

Allegato

1) PARAMETRI RELATIVI AI FABBISOGNI SANITARI RIFERITI ALLE ESIGENZE SANITARIE PER LE ATTIVITÀ OSPEDALIERE, AMBULATORIALI E TERRITORIALI

Nell'ambito dell'autonomia organizzativa provinciale, l'atto di indirizzo di programmazione che si propone, nelle more dell'approvazione del piano provinciale per la salute e dei conseguenti atti attuativi, è basato su espliciti e oggettivi criteri e parametri di programmazione sanitaria per la regolazione dell'offerta del servizio sanitario provinciale, rapportata ai vincoli normativi vigenti, all'effettivo livello della domanda, nonché alle risorse disponibili anche ai fini della valutazione complessiva del fabbisogno e delle verifiche di funzionalità relativamente alle richieste di accreditamento. Con tale sistema si intende continuare a dare certezza preventiva di tutte le risorse assegnate agli erogatori di prestazioni sanitarie e conseguentemente certezza di spesa da parte dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e da parte dell'Amministrazione provinciale e si intende fornire la cornice entro la quale procedere per la definizione degli accordi contrattuali.

Prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, a regime ordinario o diurno

Gli indirizzi programmatici contenuti nel presente atto prevedono la riqualificazione dell'offerta nell'ottica di una sempre maggiore accessibilità, appropriatezza e razionalità organizzativa, con l'obiettivo tra l'altro di raggiungere standard congrui relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti per acuti, riabilitazione post-acuzie e lungodegenza nei limiti livelli di assistenza garantiti dal servizio sanitario provinciale, delle risorse disponibili e dei vincoli di bilancio.

In coerenza con il quadro sopra descritto si colloca il riordino del Servizio sanitario provinciale in discussione attualmente, che permetterà di elaborare a breve il nuovo Piano Sanitario Provinciale 2016-2019, il quale individuerà tra le principali strategie in materia di salute:

- la definizione di un nuovo assetto organizzativo del servizio ospedaliero provinciale, secondo un modello di rete ospedaliera capace di rispondere ai bisogni di cura dei cittadini con la massima efficacia possibile, in un contesto efficiente;
- lo sviluppo della medicina territoriale per una presa in carico delle persone finalizzata ad evitare il più possibile la necessità di ricovero ospedaliero;
- il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure a fronte di un sistema di offerta integrata ed efficiente, con un'organizzazione più snella a supporto dei processi decisionali e gestionali.

Nell'analisi del fabbisogno per la valutazione della funzionalità dell'accreditamento in relazione a prestazioni di ricovero ospedaliero, si ritiene di tenere conto della necessità di:

- mantenere aggiornati i livelli di assistenza assicurati agli assistiti, contrastando le prestazioni inappropriate ed attivandone altre ad elevata domanda, sfruttando al meglio le opportunità offerte dagli operatori del settore;
- modulare l'offerta ospedaliera presente sul territorio provinciale, tenendo conto degli standard di sicurezza e qualità dei servizi individuati a livello nazionale, con particolare riferimento alle prestazioni di secondo livello.

Nell'ambito dell'autonomia organizzativa provinciale, si ritiene, nelle more di approvazione del Piano sanitario provinciale e tenendo conto di quanto stabilito dalla Delibera della Giunta provinciale 27 dicembre 2012, n. 2016, di prendere come riferimento i livelli standard indicati dalle disposizioni nazionali e oggetto dell'Intesa Stato-Regioni, approvati col DM n. 70 del 02.04.2015, e pertanto si propone di adottare, per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, a regime ordinario e diurno, i seguenti **parametri di fabbisogno** ai fini della programmazione sanitaria e dell'accreditamento istituzionale:

- a) per le strutture per acuti la dotazione di posti letto massima è pari a 3 per mille abitanti residenti;

- b) per le strutture per riabilitazione e lungodegenza la dotazione di posti letto massima è pari a 0,7 per mille abitanti residenti;
- c) il tasso di ospedalizzazione massimo è pari a 160 per mille abitanti.

Ai fini del calcolo dei parametri sopra indicati, verrà preso a riferimento l'ultimo dato ufficiale conosciuto al 31 dicembre della popolazione provinciale residente confrontato con il numero di posti letto accreditati alla chiusura dell'anno precedente rispetto a quello di riferimento (qualora tale dato non fosse disponibile si assumerà quello più recente).

Assistenza ospedaliera per acuti in regime di ricovero

Parametri relativi ai posti letto ospedalieri	Attuale offerta (pl/1000 ab.) 2014	Nuovo parametro (pl/1000 ab.)
Posti letto per acuti (*)	3,3 (1.727 p.l.)	3,0

Fonte: Direzioni mediche dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e delle case di cura private

Fonte: Popolazione residente ASTAT 31.12.2014

(*) Sono inclusi i posti letto pubblici e privati convenzionati (strutture pubbliche e casa di cura Villa S. Anna). Il nuovo parametro non tiene conto della mobilità sanitaria.

Si evidenzia che attualmente il fabbisogno per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero per acuti in Provincia di Bolzano è complessivamente soddisfatto, posto che l'attuale dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati risulta superiore ai parametri sopra richiamati. Per il prossimo futuro sarà previsto, dunque, un progressivo ridimensionamento dei posti letto a carico del Servizio Sanitario Provinciale, da prevedersi all'interno del riordino della rete ospedaliera in corso di definizione.

Dall'emanazione della presente delibera e con riferimento all'anno 2016, non si prevede l'attivazione di nuovi accreditamenti. Nuove richieste potranno essere valutate solo a fronte di un numero corrispondente di cessazioni di posti letto per acuti, fermo restando il rispetto dei parametri sopra riportati.

I parametri sopra determinati non si applicano alle richieste di rinnovo degli accreditamenti già concessi fino ad emanazione del Piano Sanitario Provinciale e comunque non oltre il 31.12.2016. Al contrario le richieste di ampliamento di attività in strutture già accreditate, anche contestuali alla domanda di rinnovo, saranno valutate con gli stessi criteri e modalità previsti per i nuovi accreditamenti.

Assistenza ospedaliera per post-acuti in regime di ricovero

Parametri relativi ai posti letto ospedalieri	Attuale offerta (pl/1000 ab.) 2014	Nuovo parametro (pl/1000 ab.)
Posti letto post-acuti (**)	0,64 (332 p. l.)	0,7

(**) Sono inclusi i posti letto pubblici e privati convenzionati (strutture pubbliche e case di cura Fonte S. Martino, Villa S. Anna, Bonvicini e Villa Melitta). Il parametro non tiene conto della mobilità sanitaria.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera per post-acuti, il parametro nazionale non è ancora completamente raggiunto. E' tuttavia in corso una ridefinizione complessiva delle funzioni della riabilitazione e lungodegenza prevedendo anche il possibile superamento di funzioni oggi presenti, nel rispetto dei criteri di appropriatezza di intervento, continuità dei percorsi di cure e razionalità nell'uso delle risorse. In particolare si stanno ponendo le basi per la realizzazione dell'area di attività extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria e la conseguente attivazione di cure intermedie territoriali, anche tramite riconversione dei posti letto di post-acuzie.

Andranno inoltre applicati alcuni correttivi sui posti letto di neuroriabilitazione, che superano attualmente lo standard nazionale, mediante operazioni di accorpamento dei posti letto, oggi distribuiti in maniera troppo parcellizzata.

Dall'emanazione delle presente delibera e con riferimento all'anno 2016, il parametro sopra determinato (0,7 per 1000 abitanti) potrà essere superato – ai fini della concessione dell'accreditamento – nella misura massima del 20%, arrotondata per eccesso, in relazione ai seguenti indici:

- assicurazione di un'efficace competizione tra le strutture accreditate;
- dislocazione territoriale del fabbisogno sulle diverse aree geografiche della provincia, considerati gli scenari epidemiologici e di contesto esterno;
- raggiungimento di soglie minime di efficienza delle strutture;
- ottimizzazione dei livelli di accessibilità delle prestazioni;
- livelli di specializzazione dell'offerta, correlati all'evoluzione di assetti strutturali, modelli erogativi e tecnologici del servizio sanitario provinciale.

Prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale

Per l'assistenza specialistica ambulatoriale si ritiene appropriato determinare parametri e indici di riferimento del fabbisogno di prestazioni, tenendo conto degli attuali livelli di produzione con oneri a carico del SSP, della necessità di mantenere i livelli di assistenza in atto rispetto alle azioni di efficientamento dell'assistenza ospedaliera e quindi dello sviluppo, in prospettiva, dell'assistenza territoriale/specialistica. Sono stati presi in considerazione anche gli standard estrapolabili da documenti tecnici di lavoro prodotti a livello nazionale e da valori-benchmark riferiti ad altre Regioni, fissando i seguenti parametri, aggregati per macro-tipologie, come da tabella sotto indicata.

I parametri potranno essere in futuro adeguati e rivisti in diminuzione qualora interessati da obiettivi specifici derivanti da direttive puntuali, anche sull'appropriatezza, tenuto altresì conto dei valori rilevati in altre regioni oggetto di *benchmarking* quali il Veneto, che si attesta a 13,82 prestazioni/abitante, e l'Emilia Romagna, che si attesta a 14,16 prestazioni/abitante. Il parametro nazionale di riferimento a cui tendere nel medio periodo è pari a 12 prestazioni di specialistica ambulatoriale per abitante.

Ai fini del calcolo dei parametri, verrà preso a riferimento l'ultimo dato ufficiale conosciuto al 31 dicembre della popolazione provinciale residente confrontato con il numero delle prestazioni erogate nell'anno precedente a quello di riferimento (qualora tale dato non sia disponibile si assumerà quello più recente).

Assistenza specialistica ambulatoriale

Parametri relativi alla specialistica ambulatoriale	Attuale offerta (prest./abit.) 2014	Nuovi parametri (***) (prest./abit.)
Diagnostica per immagini - Radiologia	0,95 (490.713 prestaz.)	0,95
-di cui TAC	0,0548 (28.415 prestaz.)	0,0548
-di cui RM	0,0636 (32.973 prestaz.)	0,0636
Diagnostica di laboratorio	9,35 (4.848.677 prestaz.)	9,35
Terapia fisica e riabilitazione	1,35 (701.020 prestaz.)	1,4
Altre prestazioni di specialistica ambulatoriale (specialità cliniche)	3,96 (2.052.412 prestaz.)	3,8
TOTALE	15,61 (8.092.822 prestaz.)	15,5
Punti di prelievo	51 punti di prel.	51 punti di prelievo

Fonte: flusso SPA della Provincia

(***) Nel dato sono incluse le strutture pubbliche e private convenzionate. Sono incluse le prestazioni erogate a residenti e non residenti (mobilità attiva). Non è inclusa la mobilità passiva e le prestazioni erogate in strutture austriache convenzionate.

Dall'emanazione delle presente delibera e con riferimento all'anno 2016, i parametri sopra determinati potranno essere superati – ai fini della concessione dell'accreditamento – nella misura massima del 10%, arrotondata per eccesso, in relazione ai seguenti indici:

- assicurazione di un'efficace competizione tra le strutture accreditate;

- dislocazione territoriale del fabbisogno sulle diverse aree geografiche della provincia, considerati gli scenari epidemiologici e di contesto esterno;
- ottimizzazione dei livelli di accessibilità delle prestazioni;
- livelli di specializzazione dell'offerta, correlati all'evoluzione di assetti strutturali, modelli erogativi e tecnologici del servizio sanitario provinciale.

Per l'anno 2016 si considera, tuttavia, soddisfatto il fabbisogno nei seguenti ambiti:

- **genetica medica**, in quanto considerato settore strategico dell'Azienda sanitaria. Il fabbisogno provinciale è attualmente soddisfatto dalla struttura pubblica preposta dell'Ospedale di Bolzano. Per test genetici specifici l'Azienda sanitaria può rivolgersi a centri specializzati fuori provincia;
- **attività di Procreazione medicalmente assistita (PMA)**, in quanto considerato settore strategico dell'Azienda sanitaria. Il fabbisogno provinciale è attualmente soddisfatto completamente dalla struttura pubblica dell'Ospedale di Brunico. Eventuali nuovi accreditamenti potranno essere concessi solamente nel rispetto di specifici obblighi di legge;
- assistenza **neuropsichiatrica infantile (NPIA)** in regime ambulatoriale: l'attuale offerta è considerata soddisfacente alla copertura del fabbisogno. Eventuali nuovi fabbisogni potranno essere considerati su richiesta specifica da parte dell'Azienda sanitaria in ottemperanza alle disposizioni nazionali o a specifici obblighi di legge;
- **attività di laboratorio e punti di prelievo**: l'attuale offerta è considerata soddisfacente. Nuovi punti di prelievo potranno essere accreditati a fronte della riconversione di punti esistenti. È previsto anche in questo settore un piano di riordino per il prossimo futuro. Per quanto riguarda l'attività di laboratorio, l'accredimento potrà essere concesso, fatto salvo il rispetto del parametro sopra determinato, se coerente con la programmazione provinciale riferita all'utilizzo delle apparecchiature elettromedicali;
- **attività di radiologia diagnostica (inclusiva di TAC e RM)**: l'attuale offerta è considerata soddisfacente. L'accredimento potrà essere concesso, fatto salvo il rispetto del parametro sopra determinato, se coerente con la programmazione provinciale riferita all'utilizzo delle apparecchiature elettromedicali.

I parametri sopra determinati non si applicano alle richieste di rinnovo degli accreditamenti già concessi fino ad emanazione del Piano Sanitario Provinciale o di provvedimenti specifici di programmazione e comunque non oltre il 31.12.2016. Al contrario le richieste di ampliamento di attività in strutture già accreditate, anche contestuali alla domanda di rinnovo, saranno valutate con gli stessi criteri e modalità previsti per i nuovi accreditamenti.

Per l'anno 2016 sono considerate da potenziare, fino ad emanazione del Piano sanitario provinciale o di altro provvedimento programmatico specifico, le seguenti attività:

- assistenza **reumatologica** erogata in regime ambulatoriale;
- **terapia fisica e attività di riabilitazione ambulatoriale**: in questo ambito, e nel rispetto del parametro sopra indicato, potranno essere attivati nuovi accreditamenti solo per le aree territoriali dove il fabbisogno risulta ancora non sufficientemente coperto oppure in corrispondenza di una riduzione dei ricoveri che implica lo spostamento ad un regime di erogazione delle terapie più appropriato (ambulatoriale).

Qualora l'Azienda sanitaria evidenziasse nuovi fabbisogni, non rilevabili attualmente, potrà in ogni momento richiedere all'Assessorato alla sanità di avviare il processo di accreditamento rispetto alla tipologia di assistenza da soddisfare. L'Assessorato dunque procederà - se ritenuto compatibile col quadro di programmazione provinciale- a segnalare sul portale provinciale della Salute gli ambiti in cui è rilevato un fabbisogno ancora non soddisfatto.

Prestazioni in regime residenziale, semiresidenziale e in regime ambulatoriale sul territorio

Il riordino sanitario al centro del dibattito attuale prevede di mettere al centro il bisogno del paziente e di dare al territorio un ruolo centrale nella prevenzione, cura, recupero e assistenza a lungo termine del paziente. Nel presente documento sono pertanto inserite indicazioni su alcuni ambiti specifici, senza pretesa di esaustività rispetto alle tipologie di assistenza previste dai LEA sul territorio.

A partire dall'entrata in vigore della presente delibera e per l'anno 2016, in attesa di delineare attraverso il nuovo Piano sanitario provinciale lo scenario complessivo dell'offerta dei servizi sul territorio, si considera soddisfatto il fabbisogno nei seguenti ambiti:

- **attività psicologica ambulatoriale:** nelle more del riordino del settore della salute mentale, il fabbisogno si considera soddisfatto dalle strutture esistenti, stanti i valori di benchmark in tale ambito rispetto alle altre regioni (costi, numerosità di psicologi nei servizi pubblici territoriali, etc.). Potranno essere attivati nuovi accreditamenti solo per le aree territoriali dove il fabbisogno risulta ancora non sufficientemente coperto o a seguito di processi di riorganizzazione ed esternalizzazione dei servizi attualmente erogati dalle strutture pubbliche;

- **degenza riabilitativa ex art. 26 L.833/78 in regime residenziale e semiresidenziale:** questa tipologia assistenziale è considerata in esaurimento, pertanto non saranno attivati nuovi accreditamenti, salvo modifiche normative esistenti. Sono fatte salve le richieste di rinnovo degli accreditamenti già concesse, purché la richiesta pervenga entro il 31.12.2015 alla Ripartizione sanità;

- **assistenza dei consultori familiari:** il fabbisogno si considera soddisfatto con le strutture attualmente esistenti. Potranno essere attivati nuovi accreditamenti solo per le aree territoriali dove il fabbisogno risulta ancora non sufficientemente coperto;

- **attività infermieristica ambulatoriale e domiciliare:** nelle more del riordino dell'assistenza sul territorio, potranno essere attivati nuovi accreditamenti solo in seguito ad eventuali richieste emergenti di fabbisogno da parte dell'Azienda sanitaria motivate e nel rispetto di obblighi di legge.

I criteri sopra determinati non si applicano alle richieste di rinnovo degli accreditamenti già concessi fino ad emanazione del Piano Sanitario Provinciale o di provvedimenti specifici di programmazione e comunque non oltre il 31.12.2016. Al contrario le richieste di ampliamento di attività in strutture già accreditate, anche contestuali alla domanda di rinnovo, saranno valutate con gli stessi criteri e modalità previsti per i nuovi accreditamenti.

A partire dall'entrata in vigore della presente delibera e per l'anno 2016, fino ad emanazione del Piano sanitario provinciale o di altro provvedimento programmatico specifico, si considerano attività da potenziare:

- assistenza **podologica** erogata in regime **ambulatoriale**, per la **cura del piede diabetico**: il fabbisogno sarà determinato con successiva delibera della Giunta provinciale;

- **assistenza palliativa:** l'attivazione dell'accredito in questo settore è funzionale alla programmazione provinciale prevista con deliberazione della Giunta provinciale n. 1214 del 20.10.2015;

- **cure intermedie territoriali** a valenza sanitaria in regime **residenziale e ambulatoriale e gestione delle cronicità:** il fabbisogno dovrà essere definito coerentemente con la programmazione sanitaria nell'area della riabilitazione e lungodegenza, e comunque, per l'anno 2016, costituisce riferimento massimo il parametro di 0,15 posti letto per 1000 abitanti;

Qualora l'Azienda sanitaria evidenziasse nuovi fabbisogni, non rilevabili attualmente, potrà in ogni momento richiedere all'Assessorato alla sanità di avviare il processo di accreditamento rispetto alla tipologia di assistenza da soddisfare. L'Assessorato dunque procederà - se

ritenuto compatibile col quadro di programmazione provinciale - a segnalare sul portale provinciale della Salute gli ambiti in cui è rilevato un fabbisogno ancora non soddisfatto.

2) CRITERI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ SVOLTA E DEI RISULTATI RAGGIUNTI AI FINI DEL MANTENIMENTO DELL'ACCREDITAMENTO

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. 7/2001).

Il citato D.Lgs. n. 502/1992, ai successivi commi 3 e 4 dell'art. 8 octies, prevede altresì la necessità che siano determinati:

- le regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno e per la risoluzione delle eventuali contestazioni, stabilendo le relative penalizzazioni;
- l'organizzazione per la verifica del comportamento delle singole strutture;
- i criteri per la verifica della validità della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;
- i criteri per la verifica della necessità clinica e dell'appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati, con particolare riguardo ai ricoveri di pazienti indirizzati o trasferiti ad altre strutture;
- i criteri per la verifica dell'appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione dell'assistenza;
- i criteri per la verifica dei risultati finali della assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei servizi.

In linea pertanto con le norme sopra citate e ritenuto necessario, in analogia ai modelli gestionali adottati da altre regioni per la medesima finalità, individuare linee di indirizzo comuni per il controllo della qualità delle prestazioni sanitarie erogate dai produttori pubblici e privati e per la valutazione continua delle attività svolte dagli erogatori rispetto agli obiettivi della programmazione provinciale, vengono stabilite le seguenti linee di indirizzo generali:

- Controlli sui ricoveri di acuzie e post-acuzie:
 - o Completezza e qualità della documentazione sanitaria e codifica della SDO, nonché della scala FIM per la riabilitazione post-acuzie;
 - o appropriatezza organizzativa, considerando in particolar modo il rispetto delle soglie di appropriatezza organizzativa definite con specifici provvedimenti provinciali;
 - o appropriatezza clinica ed esiti delle cure, sulla base di appositi criteri che saranno definiti dall'Azienda sanitaria;
 - o indicatori di efficienza, qualità e soddisfazione.
- Controlli su attività ambulatoriale:
 - o coerenza tra prestazioni erogate e assetto accreditato per l'individuazione di prestazioni erogate a carico del servizio sanitario provinciale, in assenza della corrispondente branca accreditata e/o del contratto di fornitura;
 - o corretta compilazione delle impegnative, in particolare delle esenzioni per patologia;
 - o rispetto dei criteri di priorità di accesso e dei protocolli diagnostico terapeutici;
 - o appropriatezza ed esiti;
 - o indicatori di efficienza, qualità e soddisfazione.

Le competenze in ordine ai controlli e alla valutazione dell'efficienza e della qualità dell'attività svolta e dei risultati raggiunti competono all'Azienda sanitaria per quanto concerne il privato convenzionato nell'ambito dell'attività ambulatoriale e di ricovero in ospedale e sul territorio. Al fine di svolgere tale compito, in Azienda sanitaria viene definita e assegnata apposita funzione o unità organizzativa/nucleo operativo.

Alla Ripartizione sanità 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. 7/2001). Degli esiti della valutazione espressa dall'Azienda sugli erogatori privati convenzionati va messa a conoscenza la Ripartizione sanità, secondo una procedura che verrà concordata.

3) CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI

Ai sensi dell'art. 8-*quinquies* del D.Lgs. n. 502/1992, la qualità di soggetto accreditato è presupposto necessario ma non sufficiente per l'instaurazione di accordi contrattuali con l'Azienda sanitaria.

Sia nella scelta dei soggetti accreditati con cui stipulare accordi contrattuali, sia nella definizione dei volumi e delle tipologie di attività da negoziare, l'amministrazione pubblica deve informare le proprie scelte ai principi di trasparenza, equità, concorsualità e pari opportunità di accesso, per il corretto esercizio, anche mediante criteri predefiniti, della discrezionalità che gli deriva dal sistema programmato.

Inoltre, come ha avuto modo di affermare la giurisprudenza (Sentenza Consiglio di Stato 4574 del 16.09.2013) in materia, la ripartizione del budget tra i soggetti accreditati dovrebbe essere operata in base ad appositi criteri idonei a garantire condizioni di parità tra tali soggetti, a prescindere dal fatto che essi abbiano o meno sottoscritto in precedenza un contratto: la sottoscrizione di un precedente contratto può costituire un criterio per l'assegnazione delle risorse disponibili ma non può giustificare, anche nel caso di risorse decrescenti, l'esclusione a tempo indefinito dal mercato di altri soggetti che si è ritenuto di poter accreditare e non è possibile, quindi, far riferimento solo al criterio della spesa storica.

In linea di principio i nuovi contratti, stipulati a fronte di un emergente o di un maggiore fabbisogno, nel rispetto dei parametri sopra determinati, prevedono –nel rispetto della sostenibilità complessiva- l'assegnazione di budget aggiuntivi.

In presenza di capacità produttiva superiore al fabbisogno, attraverso gli accordi contrattuali è posto a carico del SSP un volume di attività non superiore a quello programmato e si ritiene sospeso l'accreditamento per la capacità produttiva in eccesso (art. 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, D.Lgs. n. 502/1992).

Rispetto ai parametri di programmazione di cui al precedente punto 1), in ordine ai quali il fabbisogno provinciale tiene conto anche della necessità di assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate, nonché al vincolo di finanziamento e considerata l'autonomia imprenditoriale dell'Azienda rispetto alla definizione degli accordi contrattuali in un'ottica di appropriatezza e di corretta integrazione nella rete dei servizi, si esplicitano di seguito alcuni criteri generali per la definizione e rinnovo degli accordi contrattuali con i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie.

L'Azienda, tenuto conto della variabilità e complessità dei contesti organizzativi e assistenziali, attraverso specifiche valutazioni comparative di attività, appropriatezza e costi, seleziona tra le diverse strutture accreditate, quelle con cui stipulare accordi contrattuali e stabilisce tipologie e volumi di attività, coerentemente con quanto previsto nella deliberazione della Giunta provinciale 9 giugno 2008, n. 2002, avuto riguardo ai seguenti criteri generali e dando conto della loro applicazione:

- a) **Integrazione e complementarietà 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;
- mobilità sanitaria;
- 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.)
- 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;
- superamento di soglie minime di efficienza;
- accettazione del sistema di controlli esterni e sviluppo di programmi di qualità e di appropriatezza interni.

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. CUPP).

d) **Debito informativo**: garanzia di invio da parte delle strutture anche delle informazioni sull'attività svolta in regime privato pagante.

e) In riferimento alle **strutture già oggetto di accordo contrattuale**, tenendo conto anche delle verifiche eseguite in base al precedente punto 2):

- rispetto degli accordi contrattuali relativi all'attività svolta e del debito informativo per la valutazione delle attività erogate e dei risultati raggiunti;
- competenza acquisita nell'esercizio dell'attività sanitaria di riferimento;
- garanzia dei livelli di appropriatezza e qualità delle prestazioni richiesti;
- fidelizzazione del paziente finalizzata al miglioramento del saldo di mobilità;
- gradimento degli utilizzatori dei servizi.