

- la **centralità del cittadino**, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione;
- l'**universalità** e l'**equità di accesso** alle prestazioni e ai servizi, secondo le necessità di ciascuna persona, in base alle regole di accesso determinate dalla normativa;



- la **globalità della copertura assistenziale**, quale garanzia dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, in quanto complesso delle prestazioni e dei servizi garantiti secondo le necessità di ciascuno, nel rispetto dei principi di dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità di accesso ai servizi, della qualità dell'assistenza, dell'efficacia e appropriatezza delle prestazioni, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;
- la **libera scelta del luogo di cura**, nell'ambito dei soggetti, delle strutture e dei professionisti accreditati con cui sono stati stipulati accordi contrattuali;
- l'obbligo di **qualità tecnica, professionale e relazionale** per tutti i servizi e le prestazioni resi da parte delle strutture che forniscono prestazioni e servizi al SSR;
- la **trasparenza** nei confronti dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze organizzate e la loro partecipazione alla valutazione dei servizi, secondo le indicazioni di cui alla Carta dei Servizi;
- la **programmazione a rete Hub & Spoke** e la regolazione dell'offerta pubblica e privata delle prestazioni e dei servizi;
- il **governo clinico** dei processi assistenziali e la partecipazione organizzativa degli operatori;
- l'esercizio di attività sanitarie subordinato alla relativa **autorizzazione**; l'esercizio di attività sanitarie per conto del SSR subordinato all'**accreditamento istituzionale**; l'esercizio di attività sanitarie a carico del SSR subordinato alla definizione di **accordo contrattuale**.

Gli obiettivi strategici che si intendono richiamare riguardano in particolare alcune esigenze della programmazione locale, definite dal Piano Strategico e Attuativo Locale 2010-2013 dell'AUSL di Imola ed essenzialmente riconducibili a:

- la costituzione di un sistema misto pubblico-privato, nella organizzazione dei servizi e nell'erogazione di prestazioni sanitarie, utile per la definizione di ambiti territoriali di **autosufficienza** produttiva per le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale, per ovviare ai costi individuali legati alla mobilità;
- l'esigenza di garantire universalità di accesso, equità, tempestività e flessibilità nell'erogazione dei servizi, e di **diversificazione dell'offerta** per far fronte alla crescita quantitativa e qualitativa della domanda; la specializzazione delle funzioni ospedaliere assicura la globalità e la esaustività della presa in carico assistenziale ed evita il rischio di indurre ridondanze ingiustificate o carenze evitabili nella struttura dell'offerta;
- la ricerca dell'**appropriatezza** nella produzione e nella utilizzazione dei servizi sanitari, in rapporto alle caratteristiche cliniche e assistenziali dei pazienti;
- il conseguimento delle condizioni di **equilibrio economico** e di **costo sostenibile** per le comunità di riferimento.

In continuità con tali obiettivi strategici il contratto di fornitura assume pertanto i seguenti obiettivi specifici:

- o **l'integrazione di MCH nella rete sanitaria dei servizi dell'AUSL**, e la definizione precisa del suo ambito di intervento, circoscritto alle attività diagnostico-terapeutiche e specialistiche di alta specialità riportate negli allegati piani di produzione;
- o lo sviluppo dell'offerta di quelle forme assistenziali di alta specialità (cardiologia interventistica, cardiocirurgia, radioterapia mini-invasiva, ecc.) che rendono possibile una **specializzazione delle risposte assistenziali**;
- o il riconoscimento della **priorità della risposta all'urgenza** rispetto all'attività di ricovero programmata;
- o lo **sviluppo della continuità delle cure**, in ordine agli aspetti di garanzia di fornitura costante del servizio, e di integrazione delle diverse fasi assistenziali che contraddistinguono gli episodi di cura e di malattia;
- o il contributo al consolidamento dei livelli di dipendenza della popolazione assistita dall'AUSL dalle strutture ospedaliere a gestione diretta, e da quelle con cui intercorrono accordi contrattuali di fornitura prestazionale.

Le parti si impegnano a porre in essere le condizioni affinché si possa pervenire, come obiettivo generale, ad un **recupero della mobilità passiva extra accordi contrattuali**, per le discipline oggetto di intesa, utilizzando le opportune tecniche di circolazione dell'informazione relativa alle rispettive potenzialità produttive e tecnologiche.

**MCH potrà in essere un impegno, anche verso i propri professionisti a non alimentare la mobilità territoriale, in particolare per prestazioni riguardanti l'autosufficienza della struttura di produzione dell'Azienda USL di Imola.**

### **ART. 3 PRESTAZIONI OGGETTO DI ACCORDO**

---

Le parti concordano che l'AUSL si avvarrà dei laboratori e delle attrezzature di emodinamica diagnostica ed interventistica, delle unità operative di cardiologia, cardiocirurgia, chirurgia vascolare, trattamento del piede diabetico, riabilitazione cardiologica, neurochirurgia, chirurgia toracica e del servizio di radioterapia di MCH, secondo il piano di committenza definito nell'**Allegato 2** ed alle seguenti condizioni e modalità.

Il piano di committenza 2014 è composto da quattro sub-budget distinti, contenenti il volume massimo di prestazioni, distinte per tipologia e modalità di assistenza e la relativa valorizzazione.

#### **SUB-BUDGET 1**

Comprende le attività erogate in regime di ricovero di cardiologia, cardiocirurgia, riabilitazione cardiologica, chirurgia vascolare, neurochirurgia, piede diabetico e chirurgia toracica, che saranno

svolte in accordo a quanto definito dalla DGR 217/2014 "Linee di Programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014" e dalla DGR 633/2013 "Approvazione dell'accordo-contratto: "Regolamentazione dei rapporti tra la Regione Emilia-Romagna / ospedali privati accreditati (fascia a) per la fornitura di prestazioni ospedaliere di alta specialità anni 2013, 2014 e 2015".

### **SUB-BUDGET 2**

Comprende:

- l'attività di angioplastica primaria post-infarto miocardico acuto, che verrà svolta nel rispetto del protocollo definito nell'**Allegato 3**, per il periodo gennaio-agosto 2014; l'attività erogata nell'ultimo trimestre dell'anno 2014 sarà ricondotta al sub-budget 1 ovvero gestita in regime di ricovero ordinario;
- l'attività di emodinamica diagnostica ed interventistica (cardiologica e vascolare periferica) che ha per oggetto i casi programmati dalle équipe cardiologica e internistica dell'ospedale dell'AUSL. Fruiranno pertanto di tali prestazioni i pazienti degenti presso il Presidio Ospedaliero di Imola inviati dalle suddette équipe.

In ragione di ciò, l'AUSL autorizza espressamente i medici cardiologi indicati nell'Allegato 1 a svolgere attività di cardiologia interventistica in collaborazione con MCH.

Le parti concordano inoltre che l'utilizzo delle sale emodinamiche da parte degli operatori dell'AUSL dovrà essere coerente con quanto emergerà in termini di nuove evidenze in ambito diagnostico-terapeutico, fino eventualmente a rinegoziare con MCH il numero stesso di sedute di emodinamica settimanale. In tale ambito sarà impegno di entrambe le parti rispettare e raggiungere gli indici di performance espressamente indicati all'interno della Circolare n.21/2014 in termini di tempi di attesa.

Poiché in tale sub-budget vengono ricomprese attività ad invio diretto da parte degli specialisti ospedalieri dell'Azienda, il corrispettivo economico non è soggetto a tetto ed a meccanismi di penalità.

### **SUB-BUDGET 3**

Comprende l'attività di radioterapia in regime ambulatoriale a favore di pazienti residenti nell'ambito territoriale dell'AUSL, con indicazioni poste dagli specialisti dell'Azienda stessa.

Poiché in tale sub-budget vengono ricomprese attività ad invio diretto da parte degli specialisti ospedalieri dell'Azienda, il corrispettivo economico non è soggetto a tetto ed a meccanismi di penalità.

### **SUB-BUDGET 4**

Comprende la restante parte dell'attività erogata in regime di assistenza specialistica ambulatoriale (visite, diagnostica strumentale).

## **ART. 4 MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLE PRESTAZIONI E CORRISPETTIVI**

---

Di seguito si elencano le modalità di svolgimento delle attività oggetto del presente accordo nonché i relativi corrispettivi.

### **SUB-BUDGET 1 - Prestazioni in regime di ricovero**

Per i pazienti ricoverati in cardiologia, cardiocirurgia, neurochirurgia, piede diabetico, chirurgia vascolare, chirurgia toracica e riabilitazione cardiologica saranno applicate le indicazioni tariffarie regionali vigenti.

Verrà fornita gratuitamente la consulenza degli specialisti di MCH ai meeting pre-operatori o comunque ai reparti dell'Ospedale di Imola secondo modalità da concordare con i responsabili dei reparti specialistici dell'AUSL. Tali meeting o consulti si terranno presso la sede ospedaliera dell'AUSL o verranno gestiti per via telematica, se le tecnologie possedute da entrambe lo permetteranno.

MCH si impegna inoltre, quale centro effettivo di riferimento anche per l'attività cardiocirurgica dell'AUSL, a garantire tale attività anche in emergenza ed urgenza, così come è previsto dall'accordo dell'alta specialità con la Regione Emilia-Romagna.

In tale ambito l'AUSL di Imola intende avvalersi della possibilità di poter utilizzare un contropulsatore aortico messo a disposizione per MCH, utile soprattutto per i trasferimenti di pazienti particolarmente critici da e verso la Casa di Cura Privata.

### **SUB-BUDGET 2 - Prestazioni di angioplastica primaria**

Le prestazioni di angioplastica primaria verranno fatturate da MCH con valorizzazione pari a quella dei DRG 555 o 557, valorizzati secondo le tariffe regionali vigenti, ridotta della degenza ordinaria di 3 giorni pari a 330 € al giorno (€ 990) ed incrementata degli eventuali costi di permanenza in UTI/UTIC, valorizzati convenzionalmente in € 30,00 all'ora, fino al valore massimo del corrispondente DRG specifico.

L'AUSL di Imola si impegna comunque al trasferimento del paziente presso il proprio ospedale nel più breve tempo possibile (12 – 24 ore). Nel caso in cui le coronarie risultino indenni verrà fatturato un importo pari alla tariffa DRG dell'angioplastica (come da tariffe in vigore) ridotta di € 1.100,00, importo corrispondente al costo dei materiali specifici dell'angioplastica che non vengono aperti, in aggiunta alla detrazione di 3 giorni di degenza (€ 990), in quanto il paziente rientra presso le strutture imolesi.

Relativamente al percorso amministrativo si conviene di procedere al ricovero presso l'AUSL di Imola per i casi che accedono al PS generale dell'ospedale e presso VMCH per i casi di PTCA primaria provenienti dal territorio (tramite emergenza territoriale 118). Per il dettaglio del percorso amministrativo vedasi la flow-chart in **Allegato 4**.

### **SUB-BUDGET 2 - Prestazioni ambulatoriali di cardiologia diagnostica e interventistica (coronarografie e PTCA):**

Le procedure diagnostiche (coronarografia) vengono eseguite presso MCH da cardiologi dell'AUSL, secondo tempi e modalità concordate con la direzione di MCH; i medici dell'AUSL mantengono la responsabilità sui pazienti per tutto il tempo trascorso dagli stessi presso MCH.

La tariffa applicata per ciascuna procedura di è di € 490,63.

Qualora per eseguire l'indagine emodinamica interventistica fosse richiesta l'anestesia generale, questa sarà addebitata a € 77,47 cadauna.

Qualora si rendesse necessaria la permanenza in degenza del paziente presso MCH per una giornata o parte di essa, per qualsivoglia causa, la giornata di degenza in letto con monitoraggio elettrocardiografico, verrà addebitata all'AUSL a € 330,00 e l'eventuale degenza in UTI / UTIC. verrà addebitata alla tariffa di € 30,00/ora (fino e non oltre il valore massimo della tariffa DRG specifica); qualora la permanenza si protragga oltre le 24 ore, MCH dovrà attivare il ricovero con relativa SDO.

Qualora dopo la procedura diagnostica, il cardiologo dell'AUSL, ravvisasse l'indicazione, condivisa dai cardiologi del servizio di MCH, a procedere con angioplastica coronarica nella stessa seduta, la procedura interventistica verrà eseguita contestualmente di norma senza procedere a ricoverare il paziente, che rientrerà all'ospedale di Imola, sotto la responsabilità del medico dell'AUSL e con oneri di trasporto a carico di quest'ultima.

Le procedure interventistiche (angioplastica) vengono eseguite presso MCH da cardiologi dell'AUSL secondo tempi e modalità concordate con la direzione di MCH; i medici dell'AUSL mantengono la responsabilità sui pazienti per tutto il tempo trascorso dagli stessi presso MCH.

La prestazione viene fatturata alla AUSL con tariffa pari a quella del DRG 556, 558 o DRG 518 a meno degli oneri equivalenti ad un importo complessivo di 1050 € (3 giornate di degenza a 300 € + gli esami pre-operatori per 150 €).

Qualora si rendesse necessaria la permanenza in degenza del paziente presso MCH per qualsivoglia causa la tariffa massima applicata sarà quella del DRG corrispondente alla procedura effettivamente eseguita.

In entrambi i casi la tariffa fatturata all'AUSL è omnicomprensiva, comprende quindi anche il costo della coronarografia; il malato sarà comunque trasferito per la dimissione presso una struttura

dell'AUSL. Qualora il paziente necessitasse di intervento chirurgico in emergenza l'AUSL corrisponderà quanto dovuto per l'intervento cardiocirurgico secondo le tariffe vigenti.

I pazienti sottoposti a procedure diagnostiche/interventistiche dall'équipe cardiologica dell'AUSL, rientreranno presso UTIC/ Cardiologia dell'AUSL di Imola mediante ambulanza attrezzata della stessa.

Sarà cura dell'AUSL di Imola verificare, con la collaborazione degli specialisti cardiologi ospedalieri, che non si realizzino frammentazioni opportunistiche dei percorsi diagnostico-terapeutici. Qualora dovessero realizzarsi l'AUSL potrà avvalersi della possibilità di applicare ai casi selezionati eventuali forme di abbattimento simili a quanto normato a livello regionale (abbattimenti tariffari percentualmente diversi a seconda della tipologia di ricovero ripetuto, in questo caso a seconda della prestazione ripetuta). Pertanto si ritiene appropriato, di norma, sottoporre i pazienti affetti da patologia plurivasale, sia in ambito coronarico che su quello vascolare periferico, ad un unico trattamento angioplastico. A tale riguardo l'AUSL intende monitorare alcuni indicatori specifici (vedi **Allegato 5**) utili per valutare il tasso di esecuzione di interventi cardiocirurgici sugli stessi pazienti (PTCA e Bypass).

#### **SUB-BUDGET 2 - Prestazioni ambulatoriali di angiologia diagnostica e interventistica (angiografie e angioplastiche periferiche)**

Le procedure diagnostiche ed interventistiche vengono eseguite presso MCH da operatori di MCH. La tariffa applicata per ciascuna procedura di angiografia è di € 283,30.

Qualora dopo la procedura diagnostica, il radiologo ravvisasse l'indicazione a procedere con angioplastica periferica nella stessa seduta, l'operatore condurrà a termine la procedura interventistica; il paziente rientrerà all'Ospedale di Imola, con ambulanza attrezzata della stessa AUSL.

Tale procedura interventistica ambulatoriale verrà fatturata alla AUSL con tariffa pari a quella dei DRG 533, 534, 553, 554, 479 o 577, in relazione alla procedura svolta, valorizzati secondo le tariffe vigenti, a meno degli oneri equivalenti ad un importo complessivo di 750 € (2 giornate di degenza a 300 €+ gli esami pre-ricovero a 150 €).

Nei casi ove si renda necessario l'impianto di particolari stent, si ritiene opportuno retribuire a MCH gli importi sopra definiti a cui aggiungere un rimborso equivalente alla differenza tra il prezzo medio di mercato degli stent vascolari (reperiti attraverso gli osservatori nazionali dei prezzi dei dispositivi medici) ed il costo effettivo sostenuto da MCH per l'acquisizione di tali dispositivi.

In entrambi i casi la tariffa fatturata all'AUSL è onnicomprensiva, comprende quindi anche il costo dell'angiografia.

Il paziente sarà comunque trasferito per la dimissione presso una struttura dell'AUSL.

### **SUB-BUDGET 3 - Prestazioni di radioterapia**

Tali prestazioni verranno eseguite in regime ambulatoriale da operatori di MCH; per i pazienti barellati, tanto i trasporti, quanto l'assistenza ai pazienti stessi in attesa del trattamento, verranno organizzati con ambulanze e personale dell'AUSL;

Le prestazioni saranno tutte effettuate in forma programmata e verrà applicato il tariffario vigente relativo alle attività ambulatoriali, deliberato dalla Regione Emilia-Romagna.

### **SUB-BUDGET 4 – Altre prestazioni ambulatoriali**

Per tali prestazioni verrà applicato il tariffario vigente relativo alle attività ambulatoriali, deliberato dalla Regione Emilia-Romagna.

## **ART. 5. FATTURAZIONE E PAGAMENTI**

---

Le prestazioni effettuate nei confronti dei cittadini residenti o assistiti dall'AUSL, sono fatturate alla AUSL di Imola, sulla base del dato anagrafico risultante dalla prescrizione medica della prestazione (ricovero o prestazione specialistica) e dalla documentazione sanitaria (tessera sanitaria di iscrizione al SSR). Copia conforme della relativa fattura dovrà essere inviata anche alla AUSL di Ravenna, per competenza territoriale.

Nel caso sorgessero problematiche conseguenti alla errata determinazione della residenza o dei dati anagrafici del paziente, fa fede la fotocopia della carta d'identità o l'eventuale autocertificazione prodotta, ai fini dell'individuazione dell'AUSL presso la quale lo stesso è assistito. Ove tale indicazione risultasse comunque errata, per cause non ascrivibili a MCH, sarà cura dell'AUSL prendere in carico la posizione, ed effettuare le opportune verifiche.

Le prestazioni erogate in favore di cittadini non residenti e non iscritti al SSR, né coperti dalle disposizioni internazionali in materia di reciprocità, sono erogate in osservanza alla disciplina ministeriale vigente e non sono conteggiate nel budget.

MCH emetterà fattura mensile per tutte le prestazioni di cui ai precedenti punti, svolte a favore di cittadini dell'AUSL o comunque oggetto del presente accordo; l'AUSL si impegna al pagamento delle stesse entro 90 giorni dalla data di ricevimento.

In considerazione dell'impegno dell'AUSL per l'esecuzione del presente accordo, delle competenze e professionalità da essa apportate nonché delle responsabilità assunte, resta inteso che MCH praticherà all'AUSL una decurtazione del 12% sull'importo complessivo annuo dei sub budget 1 e 4 e del 6% sull'importo complessivo annuo dei sub budget 2 e 3 fatturati alla stessa AUSL di Imola in ragione delle prestazioni erogate in applicazione di quanto qui previsto.

La decurtazione avverrà tramite nota d'accredito pari all'importo dovuto da emettere entro il mese di settembre di ogni anno a valere sull'importo complessivo fatturato nell'anno precedente e sarà riferito da MCH alla o alle tipologie di prestazioni che essa indicherà.

## **ART. 6. COMPOSIZIONE DELLE ÉQUIPES OSPEDALIERE**

---

I medici che eseguono le indagini cardiologiche sono quelli indicati dalla Direzione dell'AUSL (vedi **Allegato 1**); l'AUSL si impegna a comunicare le variazioni a tale allegato.

L'attività svolta dai medici di cui sopra è da considerarsi ad ogni effetto ricompresa nell'ambito dell'orario di servizio.

I medici indicati nell'Allegato 1 sono tutti dipendenti dell'AUSL e per gli stessi non sarà dovuto da MCH alcun compenso, mentre spetterà alla stessa AUSL l'osservanza di tutte le norme e leggi vigenti in materia di lavoro (assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, invalidità e vecchiaia, controllo dosimetrico delle radiazioni ionizzanti e relativi controlli medici, ecc.).

Nel caso in cui i medici incaricati dall'AUSL intendano avvalersi, sotto la loro personale e diretta responsabilità, di personale non compreso nell'elencazione di cui all'allegato 1 o comunque intendano fare assistere all'esame persone non comprese nell'elenco stesso, dovranno darne preventiva comunicazione scritta a MCH e dovranno invece ottenere dalla Direzione generale della stessa l'autorizzazione specifica sempre per iscritto per "stage formativi" di eventuale personale sanitario medico e non medico.

## **ART. 7. OBBLIGHI DELL'OSPEDALE PRIVATO**

---

MCH si impegna a dare sollecita soddisfazione al bisogno di indagini invasive diagnostiche cardiologiche e vascolari, di radioterapia, garantendo spazi, tempi e modalità per le esecuzioni delle indagini stesse concordandole con i responsabili aziendali di riferimento.

L'utilizzo del laboratorio di emodinamica che consta di due sale è consentito all'occorrenza anche in modo contemporaneo precisando che l'utilizzo della seconda sala potrà avvenire compatibilmente con le esigenze organizzative di MCH.

MCH metterà a disposizione dei professionisti dell'AUSL, per l'esecuzione delle indagini, il personale sanitario in possesso dei titoli necessari a svolgere l'attività di cui al presente accordo. Tale personale sarà soggetto alla direzione del cardiologo o radiologo di ciascuna équipe o di altro medico dallo stesso designato nel caso delle procedure di emodinamica, ferma restando la responsabilità disciplinare ed amministrativa, per quanto di competenza, della Direzione sanitaria e del responsabile del servizio di MCH.

MCH metterà inoltre a disposizione tecnologie aggiornate e regolarmente mantenute come da procedure in essere presso la struttura, conformi al sistema di gestione in qualità previsto dal modello di accreditamento istituzionale della Regione Emilia-Romagna. Tali procedure sono a



disposizione dei professionisti e della direzione dell'AUSL presso il Servizio qualità e sicurezza della Direzione generale di MCH.

Spetterà a MCH l'osservanza delle norme e leggi vigenti in materia di tutela del lavoro, con particolare riferimento al controllo della sicurezza degli impianti e delle protezioni contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti.

MCH si impegna inoltre a dedicare un numero congruo di posti letto, fra quelli in autorizzazione, all'Unità Operativa di riabilitazione cardiologica, per poter soddisfare tanto le necessità dell'AUSL quanto le esigenze di MCH.

L'U.O. di riabilitazione cardiologica rimarrà organizzata all'interno del Dipartimento medico chirurgico di Cardiologia, nel rispetto delle procedure organizzative che regolamentano i rapporti fra le diverse attività svolte nel Dipartimento.

La Direzione Sanitaria di MCH eserciterà tutte le funzioni di controllo di sua competenza come previsto dalle normative vigenti.

#### **ART. 8. ASSICURAZIONE**

---

L'AUSL garantisce la copertura assicurativa della responsabilità civile verso eventuali terzi danneggiati in ragione dell'espletamento delle prestazioni sanitarie rese dal proprio personale medico operante presso MCH.

MCH, a sua volta, garantisce di aver sottoscritto un'adeguata polizza assicurativa RCT/RCO a copertura dei danni derivanti dall'esercizio della propria attività.

#### **ART. 9. COLLABORAZIONE E INTENTI**

---

Le parti si impegnano a collaborare nella gestione dell'UO di riabilitazione cardiologica come sopra individuata essendo pienamente consapevoli della necessità di percorsi terapeutici riabilitativi funzionali all'attività cardiologica e cardiocirurgica di MCH alla luce delle diverse esigenze dei pazienti che possono maturare e manifestarsi nel corso del ricovero.

Particolare attenzione andrà rivolta anche alle necessità del territorio emiliano-romagnolo e allo sviluppo clinico e scientifico delle indicazioni alla riabilitazione cardiologica onde poter garantire appropriatezza delle indicazioni, efficienza della gestione ed efficacia dei risultati; questi ultimi devono contribuire ad identificare l'UO di riabilitazione cardiologica integrata di MCH e dell'AUSL, quale centro riabilitativo di riferimento della Regione Emilia-Romagna, in grado di documentare mediante follow-up la validità dei risultati raggiunti, onde potersi affermare anche sul territorio nazionale.



MCH si impegna inoltre a rispettare i volumi e la tipologia di prestazioni (come da allegato 2) corrispondenti al fabbisogno annuale dell'AUSL che, concordati, verranno monitorati fra le due aziende, anche tenendo conto del recupero della mobilità extraziendale dell'AUSL stessa.

## **ART. 10. CONTROLLI**

---

Si richiama, in materia di controlli, il quadro normativo di riferimento nazionale nonché le indicazioni riportate nel "Piano annuale dei controlli (PAC) ex Delibera di Giunta Regionale N. 354/2012", e successive integrazioni, e nella DGR 633/2013, disposizioni che prevedono che i contenuti dei controlli e le modalità di esecuzione degli stessi debbano essere presi espressamente in considerazione anche nei contratti di fornitura con i soggetti erogatori privati.

Il sistema dei controlli organizzati dall'AUSL è finalizzato a prevenire e segnalare gli eventuali effetti distorsivi derivanti dall'applicazione del sistema tariffario ed è orientato in primo luogo a fornire un servizio di collaborazione e supporto a MCH, al fine di garantire, al contempo, la prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici e la salvaguardia dei livelli di qualità assistenziale.

Fra i controlli per prestazioni di alta specialità di cardiocirurgia e cardiologia interventistica rientrano anche le attività di audit clinico svolte dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, secondo le modalità procedurali definite.

I restanti controlli sono svolti dall'AUSL di Imola, ma possono essere effettuati anche dall'AUSL di Ravenna, territorialmente competente, previo accordo tra le medesime, onde evitare un raddoppio delle attività e l'utilizzo di criteri ed indirizzi interpretativi difformi.

Vengono individuate le seguenti tipologie di controllo, effettuate con periodicità di norma trimestrale.

a) Controllo amministrativo: riguarda le variabili anagrafiche dei soggetti beneficiari della prestazione, la corretta tariffazione, la corrispondenza tra gli addebiti oggetto di fatturazione diretta e la validazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) da parte della Regione, la coerenza fra gli addebiti oggetto di fatturazione diretta e le richieste prestazionali (prescrizioni), la qualità, la completezza e la tempestività del tracciato relativo all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA), a norma delle disposizioni di cui alla Circolare 3/2002 dell'Assessorato Regionale alla Sanità e successive modifiche ed integrazioni.

b) Controllo sanitario: riguarda in primo luogo il contenuto informativo della SDO e del flusso ASA con il rispetto delle norme di codifica, ed eventuale verifica successiva ed in loco della documentazione sanitaria (cartella clinica, prescrizione e referto specialistico).

Per i ricoveri, il controllo delle informazioni contenute nella cartella clinica sarà attuato con l'impiego di strumenti validati e utilizzati in ambito regionale (es. Protocollo di Revisione dell'Utilizzo dell'Ospedale). I momenti in cui effettuare l'attività di controllo saranno previamente concordati con la Direzione di MCH e alla presenza di un contraddittorio medico idoneo.

Su base campionaria potranno essere realizzati dei controlli sui referti specialistici rilasciati dalle unità eroganti di MCH.

c) Controllo di qualità: riguarda variabili di processo e di esito dei trattamenti erogati da MCH, ivi comprese indagini sulla qualità percepita dal lato degli utenti. A tale riguardo, come citato nell'Art. 4, sono stati definiti alcuni indicatori specifici di esito delle procedure di PTCA e di Bypass (**Allegato 5**) oggetto di attenta valutazione.

Il controllo a campione è finalizzato in primis a valutare la qualità dell'assistenza medica ed infermieristica fornita ai pazienti ricoverati o assistiti a livello ambulatoriale. Particolari attenzioni potranno essere poste al gradimento degli utenti e agli aspetti di qualità percepita (umanizzazione, gestione dei reclami).

Qualora dovessero insorgere contestazioni a seguito dei controlli sulle prestazioni erogate, l'esito delle stesse derivante dalla formalizzazione della controversia con le consuete modalità in sede locale (acquiescenza, transazione o devoluzione al collegio arbitrale) sarà regolarizzato contabilmente con apposita nota di accredito inviata all'AUSL per effettuare i necessari conguagli.

Coerentemente a quanto stabilito nelle indicazioni regionali circa i tempi di esecuzione dei controlli e di componimento delle contestazioni in relazione alla mobilità ospedaliera tra le AUSL della regione, l'AUSL di Imola si impegna inderogabilmente portare a compimento i controlli sui ricoveri effettuati da MCH entro 45 giorni dalla validazione delle SDO operata dalla Regione, così come le relative controdeduzioni da parte di MCH dovranno essere prodotte entro i successivi 60 giorni.

Per una maggiore tempestività delle attività di controllo MCH si impegna a trasmettere su supporto informatico, contestualmente alle fatture, il tracciato SDO relativo ai ricoveri effettuati.

Nell'ambito delle attività di controllo deve essere ricompreso anche il **monitoraggio del contratto di fornitura**, consistente nella verifica periodica del rispetto dei volumi prestazionali contrattati e degli obiettivi programmatici. Il monitoraggio è funzionale anche alla verifica del raggiungimento degli obiettivi specificatamente indicati nel contratto, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale e locale.

Per una maggiore tempestività delle attività di controllo MCH si impegna a trasmettere trimestralmente una sintesi dell'andamento relativo ai singoli sub budget.

## **ART. 11. INCOMPATIBILITÀ**

---

Ai sensi dall'art.4, comma 7 della Legge n. 412/1991, nonché della successiva normativa emanata in materia ed in particolare dall'art.1 della Legge n. 662/1996, si ribadisce l'incompatibilità assoluta del personale dipendente dal SSN, nonché del restante personale che comunque intrattiene rapporti con il SSN, a prestare la propria attività nei confronti di MCH.

Si precisa che le attività dettagliate al precedente Art.3, svolte, in orario di servizio, presso la struttura di MCH dal personale dipendente dell'AUSL di Imola (vedasi elenco in **Allegato 1**)

riguardano specifici programmi aziendali per i quali l'integrazione con la struttura privata accreditata garantisce continuità assistenziale nell'ambito dei percorsi di cura. Pertanto, tali attività, conformemente a quanto stabilito nell'accordo per il triennio 2013-2015 tra Regione Emilia-Romagna ed AIOP di cui alla Deliberazione n. 633/2013, non risultano in conflitto con le disposizioni vigenti in materia di incompatibilità.

## **ART. 12. ACCESSO ALLE CURE**

---

Il limite di budget concordato non può essere utilizzato quale strumento per discriminare il ricovero dei pazienti e tanto meno per effettuare pressioni al ricovero verso l'AUSL di residenza. I meccanismi legati alla remunerazione ed alle penalità non devono in nessun caso essere oggetto di trattativa con i pazienti stessi, ai fini di facilitarne o meno l'accesso. I meccanismi di applicazione economica del contratto di fornitura non possono essere utilizzati quale sistema di "blocco" dei ricoveri.

MCH, conoscendo anticipatamente il budget, con l'eccezione degli invii diretti che comunque vengono salvaguardati, deve gestire una programmazione dei ricoveri che non può e non deve prevedere la chiusura di una attività in riferimento alla carenza di budget.

Qualora la programmazione dei ricoveri dovesse determinare l'insorgenza di liste di attesa, occorre che siano definiti criteri di gestione delle stesse, rispettosi della disciplina disposta a livello regionale e dei correlati criteri di priorità nel soddisfacimento della domanda.

Si precisa inoltre che, gli invii diretti, da parte dell'AUSL di Imola, rappresentano la maggioranza dei ricoveri e la quasi totalità delle prestazioni ambulatoriali; si ritiene pertanto che quanto descritto al primo e secondo capoverso di cui sopra, competa prevalentemente ai professionisti dell'AUSL di Imola, non potendo MCH sottrarsi all'obbligo contrattuale di accettare comunque il paziente. E' di conseguenza impegno comune delle parti, monitorare costantemente i volumi di attività (fabbisogno) onde adeguare, se necessario, il budget proposto a MCH.

## **ART. 13. PRIVACY**

---

MCH e l'AUSL di Imola sono altresì tenute ad osservare i principi di cui alla normativa vigente in materia di tutela del diritto alla riservatezza del cittadino.

## **ART. 14. ARBITRATO**

---

La decisione di ogni controversia che dovesse insorgere tra le parti in relazione alle reciproche prestazioni oggetto del presente contratto ed al rispetto o all'interpretazione dell'articolato, sarà affidata ad un Collegio arbitrale composto di cinque membri, di cui due nominati dalla parte pubblica, due dalla parte privata ed il quinto, con funzione di presidente, nominato all'unanimità dai primi quattro.

In caso di mancato accordo tra loro, il Presidente del Collegio arbitrale sarà nominato dall'Assessore regionale alla Sanità in conformità a quanto indicato dall'Accordo regionale.

Il Collegio decide sulle controversie in via definitiva e potrà essere adito anche su iniziativa di una sola delle parti.

#### **ART. 15. SERVIZI E FUNZIONARI RESPONSABILI**

---

Ciascuna delle parti individua un responsabile del monitoraggio e della verifica relativa agli aspetti della appropriatezza dell'accesso, dei processi di cura e della qualità complessiva dell'attività svolta. A tale scopo periodicamente, i ricoveri effettuati verranno sottoposti ad audit clinico. Dovranno inoltre essere svolte indagini a campione sulle esperienze di cura dei pazienti.

Tali professionisti saranno inoltre responsabili delle eventuali modifiche che si dovessero rendere necessarie in seguito ad eventi potenzialmente in grado di rendere problematico il raggiungimento degli obiettivi quali-quantitativi del presente accordo.

I Servizi deputati al monitoraggio e al controllo del presente contratto sono per parte pubblica l'Ufficio Controlli (staff della Direzione Sanitaria dell'AUSL) ed il Centro Servizi Ambulatoriali.

#### **ART. 16. DURATA**

---

Il presente accordo, **dal punto di vista normativo**, decorre dal 1 Gennaio 2014 e ha validità fino al 31 Dicembre 2014, tacitamente rinnovato per l'anno successivo e salvo disdetta comunicata almeno tre mesi prima della scadenza mediante raccomandata A.R. da una all'altra parte. Sono possibili eventuali variazioni dei volumi e della tipologia di attività in relazione agli esiti dei monitoraggi periodici.

**In merito ai tetti economici**, è facoltà del committente rimodulare annualmente i piani di fornitura, sulla base delle modifiche sopravvenenti in ambito clinico e/o organizzativo, condividendo comunque tale rimodulazione con MCH. Tale rivalutazione emerge anche dagli eventuali aggiornamenti tariffari espressamente deliberati a livello regionale e che il presente accordo intende applicati in tutti gli ambiti di erogazione delle prestazioni sanitarie (degenze/ambulatoriale).

L'accordo in caso di mancata disdetta da comunicare per iscritto e in modo motivato almeno 6 mesi prima della scadenza, si considererà automaticamente rinnovato per pari periodo. Potrà inoltre essere modificato in qualsiasi momento alla luce di specifiche e motivate esigenze di pubblico interesse ed in tal caso le parti si incontreranno per valutare e concordare le eventuali modificazioni da apportare al presente accordo.

#### **ART. 17. REGISTRAZIONE E SPESE CONTRATTUALI**

---

Il presente accordo redatto in triplice originale è soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art.5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986 n.131.



## **ART. 18. PREMESSA E ALLEGATI**

---

La premessa e gli allegati costituiscono una componente essenziale del presente accordo contrattuale.



## PARTE GENERALE SAN PIER DAMIANO HOSPITAL

Premesso:

- che gli obiettivi del precedente accordo contrattuale in vigore fino al 31.12.2013 sono stati pienamente conseguiti per tipologia e volumi di prestazioni;
- che l'AUSL intende consolidare i presupposti per poter realizzare il governo clinico delle attività sanitarie commissionate a SPDH, mediante un accordo integrativo a quello regionale AIOF, prevedendo un budget di attività complessivo e un orientamento della produzione verso prestazioni strategiche per l'AUSL;
- che l'AUSL ribadisce l'importanza di un migliore utilizzo delle risorse pubbliche e private esistenti nel territorio, al fine di razionalizzarne l'uso, nell'interesse dei pazienti assistiti e riconosce SPDH quale centro di riferimento per le attività oggetto del presente contratto;
- che il regime delineato a livello nazionale con l'entrata in vigore del D.Lgs. 502/92, come successivamente emendato, indica la possibilità e la convenienza di dar corso a rapporti di collaborazione tra pubblico e privato volti ad assicurare prestazioni sanitarie adeguate, integrando e razionalizzando l'uso delle risorse esistenti e che lo stesso accordo generale fra la Regione Emilia-Romagna e l'AIOF auspica accordi integrativi finalizzati all'individuazione dei bisogni prioritari dei territori di pertinenza delle singole strutture;
- che l'AUSL intrattiene con SPDH un rapporto fondato sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte delle prestazioni rese, sul criterio dell'accreditamento delle strutture, sulle modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione dei sistemi di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate;
- che l'accordo regionale con le Associazioni AIOF tende a favorire l'integrazione delle funzioni e l'individuazione del budget annuale di riferimento per le attività di ricovero ospedaliero nelle strutture private, all'interno del quale le Aziende USL definiscono i contratti aziendali con il coinvolgimento delle strutture sanitarie operanti anche al di fuori dell'ambito aziendale, per importi di spesa storica superiore a €. 250.000;
- che SPDH, consapevole delle responsabilità che le competono quale istituzione sanitaria accreditata e compatibilmente con l'autonomia propria di ogni soggetto privato, è disponibile a collaborare attivamente al fine di contribuire al soddisfacimento delle esigenze economiche ed organizzative connesse con i servizi oggetto del presente accordo;
- che la valutazione del fabbisogno di prestazioni che ad oggi vengono erogate a cittadini dell'AUSL al di fuori dei suoi presidi sanitari, permette a quest'ultima non solo una programmazione della propria spesa ma altresì un rilevante contenimento dei costi, avendo SPDH accettato una verifica continua dell'erogazione delle prestazioni mediante monitoraggio dell'attività e dei fatturati, impegnandosi a rispettare i volumi di attività previsti dal fabbisogno

ed impegnandosi ad effettuare prestazioni appropriate e funzionali al recupero della mobilità extra-AUSL, sempre nell'ottica degli obiettivi aziendali di governo clinico;

- che, lo scenario di programmazione del presente accordo dovrà riflettere anche gli indirizzi applicativi che deriveranno dalla prossima revisione del Piano Strategico e Attuativo Locale 2010-2013 dell'AUSL. Pertanto l'accordo di fornitura con SPDH rappresenta uno strumento di attuazione degli obiettivi del Piano Strategico e Attuativo Locale.
- che l'assetto negoziale ha garantito una sostanziale certezza del budget di riferimento per SPDH, nel rispetto dei principi di programmazione e di costituzione di un sistema misto pubblico-privato, nella organizzazione dei servizi e nell'erogazione di prestazioni sanitarie, concretizzando il principio della libera scelta del cittadino, in un quadro di integrazione progressiva e di sussidiarietà fra pubblico e privato accreditato e di realizzata compatibilità finanziaria;
- che il presente accordo di collaborazione non configura alcuna ragione di incompatibilità con riferimento alle attività oggetto del presente accordo svolte dai medici ospedalieri preposti all'esecuzione delle stesse;
- che l'AUSL intende consolidare i presupposti per poter realizzare il governo clinico delle attività sanitarie commissionate a SPDH, mediante un accordo integrativo a quello regionale AIOP, prevedendo un budget di attività complessivo e un orientamento della produzione verso prestazioni strategiche per l'AUSL;
- che l'AUSL ribadisce l'importanza di un migliore utilizzo delle risorse pubbliche e private esistenti nel territorio, al fine di razionalizzarne l'uso, nell'interesse dei pazienti assistiti e riconosce SPDH quale centro di riferimento per le attività oggetto del presente contratto;
- che SPDH collabora al raggiungimento di quanto declinato nella Circolare n.21/2014 "Politiche di miglioramento dell'accessibilità alle cure specialistiche di cui alla DGR n. 1735 'Misure per l'attuazione della delibera di giunta regionale 24 febbraio 2014, n. 217, concernente linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2014': prime indicazioni operative alle Aziende sanitarie". Nella fattispecie SPDH dovrà collaborare attivamente con l'AUSL nel governare quanto definito relativamente ai Percorsi di Garanzia relativi all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale attraverso l'attivazione del percorso di salvaguardia dei Tempi Massimi di Attesa per le prestazioni di ecocolordoppler dei tronchi sovraortici ed arteriosi periferici, visite oculistiche, visite dermatologiche, ecografie osteoarticolari e muscolo tendinee, ecografie dell'addome, radiologia tradizionale ed eventuali ulteriori prestazioni critiche, da concordare con la struttura;

**LE PARTI CONVENGONO**





di regolamentare i rapporti in materia di fornitura di prestazioni ospedaliere sulla base del presente accordo contrattuale e del seguente articolato. La presente intesa sostituisce integralmente la precedente disciplina pattizia.

## **ART. 1. OGGETTO**

---

L'accordo contrattuale individua preventivamente per SPDH volumi massimi di prestazioni, distinte per tipologia e per modalità di assistenza, da assicurare ai cittadini residenti nell'AUSL di Imola in modo da contribuire al soddisfacimento dei bisogni assistenziali specifici e da assicurare l'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale ricomprese, a norma delle disposizioni nazionali e regionali vigenti, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, in quanto necessarie ed appropriate.

L'accordo contrattuale individua dei piani preventivi di attività ospedaliere e ambulatoriali valevoli per l'anno 2014, valorizzati alle tariffe vigenti, riportati per esteso nel piano di committenza definito nell'**Allegato 6** e da sottoporre annualmente a revisione.

Il piano di committenza di cui all'**Allegato 6** definisce anche il budget economico complessivo per le attività di ricovero e per l'assistenza specialistica ambulatoriale, per le quali non saranno accolte richieste di conguaglio per superamento, a consuntivo, del budget economico complessivo previsto dal presente accordo.

L'accordo contrattuale definisce inoltre i requisiti del servizio da rendere in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempestività di erogazione, continuità assistenziale, il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente rese, il debito informativo per il monitoraggio dell'accordo di fornitura e le procedure per i controlli esterni.

Il budget economico di riferimento è fissato nel rispetto dei livelli di spesa definiti dalla DGR 217/2014 "Linee di Programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014", e dalla DGR 517/2013 "Approvazione del verbale di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e AIOP Emilia-Romagna";

L'accordo contrattuale stabilisce, la quantità e la tipologia di prestazioni da fornire in via prioritaria ed in conformità ai piani di attività locali, restando impregiudicato il quadro del livello tecnologico-professionale e la diversificazione specialistica dell'ospedale, che resta abilitata, al di fuori della presente intesa, ad erogare prestazioni per tutte le funzioni ospedaliere ed ambulatoriali accreditate.

## **ART. 2. PRINCIPI ISPIRATORI E OBIETTIVI**

---

Si rimanda all'art. 2 dell'accordo di MCH sopraccitato.

Per ciò che attiene specificamente SPDH si definisce che:

- o **l'integrazione di SPDH nella rete sanitaria dei servizi dell'AUSL**, e la definizione precisa del suo ambito di intervento, circoscritto alle attività diagnostico-terapeutiche e specialistiche riportate nei piani di produzione in allegato;
- o lo sviluppo dell'offerta di quelle forme assistenziali quali il Day Surgery e la chirurgia ambulatoriale che rendono possibile una **specializzazione delle risposte assistenziali** in funzione delle specifiche caratteristiche di bisogno.

## ART. 3. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CORRISPETTIVI

---

Il piano preventivo delle attività di ricovero vincola SPDH alla specifica produzione prestazionale; fatti salvi i casi di invio diretto o autorizzati in deroga, non sarà previsto alcun rimborso per i ricoveri non contemplati nell'allegato piano di produzione (**Allegato 6**). Le parti concordano inoltre che le prestazioni in regime di ricovero siano erogate alle seguenti condizioni e secondo le modalità descritte di seguito.

3.1) L'attività di **riabilitazione intensiva** (cod. min. 56) ha per oggetto il trattamento di soggetti in fase di post acuzie ed ha l'obiettivo di prevenire le menomazioni e le disabilità secondarie e di promuovere il massimo potenziale di recupero. In particolare l'attività è diretta al recupero di disabilità importanti e modificabili, che richiedono un elevato impegno terapeutico riferibile ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica, che impegna il personale tecnico sanitario della riabilitazione e quello infermieristico - quali fisioterapisti, logopedisti, infermieri professionali - per almeno 5 giorni alla settimana con un trattamento individuale di almeno 3 ore giornaliere. È caratterizzata da una elevata attività di assistenza, nell'ambito di un progetto globale individualizzato e da una durata della degenza di norma inferiore a 60 giorni.

Si conviene che le categorie diagnostiche oggetto di committenza specifica siano le seguenti:

- ⇒ Esiti di ictus cerebri ischemico ed emorragico post acuzie
- ⇒ Esiti di cerebrolesioni da malformazioni vascolari
- ⇒ Esiti di politrauma dello scheletro e degli arti

Per quanto riguarda le modalità di invio a SPDH, il medico fisiatra dell'AUSL che ha in carico il paziente ricoverato presso il Presidio Ospedaliero di Imola, formula una richiesta di trasferimento del paziente alla struttura privata.

Il medico fisiatra dell'AUSL fornisce indicazioni di massima circa il quadro clinico, la valutazione funzionale ed il progetto riabilitativo individuale richiesto a SPDH, in continuità con i trattamenti già avviati nella prima fase di post-acuzie, fatta salva l'autonomia professionale del corpo medico dell'ospedale privato. Il medico fisiatra dell'AUSL prende contatto con il medico referente per SPDH e si accorda per il trasferimento del paziente.

Al momento del trasferimento il medico fisiatra dell'AUSL predisporrà:

- a) proposta di ricovero su ricettario del SSN;
- b) lettera di dimissione del reparto inviante;
- c) relazione fisiatrica alla dimissione (contenente informazioni sul progetto riabilitativo avviato e la sua presumibile durata) ed eventuali ulteriori documenti sanitari necessari ad informare i colleghi di SPDH sullo stato clinico del paziente;

Almeno una settimana prima dalla dimissione del paziente, SPDH ne darà comunicazione al responsabile della U.O. di R.R.F. di Imola, in tempo utile per programmare il controllo ambulatoriale post-dimissione e per assicurare continuità nella presa in carico del paziente in regime ambulatoriale. All'atto della dimissione, una copia della lettera di dimissione dovrà essere inoltrata al medico di medicina generale ed una copia consegnata al paziente, in modo che sia possibile per il fisiatra dell'AUSL prenderne visione nel momento della visita di controllo post dimissione. La lettera di dimissione deve contenere elementi di valutazione delle condizioni cliniche del paziente e dello stato di raggiungimento del programma riabilitativo.

Terminato il progetto riabilitativo, qualora il paziente non possa essere dimesso per motivi di ordine clinico o sociale, SPDH ne darà comunicazione al responsabile della U.O. di R.R.F. dell'Azienda USL, al fine di pervenire ad idonee soluzioni.

Per i pazienti affetti da patologie a carattere riabilitativo intensivo i fisiatra dell'AUSL potranno accedere a SPDH, previo accordo fra le parti, al fine di verificare l'evoluzione del caso clinico. Il medico fisiatra dell'AUSL potrà richiedere una valutazione congiunta del paziente con il collega della struttura privata, finalizzata alla definizione del grado di raggiungimento degli obiettivi riabilitativi previsti.

Poiché in tale disciplina vengono ricomprese attività ad invio diretto da parte degli specialisti ospedalieri dell'Azienda, qualora il budget complessivo venga superato, l'eventuale sfioramento del corrispettivo economico definito in **Allegato 6** per la disciplina è da considerarsi extra-budget.

3.2) L'attività di **chirurgia generale e ortopedia** ha per oggetto gli interventi per ernia, legature e stripping di vene, interventi su ano e stoma, colecistectomie, interventi vari su naso, bocca gola e orecchio, interventi sul ginocchio, anca, mano, spalla di cui all'allegato piano di fornitura.

Le Unità Operative di Chirurgia Generale e di Ortopedia del Presidio Ospedaliero di Imola provvederanno a selezionare i casi candidabili alla esecuzione dell'intervento chirurgico presso la struttura privata, fra quelli inclusi nelle proprie liste di attesa.

In tutti i casi sarà fatta valere la scelta del luogo di cura da parte del paziente e saranno rispettati i criteri di priorità di scorrimento delle specifiche liste di attesa gestite dalle suddette unità operative.

Sarà offerta ai pazienti in attesa la possibilità di effettuare l'intervento chirurgico presso SPDH in tempi più contenuti rispetto a quelli previsti per il Presidio di Imola, con sottoscrizione del consenso dell'avente diritto; con periodicità di norma mensile verranno trasmessi all'ospedale privato gli elenchi dei pazienti eleggibili all'intervento.

Sono ovviamente commissionati, oltre all'intervento, gli accertamenti connessi al periodo pre e post-operatorio.

Nel caso in cui la capacità produttiva dell'Ospedale Privato non sia completamente saturata con l'invio di pazienti dall'AUSL, SPDH provvederà in piena autonomia a programmare i ricoveri, tenendo conto delle tipologie prestazionali commissionate (in quanto particolarmente critiche per l'AUSL in termini di tempi di attesa), i principi di appropriatezza prestazionale ed il rispetto del budget di riferimento.

3.3) L'attività di **medicina e lungodegenza** ha per oggetto casi inviati direttamente dal Pronto Soccorso e dai reparti internistici del presidio ospedaliero di Imola.

Nel caso in cui la capacità produttiva dell'Ospedale Privato non sia completamente saturata con l'invio di pazienti dall'AUSL, SPDH provvederà in piena autonomia a programmare i ricoveri, fatti salvi i principi di appropriatezza prestazionale ed il rispetto del budget di riferimento. Alle prestazioni di ricovero oggetto del presente contratto sarà applicata la disciplina tariffaria vigente.

3.4) L'attività di **terapia intensiva, per la quale attualmente non è previsto un piano di committenza**, ha per oggetto eventuali casi inviati direttamente dagli specialisti ospedalieri dell'AUSL di Imola. **Le parti concordano che la tariffa giornaliera onnicomprensiva di ricovero di terapia intensiva è di € 687,67.**

Si specifica che, secondo quanto sancito all'interno dell'accordo AIOP-ARIS 2011-2014 (DGR 1920/2011), al punto B.6.3. I meccanismi di penalità di cui sopra non operano per prestazioni in degenza il cui accesso è stato richiesto dalla struttura pubblica regionale inviate, ovunque ubicata (assimilate pertanto a prestazioni extra-budget)...", le parti concordano che a cadenza trimestrale vengano individuati i casi inviati direttamente dall'AUSL di Imola e definiti quindi gli importi da considerare extrabudget e non soggetti al meccanismo di penalità.

Qualora i budget definiti per la disciplina di RRF e Terapia Intensiva venissero superati a seguito di invii diretti dall'AUSL di Imola, gli importi che eccedono sono da considerarsi in aggiunta al budget economico complessivo del presente accordo e non soggetti al meccanismo di penalità regionale.

L'attività **ambulatoriale** contiene all'interno le prestazioni previste dal Percorso di Garanzia dell'AUSL di Imola per l'attività specialistica ambulatoriale (visite oculistiche, visite dermatologiche, ecocolordoppler TSA e arteriosi periferici, ecografia dell'addome e osteoarticolari/ muscolo

tendinee, radiologia tradizionale). Alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto del presente contratto sarà applicato il tariffario vigente relativo alle attività ambulatoriali, deliberato dalla Regione Emilia-Romagna.

---

#### **ART. 4. FATTURAZIONE E PAGAMENTI**

---

Si rimanda all'art. 5 dell'accordo di MCH sopraccitato.

---

#### **ART. 5. CONTROLLI**

---

Si rimanda all'art. 10 dell'accordo di MCH sopraccitato.

---

#### **ART 6. INCOMPATIBILITÀ**

---

Si rimanda all'art. 11 dell'accordo di MCH sopraccitato.

---

#### **ART 7. ACCESSO ALLE CURE**

---

Si rimanda all'art. 12 dell'accordo di MCH sopraccitato.

---

#### **ART 8. PRIVACY**

---

Si rimanda all'art. 13 dell'accordo di MCH sopraccitato.

---

#### **ART. 9. ARBITRATO**

---

Si rimanda all'art. 14 dell'accordo di MCH sopraccitato.

---

#### **ART. 10. SERVIZI E FUNZIONARI RESPONSABILI**

---

Si rimanda all'art. 15 dell'accordo di MCH sopraccitato.

---

#### **ART. 11. DURATA**

---

Si rimanda all'art. 16 dell'accordo di MCH sopraccitato.

---

#### **ART. 12. REGISTRAZIONE E SPESE CONTRATTUALI**

---

Si rimanda all'art. 17 dell'accordo di MCH sopraccitato.

---

#### **ART. 13. PREMESSA E ALLEGATI**

---

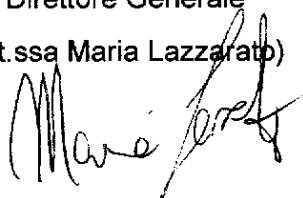
Si rimanda all'art. 18 dell'accordo di MCH sopraccitato.

Imola, 22 dicembre 2014

AUSL IMOLA

Il Direttore Generale

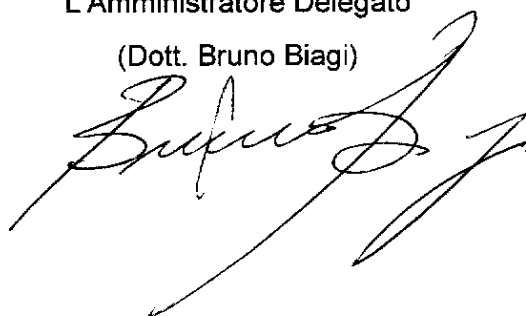
(Dott.ssa Maria Lazzarato)

Handwritten signature of Maria Lazzarato in black ink.

MARIA CECILIA HOSPITAL

L'Amministratore Delegato

(Dott. Bruno Biagi)

Handwritten signature of Bruno Biagi in black ink.

**ELENCO MEDICI DELL'AUSL DI IMOLA AUTORIZZATI A FREQUENTARE I SERVIZI E LE UNITA' OPERATIVE DI MARIA CECILIA HOSPITAL**

1. Dott. Roberto Leghissa – UOC Cardiologia
2. Dott. Matteo Degiovanni - UOC Cardiologia

Committenza Accordo di fornitura Maria Cecilia Hospital - anno 2014

BUDGET 1	Produzione anno 2012		Accordo 2013		Produzione anno 2013		Accordo 2014 (*)	
	n	€	n	€	n	€	n	€
Gruppo A1 BUDGET - Cardiologia e TAVI	59	€ 1.126.875	86	€ 1.625.000	104	€ 2.098.634	89	€ 1.800.000
Gruppo A2 CONTRATTO (*) di cui Coronarografia e rivascolarizzazione percutanea (*)	56	€ 342.869	23	€ 110.000	20	€ 98.773	65	€ 320.000
di cui Angioplastica Primaria (*)	56	€ 342.869	23	€ 110.000	20	€ 98.773	20	€ 100.000
								€ 220.000
Gruppo A3 BUDGET - Riabilitazione cardiologica di cui GGDD Riabilitazione	53 466	€ 107.283	52 520	€ 150.000	38	€ 114.503	27	€ 80.000
TOTALE GRUPPO A	115	€ 1.577.027	109	€ 1.885.000	124	€ 2.311.910	118	€ 2.200.000
Gruppo B1 BUDGET - Rivascolarizzazione non coronaria	49	€ 333.513	13	€ 70.000	12	€ 52.271	32	€ 140.000
Gruppo B2 - BUDGET Piede diabetico	31	€ 262.085	46	€ 300.000	48	€ 310.359	50	€ 325.000
TOTALE GRUPPO B	80	€ 595.597	59	€ 370.000	60	€ 362.630	77	€ 465.000
Gruppo C1 CONTRATTO - PM e ICD	17	€ 195.737	15	€ 90.000	15	€ 129.986	12	€ 100.000
Gruppo C2 BUDGET Ablazioni	27	€ 173.939	17	€ 130.000	12	€ 49.794	11	€ 45.000
TOTALE GRUPPO C	44	€ 369.675	32	€ 220.000	27	€ 179.780	22	€ 145.000
Gruppo D1 BUDGET - NCH - SNC compresa gamma knife	10	€ 76.469	11	€ 100.000	19	€ 173.107	20	€ 180.000
Gruppo D2 - CONTRATTO NCH periferica	13	€ 87.595	18	€ 100.000	12	€ 64.234	22	€ 120.000
TOTALE GRUPPO D	23	€ 164.064	29	€ 200.000	31	€ 237.341	39	€ 300.000
Gruppo E - BUDGET Miscellanea	4	€ 13.874	16	€ 15.000	15	€ 8.191	27	€ 15.000



Gruppo F CONTRATTO - Radioterapia	1	€ 2.933							€ 0
Gruppo G CONTRATTO - CH Toracica	8	€ 63.051	8	€ 80.000	10	€ 90.424	6	€ 50.000	
<b>TOTALE ACCORDO RER</b>	<b>275</b>	<b>€ 2.786.221</b>	<b>253</b>	<b>€ 2.770.000</b>	<b>267</b>	<b>€ 3.190.276</b>	<b>266</b>	<b>€ 3.175.000</b>	
di cui a BUDGET	180	€ 1.986.755	189	€ 2.240.000	210	€ 2.692.356	202	€ 2.585.000	
di cui a CONTRATTO	95	€ 692.185	64	€ 380.000	57	€ 383.417	88	€ 590.000	
Gruppo Y - CONTRATTO INTERVENTI GASTROINTESTINALI, ORTOPEDICIE UROLOGICI	7	€ 32.863	0						
Gruppo X - CONTRATTO Altri DRG medici	25	€ 44.169	0						
Gruppo Z - Fistole c/o Villa Torri	5	€ 12.500	0						
<b>TOTALE FUORI ACCORDO RER</b>	<b>37</b>	<b>€ 89.532</b>	<b>0</b>	<b>€ 0</b>	<b>0</b>	<b>€ 0</b>	<b>0</b>	<b>€ 0</b>	
<b>TOTALE BUDGET 1</b>	<b>312</b>	<b>€ 2.875.753</b>	<b>253</b>	<b>€ 2.770.000</b>		<b>€ 3.190.276</b>	<b>0</b>	<b>€ 3.175.000</b>	

	Produzione anno 2012 (12° invio)		Accordo 2013		Produzione anno 2013		Accordo 2014 (**)	
	n	€	n	€	n	€	n	€
Angioplastica primaria (**)		€ 764.656		€ 640.000		€ 535.057		€ 315.000
Coronarografia in emergenza (**)	0	€ 0						
PTCA ambulatoriale (**)	182	€ 1.115.812	150	€ 900.000		€ 1.268.575		€ 1.035.000
Coronarografie (**)	183	€ 89.785	225	€ 120.000				
PTA (indicare i distretti corporei)	56	€ 228.063	56	€ 220.000				
Valvuloplastica (VANNI IN BUDGET 1)	0	€ 0						
Angiografie	9	€ 2.550	16	€ 10.000				
<b>TOTALE BUDGET 2</b>	<b>430</b>	<b>€ 2.200.866</b>	<b>447</b>	<b>€ 1.890.000</b>	<b>0</b>	<b>€ 1.803.632</b>	<b>0</b>	<b>€ 1.350.000</b>

	Radioterapia	9.000	€ 711.557	7.500	€ 470.000	9.000	€ 606.385	€ 650.000
	Radioterapia ospedale	209	€ 35.373	200	€ 30.000	209		
<b>BUDGET 3</b>	<b>TOTALE BUDGET 3</b>	<b>9.209</b>	<b>€ 746.930</b>	<b>7.700</b>	<b>€ 500.000</b>	<b>9.209</b>	<b>€ 606.385</b>	<b>€ 650.000</b>
	Cardiologia (aritmologia)	620	€ 14.425	800	€ 10.000	620		
	Radiologia (Eco, TC, RM) progetto TC	165	€ 23.300	180	€ 30.000	165		
	Progetto TC							
	Altro	18	€ 725			18		
<b>BUDGET 4</b>	<b>TOTALE BUDGET 4</b>	<b>803</b>	<b>€ 38.450</b>	<b>980</b>	<b>€ 40.000</b>	<b>803</b>	<b>€ 37.767</b>	<b>€ 25.000</b>
	<b>TOTALE ACCORDO LOCALE</b>		<b>€ 2.986.246</b>		<b>€ 2.430.000</b>		<b>€ 2.447.784</b>	<b>€ 2.025.000</b>

NOTA DI ACCREDITO  
TOTALE AL NETTO DELLA  
NC

480.600,00

4.719.400,00

504.000,00

4.696.000,00

(\*): committenza dal 01.09.2014

(\*\*): committenza al 31.08.2014

**PROTOCOLLO PER IL TRATTAMENTO PRECOCE DELL'INFARTO MIOCARDICO ACUTO CON L'ANGIOPLASTICA CORONARICA****INTRODUZIONE**

La trombolisi coronarica (TBL) si è imposta quale trattamento standard dell'infarto miocardico acuto (IMA) nel corso degli anni 1980-1990 ma malgrado gli sviluppi farmacologici nell'ambito dei farmaci fibrinolitici una sostanziale quota dei pazienti (circa la metà) non raggiungono una ripercussione precoce e duratura dell'arteria responsabile dell'infarto. D'altra parte la riduzione della mortalità e del danno miocardico sono direttamente in rapporto con un pronto e completo ripristino del flusso coronarico. Questa limitazione della terapia fibrinolitica può essere parzialmente ovviata dall'associazione dei farmaci antiaggreganti piastrinici, più potenti dell'Aspirina e con sinergismo d'azione: questa possibilità terapeutica ha trovato conferma in alcuni studi pilota e randomizzati che hanno dimostrato come l'associazione tra fibrinolitico e inibitori della GP IIb/IIIa può costituire un vantaggioso passo avanti nella terapia dell'IMA ottenendosi una maggior percentuale di pervietà senza aumento significativo delle complicanze emorragiche. L'angioplastica coronarica nell'infarto miocardico acuto (PTCA primaria) si è dimostrata essere un valido e probabilmente superiore trattamento alternativo in svariati studi di cui il GUSTO IIb ed il PAMI sono gli esempi più consistenti. I dubbi iniziali che il vantaggio fosse soltanto ottenuto in certi sottogruppi di pazienti e soltanto in centri di eccellenza e ad elevato volume di attività è stato fugato da diversi lavori derivanti da meta-analisi dall'esame di registri internazionali e, recentemente, dagli studi DANAMI II, ATLANTIC C-PORT ed AIR-PAMI. Questi ultimi tre studi sono particolarmente rilevanti nei confronti della realtà italiana e in particolar modo in considerazione della struttura in rete nella sperimentazione proposta. Nel trial danese si è dimostrata la superiorità della PTCA primaria nei confronti della terapia trombolitica anche quando il trasporto del paziente da altri centri comportava un ritardo conseguente fino a 3h (le distanze dai centri referenti al centro di riferimento erano in media di 35 miglia con un massimo di 95 miglia). Inoltre, all'inizio del trial, tre dei cinque centri partecipanti non avevano mai avuto un programma attivo di PTCA primaria per il trattamento dell'IMA.

Ancora più incalzanti sono i dati del trial C-Port al quale hanno partecipato 11 ospedali del Maryland e del Massachussets in cui non solo non esisteva un programma di PTCA primaria all'inizio dello studio ma nessuno degli ospedali partecipanti aveva una cardiocirurgia in loco. Benché lo studio sia stato interrotto precocemente per mancanza di supporto economico, l'end-point composito (mortalità, recidiva di IMA e stroke) e la durata della degenza erano significativamente a favore della terapia con PTCA primaria.

Infine benché il trattamento dell'IMA mediante rivascolarizzazione percutanea precoce costituisca un elemento in classe I delle linee guida dell'AHA/ACC sul trattamento dell'IMA, sono in corso di chiarimento altri problemi non ancora completamente definiti: il ruolo dell'angioplastica facilitata (procedura della terapia trombolitica con o senza associazione di inibitori GP IIb/IIIa), il vantaggio della PTCA "aggiuntiva", di "salvataggio" e "dilazionata" (definite come PTCA eseguite entro 90-150 min dalla TBL in caso di flusso TIMI 2/3, flusso TIMI 0/1, o PTCA eseguita > 150 min dopo TBL rispettivamente). Per quanto riguarda la PTCA "di salvataggio" i dati accumulati evidenziano che l'outcome dei pazienti sottoposti a PTCA "di salvataggio" per TBL fallita è accettabile e sovrapponibile all'outcome della PTCA primaria.

L'associazione della TBL e degli inibitori della GP IIb/IIIa alla PTCA ha molte attrattive da un punto di vista farmacologico, fisiopatologico e clinico. L'efficacia di un simile trattamento non ha ancora trovato una chiara dimostrazione benché vi sia un progressivo accumulo di dati scientifici che indicano che questa è la strada. L'anacronismo dei disegni del trial, secondaria al tempo necessario per l'implementazione del trial stesso e per il reclutamento e osservazione dell'outcome dei pazienti, rispetto alla veloce evoluzione tecnologica e farmacologica è il principale motivo del ritardo con cui si cerca di fare strada all'evidenza della superiorità della terapia ripercusiva con la combinazione di trombolitico, inibitore della GP IIb/IIIa e PTCA (si veda, per esempio, la percentuale di uso di stent e di inibitori della GP IIb/IIIa nei vari trial).

### **Protocollo**

La strategia proposta per i pazienti con IMA afferenti alla rete ospedaliera e territoriale del DEA della ASL di Imola e del Dipartimento Medico Chirurgico di Villa Maria Cecilia Hospital sarà articolata come di seguito specificato.

### **Popolazione**

Pazienti affetti da IMA che accedono alla rete dei servizi del DEA della ASL di Imola sia con mezzo proprio sia mediante il 118.

La diagnosi elettrocardiografica e le decisioni conseguenti saranno compito del medico del 118 e del cardiologo dell'UTIC. In caso contrario la diagnosi ECG e le decisioni terapeutiche saranno compito del cardiologo che fa il consulto in PS.

### **Inclusione nel protocollo di trattamento invasivo**

I pazienti candidati al protocollo di trattamento con rivascolarizzazione percutanea dovranno eseguire al momento della prima visita (in PS oppure al domicilio o sul territorio, quando sarà attivo il sistema di accesso alla rete tramite 118):

1. Breve raccolta delle notizie cliniche sulla Scheda Accettazione Paziente (su modello condiviso tra AUSL Imola – Dipartimento Cardio-Vascolare Villa Maria Cecilia);
2. ECG entro 10 minuti;
3. Posizionamento di ago-cannula venosa nel braccio sinistro;
4. Prelievo ematico per: emogramma completo, PT, PTT, creatinina, CPK, MB-massa, troponina.
5. Consulto cardiologico entro 15 minuti.

Se la diagnosi di IMA è confermata viene somministrata la terapia iniziale (vedi dopo) e se i criteri di inclusione nel protocollo (vedi dopo) sono soddisfatti, il cardiologo consulente contatta il medico intensivista di Villa Maria Cecilia Hospital al fine di confermare l'invio del paziente che verrà accettato in UTI. Vengono così attivati il team reperibile del laboratorio di emodinamica e l'anestesista rianimatore, di Villa Maria Cecilia Hospital.

### **CRITERI DI INCLUSIONE**

**(necessaria una condivisione generale tendendo conto della letteratura e dello sviluppo del modello organizzativo)**

#### **Proposta**

- Nessuna limitazione di età ad eccezione del caso di pazienti di età  $\geq 75$  anni se si esegue una PTCA FACILITATA: in caso di pazienti di età  $\geq 75$  anni si deve comunque dare la preferenza alla PTCA PRIMARIA anche se il tempo door (diagnosi)-to-balloon è  $> 90$  minuti.
- Tempo dall'inizio dei sintomi deve essere  $\leq$  a 12 ore.
- Pazienti con controindicazioni alla trombolisi.
- Shock cardiogeno/insufficienza ventricolare sinistra.
- Precedente BPAC.
- ST sopralivellato  $\geq$  a 2 mm in almeno 5 derivazioni precordiali contigue.
- Segni/sintomi di ischemia residua dopo TBL a qualunque distanza di tempo dalla TBL.
- BBSx di presumibile nuova insorgenza associato a sintomi suggestivi di IMA.
- Informativa per trasferimento in altra struttura ospedaliera e informativa preliminare per autorizzazione, tramite consenso informato (presso VMCH), all'esecuzione di una procedura diagnostica/ interventistica.

### **PROTOCOLLO TERAPEUTICO**

Tutti i pazienti con diagnosi di IMA devono essere sottoposti alla seguente terapia:

- **ASPIRINA:** 500 mg di aspirina rapida masticabile oppure acetilsalicilato di lisina 500 mg ev. In caso di recente e manifesta intolleranza gastrica all'ASA si può ricorrere alla Ticlopidina al dosaggio di 250 mg ogni 12 h oppure, quando sarà a disposizione del SSN, Clopidogrel al dosaggio di 75 mg/die.
- **EPARINA** uno dei due seguenti trattamenti:
  1. Eparina non frazionata
    - 70 U/kg seguiti da infusione di 15 U/kg/h(per un pz > 70 Kg 5000 U seguiti da 1000 U/h; per un paziente di 80 KG 1200 U/h). Usualmente l'eparina viene continuata per 48h controllando la PA ogni 6 ore.
- **Nitroderivati/Betabloccanti/Aceinibitori e altri farmaci**, usualmente utilizzati nell'IMA, possono essere somministrati come da prassi.

I pazienti con severo shock cardiogeno o severa insufficienza ventricolare sinistra verranno trattati con IABP(contropulsazione aortico): il pallone del contropulsatore verrà posizionato prima dell'esecuzione della PTCA e l'assistenza meccanica protratta fino a quando sarà necessaria. Durante il periodo di assistenza meccanica il paziente sarà anticoagulato con eparina sodica mantenendo il valore di a PTT (misurato ogni 4-6 ore) a 1,5-2 volte il basale (o 50-70 sec).

Nel caso che dalla coronarografia risultino lesioni tali da richiedere un intervento chirurgico urgente, è opportuno che della procedura venga avvertita anche la Cardiocirurgia sino dalla attivazione del processo clinico-organizzativo.

**Pazienti in cui il tempo door (diagnosi)-to-balloon previsto e ≤ a 90 minuti, pazienti con controindicazioni alla trombolisi e pazienti che arrivano a > 6h dall'inizio dei sintomi (PTCA PRIMARIA).**

- **INIBITORI IIB/IIIA**
- **PTCA** con impianto di stent nella lesione colpevole.
- La terapia post-procedura è quella usuale delle PTCA elettive (ASA 300 mg per 1 mese ed in seguito al dosaggio preferiti dal medico curante indefinitamente; Ticlopidina 250 mg ogni 12 h per 1 o più mesi a seconda del tipo di stent impiantato, oltre alla terapia cardiologia decisa in reparto).
- Al termine della procedura coronarografica e/o di angioplastica coronarica, il paziente viene trasferito nel letto attrezzato dell'Unità Coronarica di Villa Maria Cecilia Hospital. Dopo discussione collegiale (cardiologo emodinamista che ha eseguito la procedura, cardiologi della Cardiologia di Imola, Colleghi Cardiochirurghi e Rianimatori) in base alle condizioni cliniche il paziente si decidono la tempistica e le modalità (ambulanza con o senza personale medico) del trasferimento presso L'UTI della Cardiologia dell'Ospedale di Imola.

**Pazienti in cui il tempo door (diagnosi)-to-balloon previsto è > 90 minuti: PTCA FACILITATA**

- Rt-PA (actilyse) 50 mg somministrati in 3 minuti in UTIC: se all'angiografia eseguita appena possibile si dimostra un flusso dell'arteria responsabile dell'IMA TIMI 3, si somministra un secondo bolo di 50 mg nel laboratorio di emodinamica e si rimanda la decisione di fare la PTCA a nuova angiografia dopo 5-7 giorni; se il flusso TIMI è 0-1-2 si esegue la PTCA immediatamente.

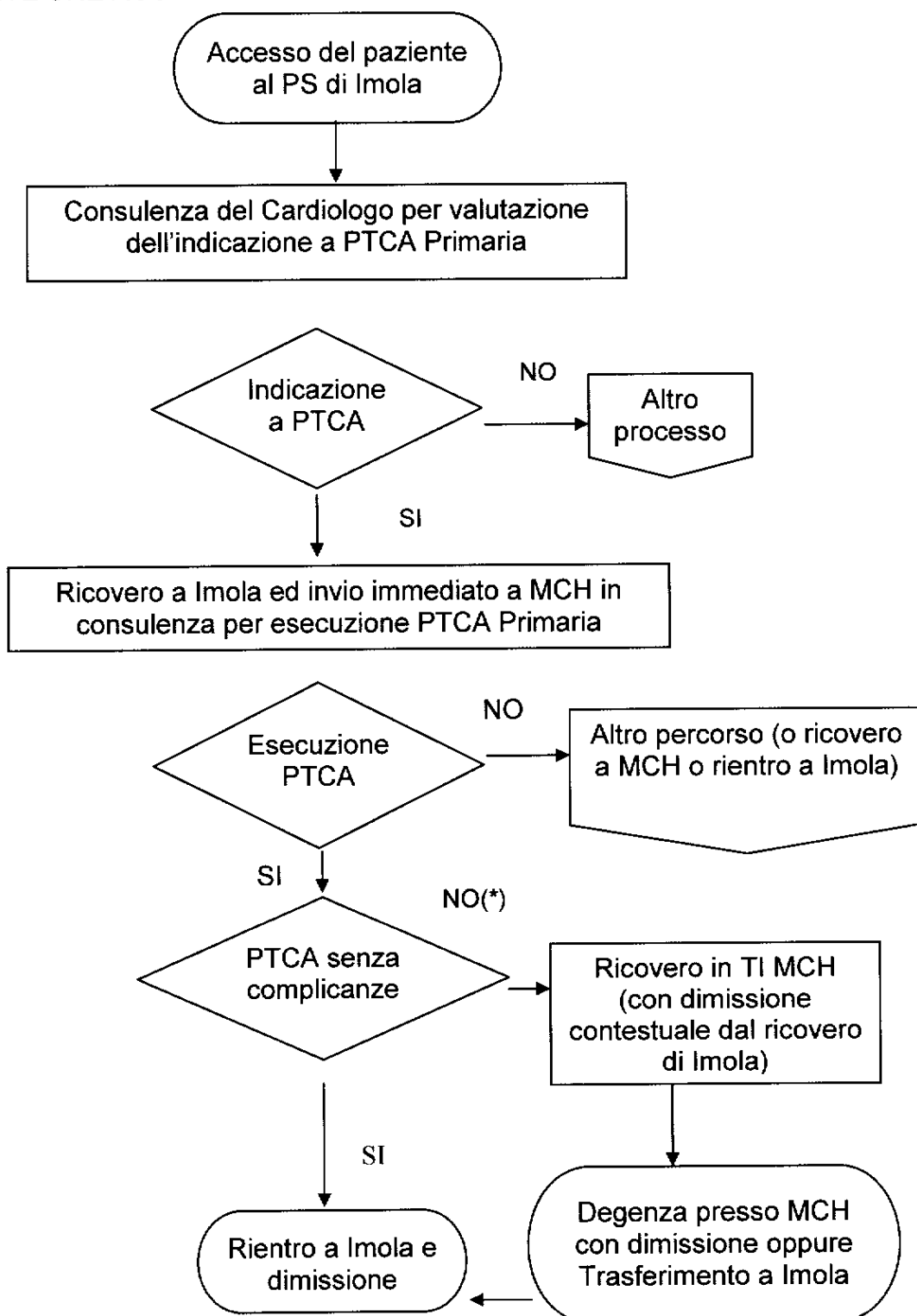
**Paziente con TBL fallita: PTCA RESCUE/DILAZIONATA**

- Pazienti non inclusi nel protocollo di rivascolarizzazione percutanea;
- Criteri (vedi definizioni dei criteri per TBL fallita) soddisfatti entro 90 min, dall'inizio della TBL (PTCA RESCUE) oppure segni/sintomi di ischemia > 150 min, dopo la TBL (PTCA DILAZIONATA);
- INIBITORI II A III B
- PTCA "appena possibile".

## FLOW-CHART PER LE PTCA PRIMARIE

### PERCORSO DI RICOVERO PER I PAZIENTI DA SOTTOPORRE AD ANGIOPLASTICA PRIMARIA

CASO 1): PAZIENTE CHE ACCEDE AL PRONTO SOCCORSO





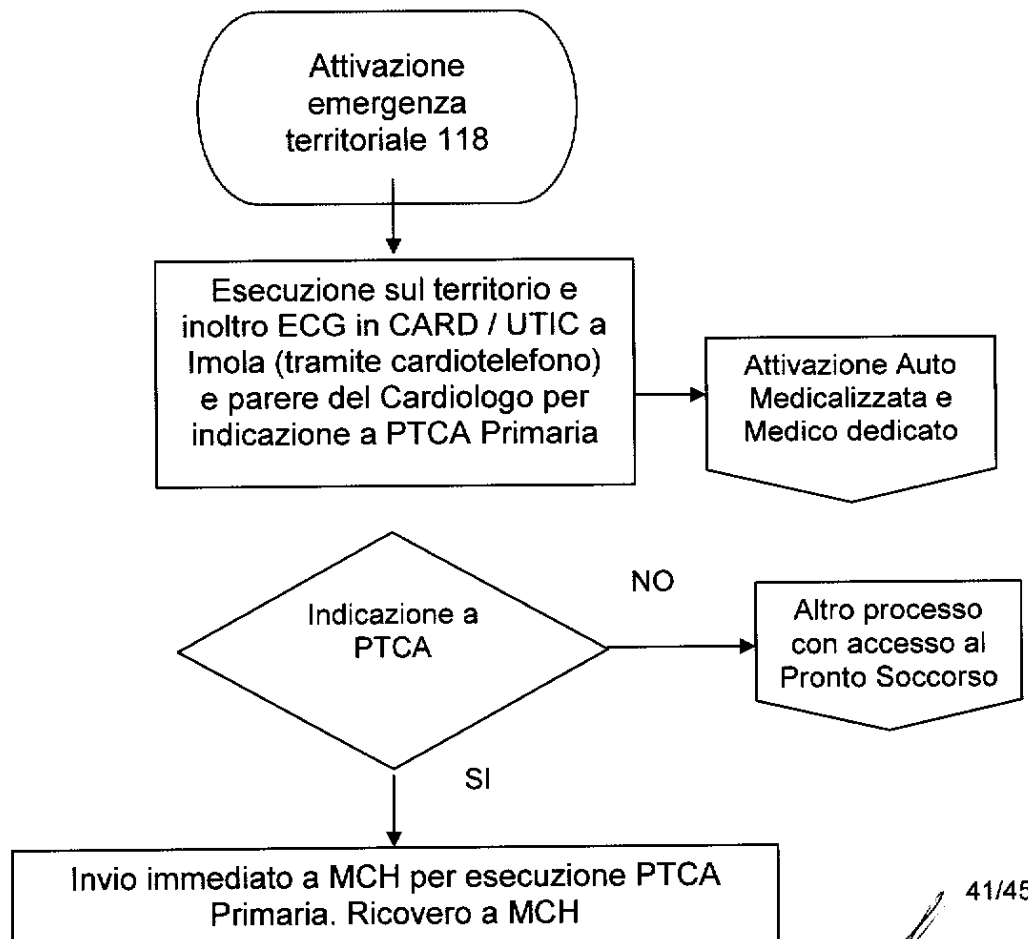
NO(\*) = complicanze che necessitano di osservazione maggiore di 6 – 8 ore o che impediscono il trasporto del paziente a Imola, oppure necessità di effettuare Intervento di By Pass Aorto Coronarico.

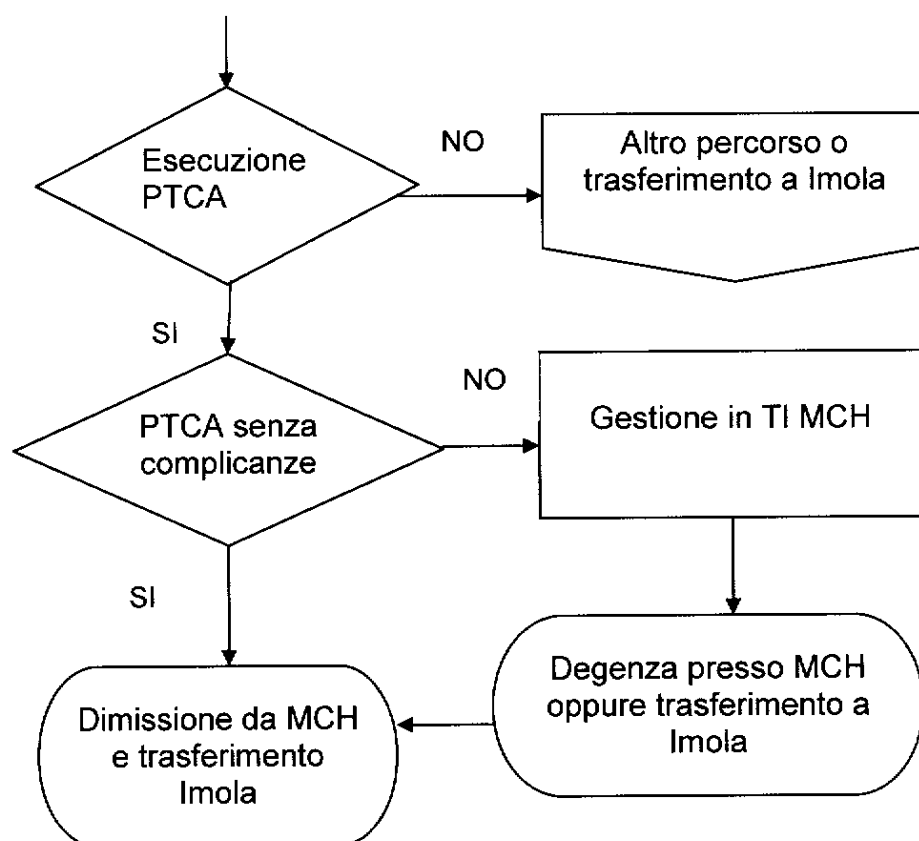
## CASO 1) PAZIENTE CHE ACCEDE AL PRONTO SOCCORSO

### Descrizione delle attività

- 1) Il paziente accede al Pronto Soccorso di Imola.
- 2) Il Cardiologo Consulente valuta il paziente per verificare l'indicazione alla PTCA Primaria.
- 3) Se non c'è indicazione alla PTCA Primaria, il paziente entra in un processo di cura diverso da quello della PTCA Primaria.
- 4) Se c'è indicazione alla PTCA Primaria, il paziente viene ricoverato presso l'ospedale di Imola e inviato tramite l'ambulanza del 118 a MCH per l'esecuzione della PTCA in regime di consulenza.
- 5) All'arrivo a MCH, se le condizioni sono ancora idonee, il paziente viene sottoposto a PTCA.
- 6) Qualora l'esecuzione della PTCA non presenti complicanze, il paziente dopo 6 – 8 ore viene trasferito a Imola tramite ambulanza. DIMISSIONE DA IMOLA.
- 7) Qualora al termine o durante la PTCA si verificano delle complicanze (necessità di osservazione o trattamento e che impediscono il trasporto del paziente a Imola entro 6 – 8 ore oppure necessità di effettuare Intervento di By Pass Aorto Coronarico), il paziente viene ricoverato a MCH, con dimissione contestuale da Imola: MCH comunica tramite fax alla Cardiologia di Imola, il Trasferimento presso Istituto di Cura Privato da indicare sulla Dimissione (Cartella Clinica e SDO) di Imola. DIMISSIONE DA MCH OPPURE TRASFERIMENTO A IMOLA.

## CASO 2): PAZIENTE SOCCORSO DAL 118 SENZA ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO





## CASO 2): PAZIENTE SOCCORSO DAL 118 SENZA ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

### Descrizione delle attività

- 1) Il paziente viene soccorso sul territorio dal 118 di Imola.
- 2) Gli Infermieri eseguono l'E.C.G. e lo inoltrano in Cardiologia / UTIC a Imola, con contestuale attivazione dell'Auto Medicalizzata.
- 3) Il Cardiologo Consulente valuta le informazioni e l'E.C.G. per verificare l'indicazione alla PTCA Primaria.
- 4) Se non c'è indicazione alla PTCA Primaria, il paziente entra in un processo di cura diverso da quello della PTCA Primaria, con accesso in Pronto Soccorso.
- 5) Se c'è indicazione alla PTCA Primaria, il paziente viene inviato tramite l'ambulanza del 118 a MCH per l'esecuzione della PTCA in regime di ricovero. Il cardiologo di Imola invia via fax proposta di ricovero a MCH.
- 6) All'arrivo a MCH, qualora le condizioni siano aggravate o non rendano più possibile l'esecuzione della PTCA, il paziente segue un percorso di cura diverso.
- 7) All'arrivo a MCH, se le condizioni sono ancora idonee, il paziente viene sottoposto a PTCA.
- 8) Una volta effettuata la prestazione ed un eventuale periodo di degenza in TI di MCH, il paziente viene dimesso da MCH e trasferito a Imola per proseguimento della degenza.

<b>INDICATORI DI MONITORAGGIO ANDAMENTO DELL'ACCORDO CON MARIA CECILIA HOSPITAL</b>
---

Ad integrazione dei controlli definiti dal "Piano annuale dei controlli (PAC) ex Delibera di Giunta Regionale N. 354/2012". e dalla DGR 633/2013, nonché degli indicatori previsti dalla DGR 1802/2011 "Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture cardiologiche con posti letto e degli ambulatori cardiologici", l'Azienda USL di Imola ritiene importante il monitoraggio di alcuni indicatori di efficacia clinica, di seguito elencati.

**1. TASSO DI ESECUZIONE DI PTCA NELLA POPOLAZIONE RESIDENTE AZIENDA USL IMOLA (per 1.000 abitanti)**

Standard: tasso calcolato sui residenti della Provincia di Bologna e della Regione Emilia Romagna, nello stesso periodo di rilevazione.

Rilevazione: annuale

Fonte dei dati: reportistica periodica di Maria Cecilia Hospital e Sistema Informativo Regione Emilia Romagna

Chi rileva: AUSL di Imola

**2. TASSO DI ESECUZIONE SULLO STESSO PAZIENTE DI UNA SUCCESSIVA PTCA ENTRO 60 GIORNI DALL'ESECUZIONE DELLA PRIMA PTCA, NELLA POPOLAZIONE RESIDENTE AZIENDA USL IMOLA (per 1000 abitanti).**

Standard: tasso calcolato sui residenti della Provincia di Bologna e della Regione Emilia Romagna, nello stesso periodo di rilevazione.

Rilevazione: annuale

Fonte dei dati: reportistica periodica di Maria Cecilia Hospital e Sistema Informativo Regione Emilia Romagna

Chi rileva: AUSL di Imola

**3. TASSO DI ESECUZIONE DI INTERVENTI DI BY PASS AORTO CORONARICO NELLA POPOLAZIONE RESIDENTE AZIENDA USL IMOLA (per 1000 abitanti).**

Standard: tasso calcolato sui residenti della Provincia di Bologna e della Regione Emilia Romagna, nello stesso periodo di rilevazione.

Rilevazione: annuale

Fonte dei dati: reportistica periodica di Maria Cecilia Hospital e Sistema Informativo Regione Emilia Romagna

Chi rileva: AUSL di Imola

**4. TASSO DI ESECUZIONE SULLO STESSO PAZIENTE UN SUCCESSIVO INTERVENTO DI BY PASS AORTO CORONARICO ENTRO 3 MESI DAL PRIMO INTERVENTO, NELLA POPOLAZIONE RESIDENTE AZIENDA USL IMOLA.**

Standard: raggiungimento e mantenimento dei valori relativi ai residenti in Provincia di Bologna e in Regione Emilia Romagna.

Rilevazione: annuale

Fonte dei dati: Sistema Informativo Regione Emilia Romagna.

Chi rileva: AUSL di Imola

**Accordo di fornitura San Pier Damiano Hospital - COMMITTENZA 2014**

SPDH	Accordo 2013		Produzione 2013		Accordo 2014	
	N	Euro	N	Euro	N	Euro
<b>Disciplina</b>						
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	80	€250.000	80	€323.578	80	€315.000
RECUPERO E RIABILITAZIONE	10	€200.000	11	€193.421	5	€90.000
OTORINOLARINGOIATRIA	40	€60.000	41	€58.281	42	€60.000
CHIRURGIA GENERALE	25	€40.000	24	€41.649	23	€40.000
MEDICINA GENERALE	14	€30.000	8	€28.265	9	€30.000
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10	€20.000	7	€15.259	9	€20.000
TERAPIA INTENSIVA	0	€0	0	€0	0	€0
OCULISTICA	0	€0	1	€1.070	0	€0
<b>TOTALE DEGENZA</b>	<b>179</b>	<b>€600.000</b>	<b>172</b>	<b>€661.523</b>	<b>168</b>	<b>€555.000</b>

SPDH	Accordo 2013		Produzione 2013		Accordo 2014	
	N	Euro (netto)	N	Euro (netto)	N	Euro (netto)
<b>Prestazione DM</b>						
Visita dermatologica	1032	€8.000	868	€7.129	1.000	€7.700
Visita oculistica	1812	€20.000	1.633	€18.318	1.705	€20.500
Eco addome	1250	€55.000	1.070	€48.136	1.200	€51.500
Ecodoppler arti inf	234	€8.000	244	€8.643	350	€12.000
Eco muscolotendinea/osteoartic.	998	€14.000	923	€14.968	955	€13.100
Eco TSA e capo e collo	1234	€35.000	1.139	€32.769	1.200	€33.200
<b>SUBTOTALE</b>	<b>6560</b>	<b>€140.000</b>	<b>5.877</b>	<b>€129.963</b>	<b>6.410</b>	<b>€138.000</b>
Rx torace	0	€0	22	€323	750	€9.750
TC addome e torace s/c contrasto	0	€0	0	€0	100	€11.300
UD TC distretti vari	0	€0	0	€0	140	€13.700
<b>TOTALE PERCORSO DI GARANZIA</b>	<b>6.560</b>	<b>€140.000</b>	<b>5.899</b>	<b>€130.285</b>	<b>7.400</b>	<b>€172.750</b>
Cataratte	33	€30.000	36	€32.659	41	€37.500
Angiografie oculari con fluorescina	6	€4.000	102	€3.219	63	€2.000
Liberazione tunnel carpale	6	€4.000	13	€8.137	8	€3.750

Riparazione di ernia	9	€9.000	10	€10.540	9	€10.000
Densitometrie ossee			384	€10.855	177	€5.000
RM			90	€13.688	53	€8.000
TC			0	€0	0	€0
RX			616	€7.554	326	€4.000
Altra ASA		€13.000	590	€5.941	199	€2.000
<b>TOTALE ASA</b>	<b>6.614</b>	<b>€200.000</b>	<b>7.740</b>	<b>€222.879</b>	<b>8.276</b>	<b>€245.000</b>

