

## ALLEGATO 1

### 1. MODALITÀ E CONTENUTO DELLA CONTRATTAZIONE

1.1 L'Azienda sanitaria (AS) procede alla stipula dei contratti annuali e pluriennali (in genere triennali) di fornitura di prestazioni in regime di specialistica ambulatoriale e di ricovero per acuti e post-acuti in regime ospedaliero per conto e a carico del Servizio Sanitario Provinciale (SSP) con gli erogatori privati, accreditati, dopo aver definito:

- il fabbisogno di prestazioni. Tale fabbisogno aziendale va elaborato a partire dai documenti di programmazione provinciale di medio lungo e di breve periodo, a carattere generale (quali il Piano Sanitario Provinciale, la delibera sul fabbisogno sanitario) e settoriale (quale il Piano della riabilitazione, la Rete dei disturbi alimentari, etc.), tenendo conto delle attività erogate dalle strutture direttamente gestite dall'azienda sanitaria e delle risorse economico-finanziarie disponibili.
- i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza, sicurezza, qualità, tempi di attesa, continuità assistenziale nel rispetto dei più generali requisiti per l'accreditamento;
- il volume massimo di prestazioni esternalizzabili, in coerenza con il fabbisogno programmato e le risorse disponibili;
- la qualità richiesta per le specifiche prestazioni sanitarie da erogare e le ulteriori caratteristiche peculiari;
- le strutture da convenzionare individuate, ai sensi dell'art. 8-quinquies comma 1-bis del D. Lgs. 502/1992, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte dell'Azienda sanitaria, di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione;
- i volumi massimi erogabili da ciascun contraente distinti per tipologia di assistenza. Nella definizione dei volumi massimi erogabili, l'Azienda dovrà basarsi sul fabbisogno prestazionale riferito ai pazienti residenti, tenendo conto anche di una quota fisiologica di accesso da parte dei pazienti non residenti, in virtù del principio di libera scelta della struttura da parte del paziente nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il tetto di spesa è unico e non può essere diversificato in base alla residenza del paziente;
- il corrispettivo per prestazione e per il complesso di prestazioni erogabili;
- i tetti di spesa preventivati a fronte delle attività concordate, quale limite massimo alla spesa sostenibile da parte dell'Azienda sanitaria;
- il debito informativo delle strutture per il monitoraggio degli accordi e le procedure per il controllo interno ed esterno, ad integrazione dei flussi informativi provinciali già esistenti;
- la verifica a consuntivo del tetto di spesa preventivato, sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte;
- le modalità di controllo dei dati dichiarati dalle strutture e di verifica della corrispondenza con i relativi flussi informativi provinciali;
- le modalità di controllo della qualità (ivi inclusa l'appropriatezza delle prestazioni erogate), efficacia, rischio clinico del servizio erogato e dei risultati raggiunti.

1.2 La selezione degli erogatori privati deve essere effettuata periodicamente (si rimanda all'Appendice del presente documento per i criteri di scelta del contraente); in particolare i contratti a carattere pluriennale sono soggetti a revisione annuale, tenuto conto della programmazione sanitaria provinciale, delle necessità emergenti e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di ampliamento o razionalizzazione della rete in convenzionamento, anche alla luce della sostenibilità finanziaria, e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta, ovvero dei risultati conseguiti, dell'esito del rapporto di collaborazione instaurato (bontà del rapporto di partnership), nonché del rispetto degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni, previsti dalla normativa vigente, ai sensi dell'art. 41, commi 5 e 6, D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.

Ai fini della verifica dell'attività svolta, si tiene conto dell'effettiva alimentazione in maniera conti-

nuativa e tempestiva del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ai sensi dell'art. 12 del D.L. 179/2012, convertito con modificazioni dalla L. 221/2012, secondo le modalità definite ai sensi del comma 7 del medesimo articolo 12, nonché, ai sensi dell'art. 8-quater, comma 7, del D. Lgs. 502/1992, degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, in termini di qualità, sicurezza, appropriatezza e trasparenza.

L'attività di verifica delle strutture private convenzionate con l'SSP avviene ad opera dell'Azienda sanitaria ed eventualmente anche da parte dell'Amministrazione provinciale, che, se del caso, potrà avvalersi della collaborazione di Agenas e/o procedere tramite audit. Il sistema di misurazione e valutazione della performance dell'Azienda (ivi compreso il privato convenzionato) si basa sugli indicatori PNE, Agenas, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e altri, individuati dall'Amministrazione provinciale.

1.3 L'azienda sanitaria, entro il 31 ottobre dell'anno precedente a quello di riferimento, trasmette la proposta di piano della produzione annuale delle strutture pubbliche e private convenzionate recante la previsione di spesa per regime assistenziale (es. ricoveri per acuti, post-acuti...), setting assistenziale (es. ricovero, specialistica ambulatoriale...) e tipologia di attività/disciplina agli uffici provinciali competenti, i quali verificano la coerenza con il fabbisogno aziendale dichiarato e con le risorse previste in bilancio.

1.4 Entro il 31 gennaio di ogni anno, l'Azienda elabora il PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione), come da disposizioni vigenti, includendovi anche il Programma Operativo Annuale (POA) e il piano della produzione annuale e pluriennale delle strutture pubbliche e private convenzionate.

Il Piano della produzione annuale delle strutture private convenzionate andrà dettagliato anche per singola struttura, oltre che per regime assistenziale, setting assistenziale e tipologia di attività/disciplina specialistica nei confronti della Ripartizione salute, secondo il format predisposto allo scopo.

Tale Piano si basa sui documenti di programmazione provinciale di medio-lungo e di breve periodo, a carattere generale (quali il Piano Sanitario Provinciale, la delibera sul fabbisogno sanitario) e settoriale (quale il Piano della riabilitazione, la Rete dei disturbi alimentari, etc.), sull'analisi del fabbisogno aziendale e sulle risorse economico-finanziarie disponibili per il bilancio dell'anno successivo.

Sul PIAO la Ripartizione salute esprime un parere di legittimità e di merito ai sensi del comma 1 dell'articolo 5 e art. 2, comma 3, lett. c), della L.P. n. 3/2017.

1.5 In linea generale l'Azienda perfeziona i documenti di programmazione a preventivo, su cui fonda l'attività da svolgere durante l'anno successivo.

In caso di motivata ed oggettiva urgenza, sono ammessi anche durante l'anno, su iniziativa dell'Azienda sanitaria, l'ingresso di nuovi soggetti erogatori, nonché modifiche dell'attività svolta da parte di soggetti privati già convenzionati con il Sistema Sanitario Provinciale (SSP). In caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza, appropriatezza, ai sensi dell'art. 8-quater, comma 7, del D. Lgs. 502/1992, nonché del rispetto degli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente.

Nel caso in cui le variazioni suddette determinino un aumento del tetto di spesa complessivo di cui al punto 1.3, l'Azienda sanitaria nella proposta di variazione dovrà illustrare non solo le motivazioni di tale intervento, ma anche le modalità di copertura della spesa generata in termini di nuovi finanziamenti o di misure di risparmio.

In questi casi la Ripartizione salute si pronuncerà entro i successivi 15 giorni, qualora ritenga infondate le motivazioni dell'intervento.

1.6 Con riferimento alle strutture che operano nel livello di assistenza distrettuale (domiciliare, ambulatoriale in regime residenziale e semiresidenziale), ad eccezione della specialistica ambulatoriale, si applicano le presenti disposizioni in quanto compatibili.

## 2. TETTI DI SPESA E RENDICONTAZIONI CONTABILI

2.1 Il tetto di spesa fa riferimento al complesso di prestazioni prodotte da ciascuna struttura privata convenzionata per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

2.2 I limiti massimi di spesa, così come il tipo/quantità di prestazioni erogabili, sono correlati ai livelli essenziali di assistenza, considerati gli indirizzi della programmazione provinciale e aziendale e l'entità delle risorse disponibili.

2.3 Relativamente alle prestazioni che vanno "oltre i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nazionali", le stesse sono escluse dalla mobilità interregionale e quindi dall'erogazione ai pazienti residenti fuori provincia, salvo esplicite eccezioni ed intese tra Regioni/PA in sede di accordi bilaterali.

2.4 La remunerazione degli erogatori privati avviene sulla base delle tariffe provinciali vigenti, che costituiscono le tariffe massime applicabili. Eventuali servizi aggiuntivi rispetto alle singole prestazioni sanitarie sono remunerabili sulla base del costo standard. Il finanziamento a funzione può essere riconosciuto nei casi previsti dal D.Lgs. n. 502/92, su indicazione dell'amministrazione provinciale.

2.5 Il tetto di spesa preventivato a fronte dell'attività globalmente concordata andrà comunque verificato a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte nell'ambito dei singoli contratti.

2.6 Per quanto concerne gli Allegati 6A e 6B del D.P.C.M. 12/01/2017, relativi rispettivamente ai "DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria" e le "Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale", in caso di inappropriata accertata vengono previsti dalla Provincia Autonoma o dall'Azienda sanitaria disincentivi economici da inserire negli accordi contrattuali con le strutture.

Allo stesso modo -con riferimento ai diversi aspetti della performance delle strutture pubbliche e private- possono essere previste ulteriori forme premianti e disincentivanti (non solo di tipo finanziario) da parte della Provincia per le strutture pubbliche e da parte dell'Azienda sanitaria per le strutture private, in accordo con la Provincia.

2.7 Le prestazioni erogate ad assistiti non residenti in Provincia di Bolzano vanno incluse nel tetto di spesa, sulla base di quanto previsto dall'art. 1 co. 171 della L. n. 311 del 30/12/2004 e ss.mm.ii. (legge finanziaria 2005) che vieta l'applicazione alle singole prestazioni di livelli di remunerazione complessivi diversi a seconda della residenza del paziente.

Gli ultimi accordi Stato Regioni per la regolazione dei flussi finanziari di mobilità hanno previsto una decurtazione del 50% dell'incremento del valore registrato dai saldi regionali riferiti alla produzione dei soggetti privati accreditati e convenzionati. Fintanto che tale disposizione, o altre analoghe, rimarrà valida a livello nazionale, gli incrementi di produzione verso pazienti non-residenti in provincia (residenti nelle altre Regioni italiane) da parte di soggetti privati convenzionati con l'Azienda sanitaria dovranno essere monitorati e opportunamente giustificati, nell'ambito di un trend fisiologico.

2.8 Con riferimento alla competenza contabile nel caso di prestazioni a cavallo tra anni differenti, per i ricoveri si fa riferimento alla dimissione del paziente e per la specialistica ambulatoriale alla data di chiusura della ricetta (ovvero data di erogazione dell'ultima prestazione) e alla data di fine ciclo (nel caso di prestazioni erogabili in ciclo).

2.9 Le strutture private convenzionate dovranno rendicontare all'Azienda sanitaria

tempestivamente le prestazioni erogate a carico del servizio sanitario provinciale. Altrettanto tempestiva dovrà essere l'attività di controllo da parte dell'Azienda sanitaria, funzionale alla liquidazione degli importi fatturati, soprattutto con riferimento alla chiusura dell'esercizio. Pertanto, l'Azienda sanitaria si impegna a concludere le attività entro marzo di ogni anno (con riferimento all'esercizio precedente), per avere certezza sia sull'erogato, sia sul valore contabile, sia sui flussi di mobilità.

### 3. REPORT

3.1 I soggetti privati accreditati e convenzionati con il SSP adempiono a tutte le disposizioni provinciali e aziendali riferite all'alimentazione dei flussi informativi esistenti e alle ulteriori richieste informative provenienti da tali enti.

3.2 Per favorire la massima trasparenza e celerità nella rappresentazione della spesa preventivata ed effettivamente assunta per il privato convenzionato, l'ufficio responsabile nell'ambito della Ripartizione prestazioni dell'Azienda sanitaria, compila un report predisposto dalla Ripartizione Salute della Provincia denominato "Piano della produzione anno X".

3.3 Tale report dovrà essere compilato da parte della Ripartizione Prestazioni sanitarie e assistenza territoriale dell'Azienda Sanitaria, identificata quale Unità organizzativa responsabile, ed inviato unitamente ad una relazione di dettaglio alla Ripartizione salute:

- a preventivo entro il termine del 31 ottobre dell'anno precedente a quello di competenza (da far confluire nel bilancio di previsione entro il 30 novembre) ed entro il 31 gennaio di ogni anno nel PIAO;
- infra annualmente entro il 15 settembre dell'anno in corso con indicazione dei tetti di spesa e dei consuntivi almeno fino al 31 luglio;
- a consuntivo, entro il 15 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.

Nel corso dell'anno, l'Azienda sanitaria su richiesta della Ripartizione salute, fornirà alla stessa i volumi delle prestazioni di ricovero e di specialistica erogate da parte dei privati convenzionati, distinti per codice prestazione/DRG e tipologia di intervento, al fine di verificare la corrispondenza con i flussi informativi e per l'aggiornamento della programmazione.

3.4 Nella relazione sulla Performance, che l'Azienda predispone entro il 31 maggio di ogni anno, sono illustrati i principali motivi che hanno portato all'esternalizzazione, gli interventi e i risultati conseguiti. La relazione deve fare sempre riferimento sia alla produzione erogata dalle strutture direttamente gestite, sia a quelle private convenzionate per consentire di ottenere un quadro di insieme. Nella relazione sulla Performance l'Azienda deve tener conto anche degli esiti dei sistemi di monitoraggio nazionali (sistema di garanzia dei LEA, Programma Nazionale Esiti (PNE), Bersaglio della Scuola Sant'Anna di Pisa.).

### 4. COMPITI E CONTROLLI

Il combinato disposto di cui all'art. 29 della legge provinciale n. 7/2001 e di cui all'art. 8-octies, comma 1, del D. Lgs. n. 502/1992, stabilisce che alla Provincia spettano la promozione del controllo e la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie rese dalle istituzioni accreditate, nell'ambito del complessivo controllo sulla gestione e sui risultati del servizio sanitario provinciale (art. 2 della L.P. 3/2017).

All'Azienda sanitaria competono i controlli e la valutazione dell'efficienza, della qualità (intrinseca e percepita) dell'attività svolta e dei risultati raggiunti per quanto concerne il privato convenzionato nell'ambito dell'attività ambulatoriale e di ricovero in ospedale e sul territorio. A tal fine l'Azienda sanitaria definisce e assegna apposita funzione o unità organizzativa/nucleo operativo.

Alla Ripartizione salute sono demandate le funzioni concernenti il controllo sulla gestione e sulle performance complessive dell'Azienda sanitaria, ivi incluso il controllo sugli accordi contrattuali delle strutture private accreditate stipulati dall'Azienda sanitaria (ai sensi dell'art. 2 della L.P. 3/2017).

L'Azienda illustrerà gli esiti della valutazione sugli erogatori privati convenzionati nella relazione sulla Performance da predisporre entro maggio di ciascun anno per l'esercizio precedente.

#### 4.1 Compiti dell'Azienda sanitaria:

- valutare e motivare il fabbisogno tenendo conto dei documenti di programmazione provinciali pluriennali e annuali, nonché definire il contenuto degli accordi annuali di fornitura con le singole strutture private accreditate;
- definire le regole per l'esercizio della funzione di controllo interno e per la risoluzione delle eventuali contestazioni, stabilendo le relative penalizzazioni;
- con riferimento alla verifica del rispetto dei parametri del personale e dei requisiti dell'accreditamento, laddove emergesse uno scostamento, l'Azienda stabilirà un lasso di tempo congruo in cui le strutture private convenzionate dovranno mettersi in pari, superato il quale l'Azienda valuterà se procedere alla revoca del contratto e la Provincia alla revoca dell'accreditamento;
- definire con le strutture private i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, tempi di attesa e continuità assistenziale con il relativo debito informativo;
- verificare la corretta alimentazione dei flussi dati nazionali e provinciali riferiti alle prestazioni erogate in regime di specialistica ambulatoriale o di ricovero per acuti e post-acuti dai privati convenzionati, presupposto per il monitoraggio dell'offerta da parte dell'amministrazione provinciale con riguardo alle liste di attesa;
- verificare la corretta alimentazione dei flussi dati nazionali e provinciali riferiti alle prestazioni del territorio;
- verificare la validità della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte, ivi incluso il corretto incasso del ticket;
- verificare l'appropriatezza, la correttezza e la completezza delle proposte di ricovero e delle prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche attraverso la sensibilizzazione dei medici prescrittori e l'adozione di protocolli diagnostico terapeutici
- verificare la necessità clinica e l'appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati, con particolare riguardo ai ricoveri di pazienti indirizzati o trasferiti ad altre strutture. Tali controlli - una parte dei quali dovranno avvenire sulle cartelle cliniche - dovranno caratterizzarsi per regolarità e tempestività nel corso dell'anno, nel rispetto delle scadenze di finanziamento e di rendicontazione contabile degli addebiti.
- verificare l'appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione dell'assistenza (appropriatezza organizzativa);
- verificare l'impatto dell'offerta privata convenzionata sulla riduzione a livello aziendale delle liste di attesa delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale o di ricovero;
- attivare sistemi di monitoraggio della qualità dei dati e dell'assistenza erogata, nonché identificare e calcolare gli indicatori più significativi per la valutazione dell'attività ospedaliera (ricoveri per acuti e post-acuti, attività di specialistica ambulatoriale) e territoriale, in collaborazione con la Ripartizione Salute;
- verificare i risultati finali dell'assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei servizi;
- verificare il corretto adempimento degli obblighi di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nei termini indicati dall'art. 12, comma 1, del D.L. 179/2012, convertito con modificazioni dalla L. 221/2012, e nel rispetto delle modalità e delle misure tecniche individuate ai sensi del comma 7 del medesimo art.12; l'omissione costituisce grave inadempimento degli obblighi assunti mediante la stipula dei contratti di cui all'art. 8-quinquies del D. lgs. 502/1992;
- adempiere gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente ed in particolare, ai sensi dell'art. 41, comma 4 del D. Lgs. n. 33/2013 e ss. mm. ii., pubblicare ed aggiornare annualmente l'elenco delle strutture sanitarie private convenzionate, così come gli accordi intercorsi con esse.

Restano in capo alle singole strutture gli obblighi previsti dalla legge di pubblicazione delle liste d'attesa e dei bilanci certificati.

## 4.2 Compiti dell'Amministrazione provinciale:

- aggiornare periodicamente gli atti di programmazione annuale e pluriennale del fabbisogno, a cui l'Azienda deve fare riferimento;
- aggiornare i criteri per la definizione degli accordi contrattuali, applicando eventuali fattori correttivi;
- definire e aggiornare i flussi e gli eventuali ulteriori debiti informativi a carico dell'Azienda sanitaria e delle strutture private
- attivare una procedura standardizzata di rilevazione e monitoraggio dei costi delle strutture;
- monitorare la casistica trattata ai fini statistici, epidemiologici, di programmazione sanitaria, di pianificazione economica e di controllo dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza erogata;
- attivare sistemi di monitoraggio dell'intera performance aziendale, anche identificando e calcolando indicatori provinciali o nazionali (PNE, sistema di garanzia, Bersaglio, etc.). È compreso anche il controllo dell'esistenza e dell'efficacia di un sistema di monitoraggio e valutazione dei servizi/prestazioni attivato dall'Azienda sanitaria, sia con riferimento ai presidi diretti sia ai partner convenzionati;
- monitorare le liste di attesa delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale o di ricovero a livello complessivo provinciale;
- adempiere gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente ed in particolare, ai sensi dell'art. 41, comma 4 del D. Lgs. n. 33/2013 e ss. mm. ii., pubblicare ed aggiornare annualmente l'elenco delle strutture sanitarie private accreditate;
- includere il rispetto degli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente tra i requisiti necessari all'accreditamento delle strutture sanitarie; ai sensi del novellato comma 6, dell'art. 41 del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., anche le strutture private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenute ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata „Liste di attesa”, i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata. Sono altresì tenuti a pubblicare nel proprio sito internet istituzionale i bilanci certificati e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta.

## 4.3 Tipologie di controlli sugli erogatori pubblici e privati

Oltre a quanto previsto dall'art. 8-quater, comma 7, del D. Lgs. 502/1992, con riferimento alla tipologia di controlli da attivare sono stabilite le seguenti linee di indirizzo generali:

Controlli sui ricoveri di acuzie e post-acuzie:

- completezza e qualità della documentazione sanitaria e codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) o di altre scale di valutazione utilizzate;
- appropriatezza organizzativa, considerando in particolar modo il rispetto delle soglie di appropriatezza organizzativa definite con specifici provvedimenti provinciali;
- appropriatezza clinica ed esiti delle cure, sulla base di appositi criteri che saranno definiti dall'Azienda sanitaria o dalla Provincia;
- mappatura del rischio clinico e misure intraprese per il contrasto degli eventi avversi;
- indicatori di efficienza, qualità e soddisfazione.

Controlli sull'attività ambulatoriale:

- coerenza tra prestazioni erogate e assetto accreditato;
- coerenza tra prestazioni prescritte ed erogate;
- corretta prescrivibilità delle prestazioni, compilazione delle ricette, in particolare delle esenzioni per patologia;
- rispetto dei criteri di priorità di accesso;
- rispetto dei Protocolli Diagnostico Terapeutico Assistenziali;
- appropriatezza clinica e organizzativa;
- mappatura del rischio clinico e misure intraprese per il contrasto degli eventi avversi;

- indicatori di efficienza, qualità, soddisfazione ed esito.

## **Appendice**

### **CRITERI GENERALI VALIDI PER LA SELEZIONE DEL CONTRAENTE**

Per addivenire alla stipula del contratto con l'Azienda Sanitaria, l'erogatore privato deve essere accreditato. L'accreditamento consegue alla ricognizione del fabbisogno assistenziale ed alla programmazione sanitaria provinciale e rappresenta una condizione necessaria, ma non sufficiente per erogare prestazioni sanitarie in nome e per conto del SSP.

Ciò premesso, vengono di seguito indicati in dettaglio i criteri generali che dovranno orientare l'Azienda sanitaria nelle procedure di selezione delle strutture private accreditate, oltre a quanto stabilito dall'art. 8-quater, comma 7, del D. Lgs. 502/1992.

#### **a) Integrazione e complementarità dell'offerta in relazione al proprio fabbisogno e alla specificità delle prestazioni richieste, tenuto conto di:**

- funzioni core business e di particolare rilevanza da svolgere, dal punto di vista della qualificazione del personale, della dotazione tecnologica e strutturale, della complessità organizzativa e funzioni che dal punto di vista costi-benefici possono essere "esternalizzate";
- livelli quali-quantitativi delle prestazioni erogate;
- localizzazione e distribuzione territoriale dei punti di offerta;
- coerenza fra grado di complessità di prestazioni erogate e prossimità ai presidi ospedalieri;
- tasso di fuga fuori provincia e liste di attesa;
- convenzioni con l'estero e accordi di confine con altre Regioni;
- programmi di nuove realizzazioni, ovvero interventi di riconversione/riqualificazione dell'offerta pubblica esistente;
- previsioni di tendenza relative alla domanda.

#### **b) Configurazione organizzativa dei servizi offerti, tenuto conto di:**

- rispetto dei criteri di appropriatezza erogativa, con particolare riferimento alle soglie di attività e ai percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali stabiliti per il servizio sanitario provinciale;
- qualificazione tecnologica (caratteristiche tecniche, grado di obsolescenza, appropriatezza d'utilizzo di dotazioni strumentali e apparecchiature...);
- disponibilità di servizi ulteriori relativi al percorso diagnostico/assistenziale erogato al paziente e complementari all'attività già erogata dal servizio sanitario provinciale;
- flessibilità gestionale e operativa, con riferimento particolare all'accessibilità per l'utenza (es. aperture serali e festive, etc.)
- fabbisogni non coperti e riferiti a particolari momenti dell'anno o a determinate zone sul territorio (es. per stagione turistica invernale)
- garanzia di una coerente dotazione quantitativa e qualificazione professionale del personale impiegato;
- rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impiegato nella struttura;
- rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa sull'attività intramoenia ed extramoenia e rispetto alla coesistenza di attività convenzionata e non nella stessa struttura (l'esistenza di situazioni d'incompatibilità preclude l'accreditamento e comporta la nullità dei rapporti eventualmente instaurati);
- superamento di soglie minime di efficienza;
- garanzia standard di qualità previsti dalle disposizioni vigenti;
- accettazione del sistema di controlli esterni e sviluppo di programmi di qualità e di appropriatezza interni;

- garanzia dell'uso della lingua italiana e tedesca e, nelle strutture site nell'area linguistica ladina, della lingua ladina, al fine di rispondere meglio alle esigenze della popolazione assistita ai sensi dell'art. 2 del DPR 574/88 e ss.mm.ii. (art. 39, comma 4, L.P. 7/2001).

**c) Garanzia di compatibilità e collegamento ai sistemi informativi aziendali/provinciali:**

si deve ritenere incluso nel presente punto anche il collegamento ai servizi di prenotazione provinciale (es. Centro Unico di Prenotazione Provinciale CUPP), sistemi di pagamento e flussi informativi provinciali e nazionali (Nuovo Sistema Informativo Sanitario - NSIS).

**d) Debito informativo:**

garanzia di assolvimento da parte delle strutture del debito informativo previsto dalle disposizioni statali e provinciali e di invio dei costi complessivi.

**e) In riferimento alle strutture già oggetto di accordo contrattuale sono altresì da verificare:**

- il rispetto degli accordi contrattuali relativi all'attività svolta e del debito informativo per la valutazione delle attività erogate e dei risultati raggiunti;
- l'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ai sensi dell'art. 12, comma 1, del D.L. 179/2012, convertito con modificazioni dalla L. 221/2012, e nel rispetto delle modalità e delle misure tecniche individuate ai sensi del comma 7 del medesimo art.12;
- la competenza acquisita nell'esercizio dell'attività sanitaria di riferimento;
- la garanzia dei livelli di appropriatezza e qualità delle prestazioni richiesti;
- la fidelizzazione del paziente finalizzata al miglioramento del saldo di mobilità;
- il gradimento degli utilizzatori dei servizi;
- il corretto adempimento degli obblighi di pubblicità.

I presenti criteri costituiscono una prima elaborazione che potrà essere ulteriormente integrata dall'Azienda sanitaria e dalla Ripartizione Salute della Provincia.