

## ACCORDO AIOP - REGIONE SARDEGNA

ANNI 2010 2011 2012

- *Premesso che:*
- *“in data 11.5.2010 l’AIOP e l’Assessore della Sanità hanno sottoscritto un Accordo nel quale, successivamente, hanno rilevato la presenza di alcuni difetti di coordinamento tecnico normativo;*
- *che l’AIOP e l’Assessore della Sanità hanno conseguentemente convenuto di dover apportare alcuni aggiustamenti tecnici ed estendere la validità dell’accordo anche all’anno 2012;*
- *quanto sopra premesso l’AIOP e l’Assessore della Sanità dichiarano di sostituire integralmente il predetto Accordo sottoscritto l’11.5.2010 con il seguente Accordo.”*

---

Premesso che:

- ai sensi dell’articolo 8 bis, comma 1, del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, le Regioni devono assicurare i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle ASL, dalle Aziende Ospedaliere, dalle Aziende Universitarie, dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, da soggetti accreditati in via transitoria ai sensi dell’art. 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994 n. 724, nonché da soggetti accreditati ai sensi dell’articolo 8 *quater*, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all’articolo 8 *quinquies*;
- ai sensi dell’art. 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994 n. 724, concernente le misure di razionalizzazione della finanza pubblica, a decorrere dalla data di entrata in vigore del sistema di pagamento delle prestazioni sulla base di tariffe predeterminate dalla Regione, cessano i rapporti convenzionali in atto ed entrano in vigore i nuovi rapporti fondati sull’accreditamento;
- l’art. 2, comma 8, della legge 28 dicembre 1995 n. 549 (collegato alla legge finanziaria 1996) prevede che le Regioni e le ASL, sulla base di indicazioni regionali, possano contrattare con le strutture pubbliche e private un piano annuale preventivo che ne stabilisca quantità presunte e tipologie anche ai fini degli oneri da sostenere;
- l’art. 1, comma 32, della legge 662/96 (collegata alla finanziaria 1997) prevede che le Regioni, nell’ambito delle funzioni previste dall’art. 2, comma 2, del citato D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, devono individuare, nel rispetto dei livelli di spesa stabiliti per l’anno precedente, la quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie che possono essere erogate nelle strutture pubbliche e in quelle private e che la contrattazione dei piani annuali preventivi, di cui all’art. 6, comma 5, della legge 23.12.1994 n. 724, ed all’art. 2, comma 8, della legge 28.12.1995 n. 549, deve essere realizzata in conformità alle predette indicazioni, con la fissazione del limite massimo di spesa sostenibile;
- l’art. 32, comma 8, della legge 27.12.1997 n. 449 (collegato alla finanziaria 1998), stabilisce che le Regioni, in attuazione della programmazione sanitaria ed in coerenza con gli indici di cui all’art. 2, comma 5, della legge 549/95 e successive modificazioni sopra richiamate, devono individuare preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria, pubblica o privata, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi di spesa sostenibile con il Fondo Sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all’art. 1, comma 32, della legge 662/96 sopra richiamata;

*Lioni*

*Ad*

- il comma 9 dello stesso art. 32 della legge 449/97 prevede che le Regioni, le ASL e le Aziende Ospedaliere devono assicurare l'attività di vigilanza e controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse;
- il comma 3 dell'art. 72 della legge 23-12-1998 n. 448 (collegato alla finanziaria 1999), per il quale le Regioni, in attuazione di quanto disposto dal comma 9, art. 32, della legge 449/97, assicurano l'effettiva vigilanza ed il controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse in modo da realizzare una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero ordinario, anche attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria, nella misura annuale non inferiore all'1% dei ricoveri e della spesa complessiva a tal fine registrata nell'anno precedente;
- la Legge Regionale n. 10 del 21.7.2006 all'art. 30, comma 2, che dispone che al 31 dicembre 2006 cessano di avere efficacia "le convenzioni stipulate in base alla Legge 23 dicembre 1978, n. 833, con le strutture private attualmente in regime di accreditamento provvisorio in base al comma 2 dell'articolo 10 della delibera della Giunta regionale n. 26/21 del 4 giugno 1998 ed i contratti stipulati con le strutture transitoriamente accreditate secondo le modalità del predetto comma e in base al comma 5 dell'articolo 10 della citata deliberazione".
- visti gli accordi stipulati tra l'Assessore regionale dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale e l'AIOP Sardegna, in rappresentanza delle strutture ospedaliere private della Regione, per l'anno 2005 e per il successivo triennio 2006-2008 e per il 2009 finalizzati tutti a consentire il governo del sistema attraverso meccanismi condivisi di miglioramento dell'assistenza in regime di ricovero;
- considerato che sulla base di tali accordi le ASL e le Case di cura hanno avviato un percorso di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera mediante la stipula di appositi contratti ridefinendo i volumi di attività e la tipologia delle prestazioni richiesti alla ospedalità privata e contenendo la spesa entro i tetti programmati;
- valutata la necessità di procedere al rinnovo di tale accordo anche per gli anni 2010 2011 2012 coerentemente con le Linee regionali di indirizzo per la determinazione dei volumi di attività e dei livelli di spesa per la stipula di contratti tra ASL ed erogatori privati ai sensi dell'art. 30, LR n. 10 del 21 luglio 2006, emanate con DGR n. 72/28 del 19 dicembre 2008
- vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 57/13 del 31/12/2009 con cui sono stati determinati i tetti di spesa per la stipula dei contratti tra le ASL e gli erogatori privati per il 2010;
- tenuto conto che la situazione regionale dell'assistenza ospedaliera è caratterizzata da:
  - o un tasso complessivo di ospedalizzazione per acuti, ad esclusione del DRG 391 "Neonato sano" (standardizzato per età e genere su Pop. ISTAT 2001) in diminuzione negli anni dal 2005 al 2007, rispettivamente pari a 228,0 – 210,1 – 199,7 per mille abitanti residenti, comunque superiore allo standard di riferimento di 180 per mille (Conferenza Stato Regioni marzo 2005);
  - o una percentuale di ricoveri ordinari a rischio di inappropriatelyzza (rispetto al totale erogato ordinari + diurni dei DRG all. 2C DPCM 2001 con esclusione DRG 006, 039 e 119) del 54,8% nel 2005, aumentato nel 2006 al 55,9% e diminuito al 52,4% nel 2007, comunque a livelli ancora elevati;

*Diani*      *Ad*

- una forte diminuzione nell'utilizzo improprio del ricovero in regime diurno (DH/DS) per prestazioni ad esclusivo carattere diagnostico (48,0% nel 2005; 42,7% nel 2006; 34,6% nel 2007);
- Atteso che la regolamentazione dell'offerta complessiva di prestazioni, attraverso la stesura di piani e programmi che preventivamente orientino la produzione, nel rispetto della libera scelta del luogo di cura e dei professionisti da parte del cittadino, riguarda sia gli erogatori pubblici che quelli privati, secondo gli indirizzi forniti dalla Regione con la DGR n. 57/4 del 23.10.2008;

Quanto sopra premesso le parti, che dichiarano di avere i poteri per sottoscrivere il presente accordo, convengono quanto segue.

### **Articolo 1 - Accordo per l'anno 2010 2011 2012**

L'Accordo, che vincolerà la Regione, le ASL e tutti i produttori appartenenti all'Associazione AIOP Sardegna, prevede gli aspetti qualificanti di seguito riportati:

- A. il perfezionamento degli aspetti regolamentari generali, validi per tutte le case di cura associate all'AIOP (regolamentazione accordi contrattuali, individuazione obiettivi di produzione di interesse regionale, adozione di un protocollo condiviso per l'effettuazione dei controlli sulla qualità e sulla appropriatezza dei ricoveri);
- B. L'individuazione del tetto massimo di spesa per il 2010 è determinato dalla Regione in € 102.000.000,00
- C. La riqualificazione dell'attività ed il corretto inquadramento delle prestazioni con gli obiettivi di produzione ospedaliera (riduzione del tasso di ospedalizzazione, miglioramento dei livelli di appropriatezza del regime di erogazione delle prestazioni ed aumento nell'utilizzo del ricovero diurno, in particolare per l'attività di day-surgery e per i day-hospital terapeutici), così come definiti nella proposta di Piano dei Servizi Sanitari 2006-2009.
- D. La garanzia dei pagamenti entro 60 giorni da parte delle ASL secondo quanto previsto dalla vigente legislazione regionale, nazionale e comunitaria. Qualora tale termine, per qualsiasi motivo, dovesse slittare, le ASL certificheranno il debito soggetto ad eventuale conguaglio attivo o passivo, indicando al contempo la percentuale di correzione dell'anno precedente, improrogabilmente entro sette giorni dalla richiesta delle Case di Cura interessate al fine di consentire il ricorso alla eventuale cessione dei crediti alle banche o alle società finanziarie.

### **Articolo 2 – Validità dell'Accordo**

L'accordo è valido per gli anni 2010 2011 2012 (salvo il tetto massimo di spesa valido solo per il 2010) con possibilità di revisione consensuale conseguente alla approvazione di nuovi provvedimenti disciplinanti la materia; i risultati saranno monitorati periodicamente dalla Commissione Paritetica di livello Regionale prevista dal successivo articolo 9, sulla base dei dati di attività e di fatturato forniti dall'AIOP e di quelli risultanti dal sistema informativo regionale.

La Commissione si riunisce almeno una volta a trimestre su richiesta di una delle parti.

Le valutazioni espresse dalla Commissione forniranno elementi utili per la stipula di nuovi accordi per gli anni successivi.

### **Articolo 3 – Tetto di spesa per l'anno 2010**

Il tetto di spesa complessivo per l'anno 2010 è determinato in € 102.000.000.

Le ASL territorialmente competenti dovranno stipulare con le Case di Cura nuovi contratti di durata annuale, mantenendosi entro il tetto complessivo assegnato ai sensi della DGR 57/13 del 31/12/2009 per la ospedalità privata accreditata, così come verrà modificata in attuazione del presente accordo, e ridefinendo, per ciascuna Casa di Cura, i volumi di attività e il tetto, sulla base di quanto sarà deliberato dalla Giunta Regionale in ordine alla determinazione dei tetti per l'anno 2010 eventualmente rivisti secondo quanto segue:

- degli obiettivi economico-finanziari previsti a livello regionale e assegnati a ciascuna ASL con deliberazione della Giunta regionale;
- dei livelli di inappropriata eventualmente rilevati nell'erogazione delle specifiche prestazioni;
- della domanda, oggettivamente rilevata, eventualmente presente su specifici territori e non adeguatamente soddisfatta”.

La definizione dei contratti aziendali sarà effettuata sulla base di uno schema tipo regionale per garantire omogeneità tra i diversi accordi locali, emanato con apposito atto deliberativo ai sensi dell'art. 8 comma 1 della LR n. 10 del 28.7.2006.

### **Articolo 4 – Riqualificazione delle attività**

Al fine di favorire una complessiva riqualificazione dell'attività di ricovero (riduzione del tasso di ospedalizzazione, miglioramento del livello di appropriatezza delle prestazioni, aumento nell'utilizzo del DH, del DS e dei percorsi ambulatoriali ), le Case di Cura private si impegnano a rimodulare la propria attività e a riorganizzare il proprio sistema produttivo in coerenza con gli obiettivi stabiliti con il presente accordo e con quelli che verranno definiti negli accordi aziendali.

In particolare le Case di Cura, come previsto nel successivo obiettivo n. 1 di cui all'articolo 5 del presente accordo, concorrono a ridurre i ricoveri ordinari a favore di altre forme di attività quali riabilitazione, lungodegenza, percorsi ambulatoriali, day-hospital, day-surgery, day service e altre attività per esterni, in una percentuale annua che sarà definita negli accordi contrattuali tra le AA.SS.LL e le singole case di cura.

A tal fine la Regione e/o le ASL competenti per territorio si impegnano a mettere a disposizione formatori qualificati onde procedere all'attivazione di percorsi formativi specifici per il personale delle case di cura mentre l'AIOP provvederà alla logistica dei corsi e alle spese organizzative.

Le Case di Cura, previo accertamento dei requisiti, sono autorizzate ad effettuare attività ambulatoriale per esterni, per la disciplina per cui sono già autorizzate ed accreditate per il ricovero, sulla base del nomenclatore tariffario vigente e nell'ambito del tetto di spesa assegnato nel presente accordo nella misura massima del 5% del limite di fatturato assegnato per singola casa di cura.

 

Al fine di ridurre o eliminare le liste d'attesa per particolari patologie e/o per particolari esigenze di carattere assistenziale le singole ASL, previo consenso della Regione, potranno stabilire alcuni specifici obiettivi da retribuire, in parte o in toto, con fondi ulteriori rispetto al budget previsto nel presente documento. In questo caso la ASL è tenuta ad effettuare un "invito" a tutti i soggetti erogatori che insistono nel suo territorio e ad affidare lo svolgimento delle prestazioni in base a parametri oggettivi e verificabili.

### **Articolo 5 – Obiettivi di interesse regionale**

Gli obiettivi di interesse regionale per il triennio 2010-2012, definiti in modo puntuale nell'ambito degli accordi aziendali e che dovranno essere mantenuti entro il budget prefissato, sono di seguito riportati:

Obiettivo n. 1: Partecipazione all'obiettivo regionale di contenimento del tasso di ospedalizzazione per il territorio di riferimento.

Partecipano a questo obiettivo tutte le case di cura; esso consiste nel fornire un contributo all'obiettivo regionale di contenimento del tasso di ricovero secondo le modalità concordate con tra le singole AA.SS.LL e le Case di Cura.

Obiettivo n. 2: Appropriatazza della casistica trattata.

L'obiettivo, rivolto a tutte le case di cura, consiste nel raggiungere un indice di appropriatezza nella casistica trattata tendenzialmente non inferiore al 90%. L'obiettivo si intende raggiunto qualora in base ai controlli effettuati dalle ASL non vengano accertate in via definitiva, secondo le procedure di controllo previste al punto successivo, un numero di prestazioni inappropriate maggiori al 10% dei casi controllati.

Si precisa che saranno soggette a pagamento solo le prestazioni ritenute appropriate al termine del procedimento di controllo.

Obiettivo n. 3: Flessibilità nell'utilizzo dei posti letto.

Possono partecipare a tale obiettivo tutte le case di cura polispecialistiche e mediche. L'obiettivo consiste nel mettere a disposizione della ASL di riferimento territoriale una quota di posti letto per invii da parte delle strutture pubbliche di pazienti in lungodegenza, di pazienti acuti da pronto soccorso e di pazienti inviati nell'ambito di percorsi assistenziali esplicitamente concordati. Questi invii dovranno essere previsti in presenza di particolari condizioni da definire e previo accordo con la Regione che dovrà essere perfezionato entro 90 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo.

Obiettivo n. 4: Potenziamento di specifiche attività chirurgiche

Questo obiettivo è di prioritaria importanza perché rivolto a fornire adeguata risposta alla eventuale presenza di liste di attesa in determinati settori ospedalieri (la tipologia degli interventi sarà individuata in sede di accordi aziendali) ed è rivolto alle case di cura che erogano attività chirurgica. L'obiettivo si considera raggiunto se, all'interno del fatturato complessivo della casa di cura, la percentuale dedicata a tale attività chirurgica incrementa di una quota da definire in sede di accordi locali.

 

## Obiettivo n. 5 – Progettazione nuovi percorsi ambulatoriali

L'obiettivo è rivolto a tutte le tipologie di Case di Cura private e prevede la predisposizione di nuovi percorsi ambulatoriali, principalmente con l'obiettivo di riconvertire attività attualmente trattate in regime ordinario in day hospital, in percorsi ambulatoriali complessi ad accesso singolo o multiplo ( day service ). I percorsi concordati tra la ASL e le Case di Cura saranno sottoposti all'esame della Commissione Paritetica entro il 30.06.2010 e dovranno obbligatoriamente essere concordati e approvati dalla ASL di competenza territoriale nel rispetto delle linee di indirizzo fornite dalla Regione.

### **Articolo 6 – Controlli**

I controlli sulle prestazioni di ricovero, che dovranno essere effettuati secondo il principio di equità e parità tra strutture pubbliche e private, nelle more dell'adozione di uno specifico provvedimento regionale in materia di controlli, saranno effettuati con periodicità almeno bimestrale onde permettere alle strutture una operatività contabile garantita da sufficienti margini di certezza.

I controlli sono svolti dalla ASL nel cui territorio insiste la Casa di Cura.

L'attività di controllo va di norma concentrata in momenti concordati con la Direzione della struttura controllata e alla presenza di un contraddittorio medico specialistico idoneo; deve essere garantito il controllo della privacy e al termine va redatto apposito verbale sottoscritto dalle parti.

Qualora dovessero insorgere contestazioni a seguito dei controlli ispettivi sulle prestazioni erogate, esse potranno essere risolte in sede locale in tre possibili modalità:

- acquiescenza della Casa di Cura con approvazione scritta dell'esito del controllo;
- devoluzione alla Commissione Paritetica di livello regionale di cui all'art.10 del presente Accordo;
- devoluzione al lodo arbitrale, di cui al successivo articolo 7.

L'esito dei controlli, derivante dalla definizione della controversia formalizzata come sopra indicato, dovrà essere regolarizzato contabilmente con una apposita nota di variazione inviata alla ASL per effettuare i necessari conguagli positivi o negativi.

I controlli delle ASL nei confronti delle Case di Cura saranno effettuati secondo gli indirizzi definiti dalla Regione con nota n. 16805 del 31.07.2008, fermo restando che le Case di Cura aderenti all'AIOP hanno impugnato davanti al TAR Sardegna il predetto provvedimento del 31/07/2008 e il conseguente giudizio e' ancora pendente.

I provvedimenti regionali in materia di nuovi regimi assistenziali e i corrispondenti regimi tariffari trovano applicazione a decorrere dalla data di comunicazione da parte delle ASL alle Case di Cura, fermo restando la possibilità da parte della ASL di porre in essere i controlli necessari a valutare l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

### **Articolo 7 - Lodo arbitrale**

Le parti convengono che la risoluzione di eventuali controversie tra AIOP e Regione, che dovessero insorgere in merito all'applicazione del presente accordo potrà essere devoluta, su richiesta di una delle parti, ad un collegio arbitrale che deciderà la controversia nel rispetto delle norme inderogabili degli articoli 806 e seguenti del codice di procedura civile.



Il Collegio sarà composto da un componente scelto dalla Regione, da un componente scelto dall'AIOP e da un presidente nominato dalle parti ovvero, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale di Cagliari. Delle riunioni viene redatto verbale sottoscritto dai componenti e custodito agli atti dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità.

Il Collegio nella sua prima seduta determinerà, e comunicherà ai soggetti interessati, l'importo presumibile dei suoi compensi totali. L'arbitrato si svolgerà nel rispetto delle norme inderogabili degli articoli 806 e seguenti del codice di procedura civile e le parti regoleranno i rapporti economici derivanti dal lodo arbitrale entro 90 giorni dalla notifica dello stesso.

E' prevista la possibilità di ricorrere al lodo arbitrale, sempre su richiesta di una delle parti, anche per i contenziosi ASL – Case di Cura attualmente in corso.

### **Articolo 8 – Fatturazione e pagamenti**

Le prestazioni di ricovero effettuate mensilmente dalle case di cura sono fatturate alla ASL di competenza territoriale della casa di cura nei tempi stabiliti, secondo le modalità di seguito indicate.

La fatturazione dovrà essere articolata in maniera distinta per prestazioni erogate a favore di cittadini residenti nella ASL, per cittadini residenti in altre ASL della regione e per prestazioni a favore di cittadini di altre regioni.

Le prestazioni a cittadini non iscritti al SSN, né coperti da disposizioni internazionali in materia di reciprocità, verranno erogate secondo la disciplina ministeriale vigente e non saranno comunque conteggiate nel tetto.

La ASL competente, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura unitamente ai relativi dati di attività su supporto informatico, provvederà a corrispondere il 95% dell'importo fatturato a titolo di acconto e salvo conguaglio attivo o passivo. Il pagamento del predetto acconto sarà effettuato fino al raggiungimento del 95 % del tetto da parte di ogni singola casa di cura.

Entro 90 giorni dalla data di ricevimento della fattura la ASL, sulla base delle risultanze dei controlli effettuati non interessati da controversie in atto, provvederà a quantificare l'importo da conguagliare richiedendo alla casa di cura l'emissione della nota di accredito o di addebito (fattura integrativa), unitamente alla rielaborazione dei relativi flussi di attività su supporto informatico.

Entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione la ASL provvederà al pagamento del saldo, se dovuto, mentre in caso di conguaglio passivo procederà al relativo recupero all'atto del primo pagamento utile.

Qualora la ASL non ottemperasse nei termini sopra riportati, fermo restando l'obbligo di certificazione del debito, alla stessa è fatto obbligo di corrispondere, all'atto del pagamento del debito originariamente dovuto, gli interessi determinati nella misura e con la modalità previste dalla legislazione vigente al momento della maturazione degli interessi, fermo restando l'obbligo di fatturazione di detti interessi da parte della casa di cura interessata.

Qualora i controlli venissero effettuati in ritardo rispetto alla periodicità stabilita per responsabilità non attribuibili alle case di cura, le ASL provvederanno comunque ad erogare entro il novantesimo

*Lioni*      *Ad*

giorno dalla presentazione della fattura il 5 % residuo delle fatture ricevute dalla casa di cura, con riserva di conguaglio positivo o negativo al termine del procedimento di controllo.

### **Articolo 9 – Commissione paritetica di livello regionale**

E' istituita una Commissione paritetica AIOP – Regione alla quale è attribuito il compito di monitorare l'andamento dell'accordo regionale nonché le sue modalità applicative e di formulare eventuali proposte di modifica e completamento dell'accordo stesso da sottoporre al vaglio delle parti firmatarie e da recepirsi in successivi accordi.

La Commissione è composta da n. 4 membri, 2 designati dall'AIOP e 2 nominati dall'Assessore. Delle riunioni viene redatto apposito verbale sottoscritto dai componenti e custodito agli atti dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità.

Alla Commissione Paritetica sono assegnati compiti in materia di monitoraggio sull'andamento dell'Accordo nonché sulle modalità applicative e sulle proposte di modifica dello stesso. Sono inoltre attribuite alla Commissione le controversie che dovessero insorgere tra le Case di Cura e le ASL e riguardanti materie connesse ai contratti stipulati tra le stesse parti in sede locale.

La risoluzione di eventuali controversie di natura strettamente economica tra Case di Cura e ASL, che non dovessero trovare soluzione in sede di Commissione Paritetica, su richiesta di una delle parti, sono devolute al Collegio arbitrale di cui all' art. 7 del presente Accordo.

### **Articolo 10 – Accesso alle strutture private accreditate**

L'accesso alle strutture private accreditate avviene ai sensi dell'art. 8 bis, comma 2. del D. Lgs 502/92 e smi: *“I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale.”* Le Case di Cura autorizzate e accreditate per i ricoveri di Ginecologia e Ostetricia potranno, ove ricorrano i presupposti medico legali, effettuare il ricovero in regime di urgenza e comunicarlo alla ASL di riferimento entro le 24 ore.

Resta inteso che le Case di Cura si atterranno alle prescrizioni contenute nelle impegnative e che i controlli delle ASL devono basarsi su tali impegnative e sui dati conosciuti al momento del ricovero.

Le strutture accreditate potranno accogliere anche pazienti paganti in proprio o ristornati dalle compagnie di assicurazione, senza pregiudizio per l'attività assistenziale riferita al SSN. Tale quota di fatturato non potrà generare limitazioni di sorta né riversarsi sul budget pubblico di competenza neppure a fini statistici.

### **Articolo 11 – Day Hospital/Day Surgery – Day Service**





La Regione e le Case di Cura si impegnano ad attivare/incrementare l'attività di day hospital/day surgery e day service nei limiti consentiti dalla domanda di tali prestazioni e dei contratti che saranno stipulati tra le ASL e le Case di Cura della Regione.

### **Articolo 12 – Riabilitazione e lungodegenza**

Nel rispetto delle Linee regionali di indirizzo dettate con DGR 49/12 del 28/11/2006, le case di cura possono essere autorizzate ad utilizzare una quota dei posti letto per acuti, transitoriamente accreditati, come posti letto di riabilitazione e lungodegenza, sulla base di uno specifico accordo con la ASL competente per territorio anche tenendo conto delle esigenze di altre ASL interessate.

### **Articolo 13 – Provvedimenti regionali**

La Regione si impegna a garantire l'uniforme applicazione a livello regionale dei criteri e delle modalità di svolgimento dei rapporti concordati e a tenere in conto quanto previsto nel presente protocollo d'intesa nell'adozione di provvedimenti che abbiano riflessi sul presente accordo.

Cagliari, 21 giugno 2010

*Andrea Fiorini*  
AIOV

*Antonio Angelo Siani*