

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE

ASUR

N. 297/ASURDG DEL 15/04/2013

Oggetto: Recepimento del Contratto con la Casa di cura privata accreditata Villa Anna – Società per Azioni- di S. Benedetto del Tr. Per il piano delle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale per l'anno 2012.

IL DIRETTORE GENERALE

ASUR

.....

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTA, l'attestazione del Dirigente Responsabile del Servizio Economico Finanziario;

VISTO, il parere del Direttore del Dipartimento della Macrostruttura Servizi Territoriali – Distretto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

- D E T E R M I N A -

1. Di recepire ed approvare il contratto per il piano delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale per l'anno 2012, concordato e definito con il rappresentate legale della Casa di Cura privata accreditata Villa Anna – S.p.A. di San Benedetto del Tronto, che si allega al presente atto come parte integrante formale e sostanziale;
2. Di dare atto che la spesa preventiva massima che può derivare dal presente atto per gli assistiti della Regione Marche per l'anno 2012 è pari ad **€ 5.183.591,42** di cui **€ 4.868.908,52** per le ospedalità ed **€ 314.682,90** per la specialistica ambulatoriale;
3. Di demandare al Servizio Economico dell'Area Vasta n° 5 di registrare la spesa di complessiva di **€ 5.183.591,42**, per **€ 4.868.908,52** sul sottoconto n. 05.05.01.01.01 e per **€ 314.682,00** sul

- sottoconto n. 05.05.06.01.01. per l'anno 2012 in relazione al Budget definitivo assegnato con DGRM n° 1797 del 28/12/2012 e Determina DGASUR n° 978 del 31/12/2012;
4. Di registrare quale valore della produzione per gli assistiti di fuori regione, sulla base del fatturato lordo prodotto per l'anno 2012 gli importi di **€. 8.768.398,45** per le spedalità e ad **€. 569.856,48** per la specialistica ambulatoriale. Detti importi vengono contabilizzati rispettivamente sui sottoconti sezionali n.ri 05.05.01.01.01 e 05.05.06.01.01 del Bilancio dell'Esercizio 2012 e trovano la copertura economica nella contabilizzazione della mobilità attiva fuori Regione.
 5. Di richiedere alla Regione Marche l'autorizzazione ai sensi del primo comma dell'art. 69 della L.R. n° 11 del 07/05/2001 e s.m.i.;
 6. Di dare atto che la presente determina è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
 7. Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
 8. Di nominare Responsabile del contratto per gli aspetti amministrativi la Sig.ra Benedetta Capriotti, per gli aspetti sanitari il Dr. Mauro Passamonti;
 9. Di dare atto che ai fini della repertoriazione nel sistema Attiweb Salute, la presente determina rientra nei casi "*altre tipologie*".
- Ancona, sede legale ASUR

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Alberto Carelli

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Giorgio Caraffa

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Piero Ciccarelli

La presente determina consta di n. 32 pagine di cui n. 26 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

DIPARTIMENTO MACROSTRUTTURA SERVIZI TERRITORIALI - DISTRETTO

Normativa di riferimento

L. n° 502/92 e s.m.i.
L. n° 549 del 28/12/1995
L.R. n° 20 del 16/03/2000
L.R. n° 13 del 20/06/2003
D.G.R. n° 1551/2004 (Accordo Spedalità 2004)
D.G.R. n° 1592/2005 (Accordo Spedalità 2005)
D.G.R. n° 930/2007 (Accordo Spedalità 2006)
D.G.R. n° 1331/2008 (Accordo Spedalità 2007)
D.G.R. n° 800/2009 (Accordo Spedalità 2008)
D.G.R. n° 55/2010 (Accordo Spedalità 2009)
D.G.R. n° 572/2011 (Accordo Spedalità 2010)
D.G.R. n° 858/2009
D.G.R. n° 1075/2009
DGRM n° 1750/2011
D.L. 95/2012 conv. L. 135/2012 art. 15 comma 14
DGRM n° 1648 del 07/12/2011
D.G.R. n° 867 del 11/07/2005 (Accordo Specialistica 2005)
D.G.R. n° 943 del 31/07/2006 (Accordo Specialistica 2006)
D.G.R. n° 999 del 17/09/2007 (Accordo Specialistica 2007)
D.G.R. n° 1422 del 20/10/2008 (Accordo Specialistica 2008)
D.G.R. n° 58 del 18/01/2010 (Accordo Specialistica 2009)
D.G.R. n° 509 del 07/04/2008
D.G.R. n° 1704 del 28/12/2005
D.G.R. n° 1648/2011
Determ. Dir. Gen. ASUR n° 785 del 31/12/2005
Determ. Dir. Gen. ASUR n° 254 del 27/04/2006
Direttiva Dir. Gen. ASUR n° 1 prot. n° 2683 del 22/02/2008

La ex Zona Territoriale n° 12 oggi Area Vasta n° 5, si è avvalsa per anni della Casa di cura privata Villa Anna "Società per Azioni." di S. Benedetto del Tronto per l'erogazione a carico del SSN di prestazioni di ricovero e specialistiche ambulatoriali.

La Regione Marche, con Decreto del Dirigente della P.F. Accreditamenti, Investimenti, Attività Ispettiva e Ricerca n. 88/AIR del 14.3.2011, ha accreditato istituzionalmente senza prescrizioni con classe 4 la struttura sanitaria Casa di Cura Privata Villa Anna SpA di San Benedetto del Tronto per l'erogazione di prestazioni in regime:

- **di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per le seguenti branche:**

1. AFO MEDICA: 30 p.l. per le seguenti discipline:
 - a. medicina generale;
 - b. cardiologia.

2. AFO CHIRURGICA: 60 p.l. per le seguenti discipline:
 - a. chirurgia generale;
 - b. otorinolaringoiatria;
 - c. urologia;
 - d. ortopedia;
 - e. ginecologia;
 - f. oculistica.

3. LUNGODEGENZA POST-ACUZIE/RIABILITAZIONE: 10 p.l. per le seguenti discipline:
 - a. Riabilitazione;
 - b. Lungodegenza.

Con Decreto n° 138/DSS del 20/12/2012, ad integrazione del Decreto n° 88/AIR del 14/03/2011, la struttura è stata accreditata per l'erogazione di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno di Lungodegenza Post-acuzie con n° 10 Posti letto (cod.60) e Riabilitazione, con n° 10 Posti letto per le discipline di riabilitazione lungodegenza, mantenendo il numero complessivo di posti letto autorizzati ed accreditati, tramite la riconversione di n° 10 PP.LL. per acuti di AFO Medica.

• **ambulatoriale per le seguenti branche specialistiche:**

1. medicina generale (tutte le discipline ivi afferenti);
2. chirurgia generale (tutte le discipline ivi afferenti);
3. diagnostica per immagini;
4. laboratorio analisi;
5. endoscopia digestiva;
6. dermatologia;
7. oculistica;
8. urologia;
9. pneumologia;
10. ginecologia;
11. analgesia;
12. cardiologia;
13. diabetologia;
14. neurologia;
15. ortopedia;
16. recupero e rieducazione funzionale;
17. allergologia.

Il precedente rapporto contrattuale con la struttura sopra citata, è scaduto in data 31/12/2011 era stato recepito con la Determina del Direttore Generale ASUR n° 926 del 10/10/2011 ed approvato con D.G.R.M. n° 1525 del 14/11/2011.

In assenza e fatto salvo quanto verrà definito dalla Regione, per le prestazioni di ricovero e specialistiche ambulatoriali dell'anno 2012 si fa riferimento alla DGRM n. 572 del 19/04/2010 ad oggetto: "Recepimento dell'Accordo per l'anno 2010 con le case di cura private firmatarie", inoltre, per effetto della DGRM n° 1750 del 22/12/2011 e dell'art. 15 comma 14 del D.L. 95/2012 convertito in Legge n° 135/2012, i budget economici hanno subito una riduzione del 1,5% e dello 0,5% del Budget economico complessivo annuo, pari ad €. 5.183.591,42 di cui €. 4.868.908,52 per le prestazioni di ricovero ed €. 314.682,90 per le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Anche per l'anno 2012, l'Area Vasta n° 5 ha ritenuto necessario avvalersi delle prestazioni di ricovero e specialistiche ambulatoriali per le quali la Casa di Cura Villa Anna è accreditata, se non altro per garantire la libera scelta del cittadino e contenere e ridurre le liste di attesa.

IL Direttore dell'Area Vasta n° 5, con le procedure di cui alla D.G.R.M. n° 1704 del 28/12/2005 ed in esecuzione di quanto recato dalla Direttiva del Direttore Generale n° 1 del 22/02/2008, ha convenuto con il rappresentante legale della Casa di Cura e sottoscritto il contratto per l'anno 2012 in data 15/02/2013 che si allega al presente atto come parte integrante formale e sostanziale.

Pertanto

SI PROPONE

1. Di recepire ed approvare il contratto per il piano delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale per l'anno 2012, concordato e definito con il rappresentate legale della Casa di Cura privata accreditata Villa Anna – S.p.A. di San Benedetto del Tronto, che si allega al presente atto come parte integrante formale e sostanziale;
2. Di dare atto che la spesa preventiva massima che può derivare dal presente atto per gli assistiti della Regione Marche per l'anno 2012 è pari ad **€ 5.183.591,42** di cui **€ 4.868.908,52** per le spedalità ed **€ 314.682,90** per la specialistica ambulatoriale;
3. Di demandare al Servizio Economico dell'Area Vasta n° 5 di registrare la spesa di complessiva di **€ 5.183.591,42**, per **€ 4.868.908,52** sul sottoconto n. 05.05.01.01.01 e per **€ 314.682,00** sul sottoconto n. 05.05.06.01.01. per l'anno 2012 in relazione al Budget definitivo assegnato con DGRM n° 1797 del 28/12/2012 e Determina DGASUR n° 978 del 31/12/2012;
4. Di registrare quale valore della produzione per gli assistiti di fuori regione, sulla base del fatturato lordo prodotto per l'anno 2012 gli importi di **€ 8.768.398,45** per le spedalità e ad **€ 569.856,48** per la specialistica ambulatoriale. Detti importi vengono contabilizzati rispettivamente sui sottoconti sezionali n.ri 05.05.01.01.01 e 05.05.06.01.01 del Bilancio dell'Esercizio 2012 e trovano la copertura economica nella contabilizzazione della mobilità attiva fuori Regione.

5. Di richiedere alla Regione Marche l'autorizzazione ai sensi del primo comma dell'art. 69 della L.R. n° 11 del 07/05/2001 e s.m.i.;
6. Di dare atto che la presente determina è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
7. Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
8. Di nominare Responsabile del contratto per gli aspetti amministrativi la Sig.ra Benedetta Capriotti, per gli aspetti sanitari il Dr. Mauro Passamonti;
9. Di dare atto che ai fini della repertoriazione nel sistema Attiweb Salute, la presente determina rientra nei casi "altre tipologie".

Il Responsabile del Procedimento
Sig.ra Benedetta Capriotti

e-mail: benedetta.capriotti@sanita.marche.it

**PARERE DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO MACROSTRUTTURA SERVIZI
TERRITORIALI - DISTRETTO - :**

Il Sottoscritto esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità del presente provvedimento e ne propone l'adozione al Direttore Generale.

IL DIRETTORE
Dr. Giovanna Picciotti

**ATTESTAZIONE DEL DIRIGENTE/RESPONSABILE DELL'U.O. ECONOMICO
FINANZIARIA**

Il Sottoscritto, prende atto della dichiarazione espressa dal Responsabile del Procedimento e attesta la copertura economica/finanziaria della spesa del presente provvedimento sui conti n°ri 05.05.01.01.01 e 05.05.06.01.01. per l'anno 2012 in relazione al Budget definitivo assegnato con DGRM n° 1797 del 28/12/2012 e Determina DGASUR n° 978 del 31/12/2012.

**Per il Dirigente U.O.
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA
Il Funzionario Delegato
(Bruna Pelliccioni)**

- ALLEGATI -

Accordo Contrattuale di n° 18 pagine e di n° 19 articoli, e n° 8 pagine allegate in materiale cartaceo.

CONTRATTO

(ex ART. 8 quinquies D. Lgs. n° 502/92 e s.m.i.)

TRA L'ASUR MARCHE AREA VASTA N° 5 E LA CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA " VILLA ANNA S.P.A. " DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO PER L'AFFIDAMENTO DI UN PIANO DI PRESTAZIONI DI RICOVERO E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER L'ANNO 2012.

PREMESSO CHE

- la Regione Marche, con Decreto del Dirigente della P.F. Accreditamenti, Investimenti, Attività Ispettiva e Ricerca n. 88/AIR del 14.3.2011, ha accreditato istituzionalmente senza prescrizioni con classe 4 la struttura sanitaria Casa di Cura Privata Villa Anna SpA di San Benedetto del Tronto per le discipline e branche di seguito elencate;
- la Giunta Regionale, con decreto del Servizio Salute n. 28/S04 del 15 febbraio 2010, ha riconosciuto l'attestazione di qualità UNI EN ISO 9001:2008 rilasciata da CSQ e la relativa pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

Attività di degenza

I posti letto alla data del 30.12.1997 (D.G.R.M. n° 3501) come rilevati nella lettera prot. 23675 del 18/11/1997, erano:

Disciplina	P. L.
Medicina Generale	27
Cardiologia	8
Chirurgia Generale	26
Ortopedia	8
Ostetricia e Ginecologia	15
Totale	84

Con la Deliberazione del Consiglio Regionale n° 163 del 19.01.2005, "Approvazione del Piano Sanitario Regionale 2003-2006" per il riordino dell'assetto ospedaliero, sono stati previsti per la struttura i seguenti posti letto:

AFO	P. L.
Medica	28
Chirurgica	46
Lungodegenza	10
Totale	84

Con la Delibera del Direttore Generale della AUSL n° 102 del 17.12.2002 inerente l'accordo contrattuale per gli anni 2002-2003, si è convenuta la riconversione di n. 5 posti letto di lungodegenza in 5 posti letto di riabilitazione

Con la Deliberazione del Consiglio Regionale n° 77 del 26.01.2009 avente ad oggetto "Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali della Regione", sono stati previsti per la struttura i seguenti posti letto:

Disciplina	P. L.		
	ORD	DS/DH	TOT
Chirurgia Generale	18	2	20
Ortopedia	10	2	12
Ostetricia e ginecologia	7	2	9
Oculistica	1	4	5
Medicina generale	28	0	28
Lungodegenza	10	0	10
Totale	74	10	84

La Casa di Cura Privata Villa Anna Spa con lettera prot. n. 86 del 11 marzo 2009 comunicava alla propria organizzazione regionale (AIOP) che andava apportata, all'atto di ricognizione di cui sopra, la modifica riguardo ai dieci posti letto di lungodegenza, trasformati in cinque posti letto di lungodegenza e cinque posti letto di riabilitazione.

Con la DGRM n. 572 del 19/04/2011 è stato recepito l'accordo regionale con i rappresentanti AIOP per l'anno 2010. Nelle more della definizione a livello regionale dei nuovi accordi relativi alla materia oggetto della presente trattazione, si deve necessariamente far riferimento all'ultimo contratto in corso di validità e pertanto il presente atto sarà redatto secondo i criteri di cui alla DGRM sopra menzionata.

Il budget 2011 previsto con la Determina del Direttore Generale n. 926 del 10/10/2011, approvata con DGRM n. 1525 del 14/11/2011, è stato di €. 4.968.274,00 per le prestazioni di ricovero, e di € 321.105,00 per le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

La DGRM n. 1750 del 22/12/2011 ha previsto tra l'altro, una riduzione dell'1,5% rispetto alla previsione 2011, per l'Ospedaliere convenzionata e l'acquisto di ricoveri e per la specialistica esterna. Il D.L. 6/7/12, n. 95, convertito con L.7/8/12 n. 135, all'art. 115, comma 14, ha previsto che a tutti i contratti per l'anno 2012 di cui all'art. 8- quinquies del D.Lgs. 502/92 relativi all'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza

ospedaliera si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura percentuale fissa, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata 2011, dello 0,5% per l'anno 2012, dell'1% per il 2013 e del 2% dal decorrere dell'anno 2014. La misura del contenimento della spesa è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni (DGRM n° 1570/2011).

Attività di specialistica ambulatoriale

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale che venivano erogate alla data della D.G.R.M. n° 3501 del 30/12/1997, così come indicate nella Deliberazione del Direttore Generale dell'ex AUSL 12, n° 826 del 16.8.1999, erano:

- Analisi cliniche e Radioimmunologiche
- Radiodiagnostica e Terapia radiante
- Fisioterapia e Fisiokinesiterapia
- Cardiologia
- Chirurgia
- Ostetricia e ginecologia
- Otorinolaringoiatria

La DGRM 572/2011 è riferita anche all'attività specialistica ambulatoriale.

la Regione Marche, con Decreto del Dirigente della P.F. Accreditamenti, Investimenti, Attività Ispettiva e Ricerca n. 88/AIR del 14.3.2011, ha accreditato istituzionalmente senza prescrizioni con classe 4 la struttura sanitaria Casa di Cura Privata Villa Anna SpA di San Benedetto del Tronto per l'erogazione di prestazioni in regime:

• **di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per le seguenti branche:**

4. **AFO MEDICA**: 30 p.l. per le seguenti discipline:

- a. medicina generale;
- b. cardiologia.

5. **AFO CHIRURGICA**: 60 p.l. per le seguenti discipline:

- a. chirurgia generale;
- b. otorinolaringoiatria;
- c. urologia;
- d. ortopedia;
- e. ginecologia;
- f. oculistica.

6. **LUNGODEGENZA POST-ACUZIE/RIABILITAZIONE**: 10 p.l. per le seguenti discipline:

- a. Riabilitazione;
- b. Lungodegenza.

Con Decreto n° 138/DSS del 20/12/2012, ad integrazione del Decreto n° 88/AIR del 14/03/2011, la struttura è stata accreditata per l'erogazione di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno di Lungodegenza Post-acuzie con n° 10 Posti letto (cod.60) e Riabilitazione, con n° 10 Posti letto per le discipline di riabilitazione lungodegenza, mantenendo il numero complessivo di posti letto autorizzati ed accreditati, tramite la riconversione di n° 10 PP.LL. per acuti di AFO Medica.

• **ambulatoriale per le seguenti branche specialistiche:**

18. medicina generale (tutte le discipline ivi afferenti);
19. chirurgia generale (tutte le discipline ivi afferenti);
20. diagnostica per immagini;
21. laboratorio analisi;
22. endoscopia digestiva;
23. dermatologia;
24. oculistica;
25. urologia;
26. pneumologia;
27. ginecologia;
28. analgesia;
29. cardiologia;
30. diabetologia;
31. neurologia;
32. ortopedia;
33. recupero e rieducazione funzionale;
34. allergologia.

Il comma 8 dell'art. 2 della L. 28/12/95, n. 549, ha previsto che, nell'ambito dei rapporti di cui all'art. 8, quinquies, del D.Lgs. 502/92, le unità sanitarie locali contrattano con le strutture private eroganti prestazioni sanitarie un piano annuale preventivo che ne stabilisca quantità presunte e tipologia, anche ai fini degli oneri da sostenere.

L'art.23 della L.R. 20/2000 ha previsto che i soggetti accreditati possono accedere alle procedure negoziali per la definizione dei piani delle prestazioni di cui all'art.2, comma 8, della L. 28/12/95, n. 549.

La DGRM n. 17 del 17/01/2011 ha approvato le linee di indirizzo per l'attuazione del Piano della Salute 2010/2012 che costituiscono la direttiva vincolante per l'ASUR e le ZT, ora Aree Vaste. Fra l'altro, al punto 1.5.1 ha previsto la "determinazione da parte dell'ASUR/ZT ora AV, ai fini della committenza, della tipologia e della quantità di prestazioni erogabili dalle strutture private in rapporto alla propria capacità" e la "sottoscrizione di accordi contrattuali tra ASUR/ZT ora AV, ed erogatori privati nei limiti dei tetti di spesa individuati nell'ambito della programmazione regionale"; ed al punto

1.5.2 “L’attività che può essere contrattata deve esse finalizzata ad incrementare l’offerta in Zona/Area Vasta al fine di ridurre la mobilità sia intra che extra regionale” nonché la riduzione delle liste di attesa.

La DGRM n° 1137 del 23 Luglio 2012, ha rideterminato i pp.ll. complessivi per l’AV5 in n° 666 per acuti ordinari/DH (erano 767), in n° 163 per Post Acuzie/Lungodegenze e Riabilitazione (erano 104) per un totale di n° 829 posti letto (erano 871).

TUTTO CIÒ PREMESSO

FRA

L’Azienda Sanitaria Unica Regionale, Via Caduti del lavoro n. 40 – 60131 ANCONA – C.F. e P.I.: 02175860424 (in seguito denominata ASUR AREA VASTA N° 5 di Ascoli Piceno), rappresentata dal Direttore Dott. Giovanni Stroppa, domiciliato per la carica presso la sede della Area Vasta n.5 sita in Ascoli Piceno in Via degli Iris, delegato alla sottoscrizione del contratto ex Direttiva del Direttore Generale n. 1 del 22/02/2008

E

La Casa di Cura Privata Villa Anna – Società per Azioni, con sede a San Benedetto del Tronto, Via Toscana n. 159 Codice Fiscale e Partita IVA: 00219170446 (in seguito denominata Casa di Cura) rappresentata dal legale rappresentante e Presidente del Consiglio di Amministrazione, nella persona dell’Avv. Simone Ferraioli, C.F. FRRSMN76M12H769D domiciliato presso la sede della struttura

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Art. 1

Le premesse di cui innanzi e la Determina del Direttore Generale dell’ASUR Marche n° _____ del _____ approvata con D.G.R.M. n° _____ del _____ sono parti integranti, formali e sostanziali del presente contratto.

Art. 2

Oggetto

L’ASUR Marche Area Vasta n.5 si avvale anche della Casa di Cura Privata Villa Anna - Società per Azioni, istituzionalmente accreditata come in premessa, sita in San Benedetto del Tronto (AP) in Via Toscana n° 159, per l’erogazione di prestazioni di ospedalità e specialistica ambulatoriale nell’anno 2012 a favore dei pazienti residenti nel suo ambito territoriale, di pazienti residenti in ambiti di altre Aree Vaste della Regione Marche le cui prestazioni a carico del SSR vengono liquidate dall’Area Vasta n° 5 in regime di mobilità sanitaria attiva, nelle forme e nei limiti del piano delle prestazioni come appresso specificato.

Art. 3

Piano delle prestazioni:

Tipologia quantitativa e qualitativa del piano di committenza dell’ ASUR Area Vasta n° 5

Per l'anno 2012 saranno riconoscibili le tipologie di prestazioni (quantità e qualità) pressoché uguali a quelle erogate nel 2011, con le riduzioni quantitative di cui alla DGRM 1750/11 ed alla L. 135/12, sotto elencate che devono comunque risultare compatibili con l'accreditamento istituzionale assegnato ed il fabbisogno previsto dagli indirizzi della programmazione regionale, nonché con le dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità, e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni ed alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi, nonché con le condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa ed alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato. Si conviene a preventivo che, fermo restando il budget complessivo della struttura per gli assistiti della Regione Marche, così come rideterminato per quanto alla DGRM 1750/11 ed alla L. 135/12, nelle more di specifico accordo per l'anno 2012, costituito dalla sommatoria dei budget specifici per l'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale, i budget delle varie tipologie di prestazioni, saranno considerati comunicanti e complessivamente invalicabili

Premesso che, come disposto dalla DGRM n° 572/2011, il ricovero può essere proposto:

- da qualunque medico di medicina generale;
- da pediatra di libera scelta;
- da specialista dipendente o convenzionato deal Servizio Sanitario Nazionale;
- da Pronto Soccorso di struttura pubblica;
- per trasferimento da un reparto di una struttura pubblica.

saranno riconoscibili:

SPEDALITA'

DRG CHIRURGICI

Nell'ambito dell'attività chirurgica, la produzione specialistica di cui sopra, dovrà comunque essere effettuata con i seguenti vincoli:

Per l'attività di **Ortopedia** l'Area Vasta n° 5 ha necessità di un incremento dell'attività della Casa di Cura rispetto all'anno 2010, per contrastare la mobilità passiva, in special modo per quanto concerne la protesica.

Per l'attività di **Oculistica** l'Area Vasta n° 5 ha necessità di interventi per cataratta (attuale DRG n° 39) per gli assistiti della Regione Marche, per cui la Casa di cura si impegna ad erogare almeno n° 500 prestazioni;

I DRG di **Chirurgia Generale Dermatologica** vanno gestiti a livello ambulatoriale riservando l'attività di ricovero diurna ed ordinaria ai soli casi che necessitano di un posto letto per problematiche di sorveglianza post-operatoria secondo i criteri per pazienti a rischio di patologia medica concomitante secondo i protocolli allegati alla nota del Servizio Salute prot.n°171617 del 27/03/09.

Viene prevista la possibilità di interventi chirurgici anche nella disciplina di Otorino laringoiatria.

Si stabilisce sin da ora che, eventuali ed ulteriori progetti di interesse regionale (riduzione della mobilità passiva, riduzione tempi di attesa etc.) deliberati dalla Giunta e non recepiti dal presente accordo, costituiranno parte integrante del presente accordo così, come eventuali disposizioni derivanti dall'applicazione della DGRM n° 17/2011.

DRG MEDICI

Le tipologie di ospedalità verranno considerate appropriate:

- Per n° 200 ricoveri per gli assistiti della Regione Marche, disposti dal Pronto Soccorso dell'Ospedale (ricoveri ordinari acuti).
Dal 01/01/2012 i ricoveri di Area Medica saranno disposti dal Pronto Soccorso della Struttura Pubblica salvo un massimo di 20 ricoveri gestiti direttamente dalla Casa di cura ;
- Se disposti su richiesta del Medico di Medicina Generale in conformità ai criteri di appropriatezza di cui alla DGRM n° 1212/2004.

La Casa di cura fornisce mensilmente al Dirigente del Pronto Soccorso dell'Ospedale e al Dirigente Medico della P.O. del Distretto, i report specifici relativi ai ricoveri inviati dal Pronto Soccorso stesso;

Per i ricoveri da Pronto Soccorso, che dovranno essere contraddistinti all'interno del file A "Ricoveri ospedalieri ordinario/diurno" compilando il campo "autorizzazione" (posizione 118) con codice "3" (ricovero richiesto da pronto soccorso pubblico), non verrà richiesto alla struttura pubblica il rimborso delle prestazioni erogate dal P.S. stesso.

Qualora, nei ricoveri da Pronto Soccorso, non sia compilato il codice "3" che identifica la provenienza del ricovero dal P.S., la cartella sarà sottoposta al controllo della Commissione Paritetica.

Nel caso di paziente che, senza essere transitato dal Pronto Soccorso o dal Medico di Medicina Generale o Specialista dipendente o convenzionato del SSN, si presenti in Casa di Cura, questa potrà disporre automaticamente il ricovero laddove la condizione clinica non consenta il rinvio al Pronto Soccorso o nei casi in cui si possa configurare l'omissione di soccorso.

Il modulo di invio da Pronto Soccorso o di trasferimento da un reparto di struttura pubblica è un documento probante ai fini del riconoscimento dell'appropriatezza.

Inoltre:

- non sono ammessi i ricoveri a scopo diagnostico;
- devono essere contenuti i ricoveri con DRG 127, 136, 139, 143, 202, 278, 463, 464, a rischio di inappropriatezza LEA che non potranno essere superiore al 50% del numero dell'anno precedente, (non considerando nella percentuale i ricoveri inviati da P.S. della struttura pubblica);
- non sono ammessi ricoveri in D.H. medico;
- i ricoveri ripetuti per il medesimo DRG medico dello stesso paziente con rientro entro 4 giorni verranno cumulati con il precedente ricovero ai fini della sua valorizzazione (DGRM n° 572/2011)

- i ricoveri ripetuti per lo stesso DRG medico dello stesso paziente con rientro tra 5 e 10 giorni subiranno un abbattimento del 10%, a meno che tali ricoveri non siano disposti dal pronto soccorso della struttura pubblica (DGRM n° 572/2011)

Ai fini di quanto al punto 7 dell'Accordo ex DGRM n° 572/2011, si concorda che il numero dei ricoveri effettuati per invio da Pronto Soccorso rientranti nel budget è pari a n° 200.

RIABILITAZIONE

Vengono riconosciuti appropriati solo i ricoveri disposti dai reparti di strutture pubbliche o di case di Cura convenzionate nell'ambito e nella compatibilità dei n° 5 posti letto di **Riabilitazione** comunque per un massimo complessivo **n. 1.500 giornate di degenza** annue, con accessi secondo quanto al protocollo convenuto in data 25/03/2009 con i rappresentanti della Casa di Cura e il Dirigente del Servizio Salute. Il trasferimento dal reparto di Ortopedia al reparto di Riabilitazione, avverrà mediamente non prima dell'ottava giornata di degenza.

- Intervento ortopedico di chirurgia protesica maggiore
- Durata del trattamento riabilitativo mediamente non inferiore a 10 giorni e non superiore a 25, e nel rispetto del Regolamento per l'utilizzo dei cinque posti di Riabilitazione che di seguito viene riportato:

Finalità dell'assistenza

Le finalità per il ricorso al ricovero in Riabilitazione sono rappresentate da:

1. *recupero di disabilità medio - severe secondarie a patologie complesse;*
2. *elevato gradiente di modificabilità in senso migliorativo;*
3. *necessità di un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico.*

La Riabilitazione è caratterizzata essenzialmente dall'attuazione di interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e da altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazioni a contenere, minimizzare o annullare la sua disabilità, ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare lavorativo, scolastico e sociale.

La necessità di effettuare tale intervento in regime di ricovero ("Riabilitazione Intensiva"), per le Strutture Sanitarie comporta l'obbligo, secondo quanto descritto nelle "Linee guida per le attività di Riabilitazione" (11 marzo 1998), di pianificare un progetto con programmi di riabilitazione individuale e personalizzato e di effettuare "almeno tre ore giornaliere di terapia specifica (intese come quelle erogate direttamente dal personale tecnico sanitario della riabilitazione ...)".

Condizioni di eleggibilità e di esclusione

La tipologia dei pazienti da assistere in "Riabilitazione Intensiva" è la seguente:

- *Pazienti già ricoverati per un evento vascolare acuto cerebrale;*
- *Pazienti che hanno subito un intervento di chirurgia ortopedica maggiore, in condizioni cliniche relativamente stabili ma che necessitino di rieducazione motoria ad elevata intensità, da parte di*

personale medico e tecnico della riabilitazione non erogabile efficacemente in regimi alternativi.

Standard Assistenziali

La Direzione Sanitaria della Casa di Cura si impegna a garantire gli standard assistenziali e di personale previsti dalle normative vigenti (Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 7 maggio 1998, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 124 del 30 maggio 1998: “Linee Guida Ministeriali per le Attività di Riabilitazione”) e la continuità assistenziale.

A) LUNGODEGENZA:

Vengono riconosciuti come appropriati solo i ricoveri disposti dai reparti per acuti di strutture pubbliche nell’ambito e nella compatibilità di n° 5 posti letto di Lungodegenza per un totale di n° 1500 giornate di degenza.

Per l’attività di Lungodegenza(cod. 60) la tariffa giornaliera è quella fissata nella DGRM n° 55 del 18/01/2010 incrementata del 10% a seguito dell’accreditamento ottenuto per il livello 4. Il valore soglia è individuato in 60 giorni, superati i quali si applicherà un abbattimento del 30% della tariffa. I ricoveri che supereranno tale limite, dovranno essere adeguatamente motivati.

Finalità dell’Assistenza in Lungodegenza e Condizioni di eleggibilità

La finalità del ricovero in Lungodegenza è la prosecuzione dell’assistenza ospedaliera a pazienti fragili, generalmente affetti da comorbidità, che necessitano di un ulteriore periodo di cure mediche e infermieristiche al fine di ottenere la stabilizzazione – guarigione della malattia e il recupero dell’autonomia possibile.

La tipologia dei pazienti da assistere in Lungodegenza è la seguente:

- *Pazienti con pluripatologie ed instabilità clinica tale da richiedere controlli medici quotidiani e sorveglianza e cure infermieristiche intensive;*
- *Pazienti post-chirurgici in condizioni cliniche relativamente stabili ma che necessitano di sorveglianza medica e medicazioni ripetute ed impegnative;*
- *Pazienti oncologici che richiedono cicli di terapie intensive di supporto, sotto sorveglianza medica, non effettuabili a domicilio per motivi sanitari;*
- *Pazienti neurologici che necessitano soprattutto di assistenza infermieristica, ferme restando per l’assistenza medica le condizioni di instabilità di cui sopra;*
- *Pazienti affetti da insufficienza respiratoria medio - grave insorta acutamente tanto da aver determinato il ricovero;*
- *Pazienti cardiopatici, vasculopatici periferici o diabetici dopo uno scompenso che ha richiesto il ricovero in reparto per acuti.*

Modalità di accesso e Durata

Alla Lungodegenza si può accedere dopo ricovero in reparto per acuti di Ospedale o Casa di Cura.

I pazienti eleggibili potranno essere trasferiti alla Lungodegenza della stessa Casa di cura previa valutazione congiunta del Responsabile del Coordinamento Unico Geriatrico dell' Area Vasta n° 5 e del Responsabile della Lungodegenza della Casa di Cura.

La durata della degenza media dovrà essere di norma in media di 25 giorni, contenuta entro i 60 giorni. Qualora la degenza di un paziente si protragga oltre i 30 giorni, dovrà essere redatta apposita relazione da parte dei citati Sanitari.

Le parti si impegnano a concordare modalità che assicurino la continuità assistenziale

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALE

La Casa di cura si obbliga a fornire il calendario annuale per le prenotazioni al CUP dell' Area Vasta n° 5. Nell'ambito della riorganizzazione del sistema di offerta, riduzione dei tempi di attesa e la riduzione dei posti ospedalieri per acuti, coerentemente con le indicazioni della DGRM n° 17/2011, vengono definite le seguenti attività specialistiche ambulatoriali, con l'intesa che, per la comunicazione dei budget tra ricoveri e attività ambulatoriale già concordata, tutte le prestazioni ambulatoriali erogate in regime convenzionale e prenotate tramite CUP (DGRM n° 1040/2011) verranno riconosciute e liquidate nell'ambito del budget generale della struttura, per cui ai fini del calcolo dell'eventuale extra-budget non liquidabile, verranno considerate solo le prestazioni di ricovero.

1. medicina generale (tutte le discipline ivi afferenti);
2. chirurgia generale (tutte le discipline ivi afferenti);
3. diagnostica per immagini, incluse Risonanza Magnetica e TAC
4. laboratorio analisi,
5. endoscopia digestiva;
6. dermatologia;
7. oculistica;
8. urologia;
9. pneumologia;
10. ginecologia;
11. analgesia;
12. cardiologia;
13. diabetologia;
14. neurologia;
15. ortopedia;
16. recupero e rieducazione funzionale;
17. allergologia-

Art. 4

Prestazioni incluse nell'attività di ricovero

Sono da erogarsi obbligatoriamente all'interno dell'episodio di ricovero senza ulteriori oneri per il SSN e senza costi o disagi per il cittadino:

- a) gli esami preliminari al ricovero per la valutazione del rischio anestesilogico;
- b) i controlli e le medicazioni post-dimissione di cui alla DGRM n. 926 del 19/04/1999.

Il rispetto di queste regole verrà verificato con appositi controlli dall'Area Vasta n° 5.

Art. 5

Requisiti strutturali ed organizzativi

La Casa di Cura si obbliga a possedere locali, attrezzature e personale idonei per l'erogazione delle prestazioni di ospedalità, degli interventi chirurgici e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui al piano delle prestazioni, nonché al rispetto dei requisiti e degli standard di qualità stabiliti dalle norme nazionali e regionali, ivi compreso quanto alla L. R. 20/2000, in materia di ricovero ospedaliero, dai manuali di autorizzazione e di accreditamento adottati dalla Regione Marche, nonché dagli accordi quadro regionali con le rappresentanze di categoria vigenti anche se in regime di prorogatio.

Si obbliga, altresì, a garantire per il personale, che deve essere in possesso dei titoli per l'assunzione presso la Pubblica Amministrazione e non deve versare in situazioni di incompatibilità, il rispetto degli accordi nazionali di lavoro vigenti di categoria.

Contestualmente si obbliga a rispettare quanto ai DD. LL. gg. ss. n° 81/08 e n° 196/03 e s.m.i.

La Casa di Cura produce, unitamente all'autocertificazione del possesso dei requisiti minimi di personale previsti dalla DGRM 2200/2000 e s.m.i., un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato nell'assistenza distinto per qualifica, specializzazione, e corredato della aggregazione tipologica di attività, nel quale viene attestato che il medesimo personale non è impiegato in altre attività, in regime di accreditamento o meno, svolte dalla struttura e tiene scorporata l'aliquota corrispondente alla porzione di orario impiegato in altre funzioni. Tale prospetto, che si allega al presente contratto come parte integrante e sostanziale dello stesso (*allegato n 1*), è corredato da una relazione descrittiva sui principali assetti organizzativi: turno tipo del personale infermieristico, sistema di copertura medica su 24 ore, turni delle reperibilità, funzionamento delle sale operatorie.

La Casa di Cura si obbliga a produrre alla fine dell'anno analoga documentazione a consuntivo corredata dal riepilogo di tutto il personale che comunque ha operato nella struttura nel 2012.

Tutte le prestazioni erogate devono essere compatibili e congrue con la capacità produttiva della struttura ed i livelli assistenziali devono risultare uniformi a quelli dell'ospedale.

Art. 6

Controlli di appropriatezza delle prestazioni e verifiche

L'appropriatezza dell'attività di ricovero è sottoposta a verifica secondo le indicazioni della D.G.R.M. n° 1212 del 19/10/2004 s.m.i., e secondo le indicazioni fornite dal Dirigente del Servizio Salute con la nota Prot. n° 183134/SO4/RSO CMM del 26/03/2010 successivi aggiornamenti.

I controlli saranno effettuati almeno sul 10% dei ricoveri.

Riguarderanno inoltre i fenomeni segnalati dal Servizio Salute in occasione dell'incontro con l'AIOP del 2 aprile 09 e successivamente dettagliati per la struttura nella documentazione integrativa fornita nell'incontro con l'AIOP del 7 aprile 09.

I controlli verranno coordinati dal Servizio Salute in collaborazione con il CVPS dell'ASUR. L'impatto degli esiti dei controlli verranno definiti a livello di AV con il coinvolgimento del Servizio Salute e dell'AIOP in caso di contestazioni.

Inoltre in riferimento alla DGRM n° 1137 del 23/07/2012, si stabilisce che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 Novembre 2001, viene integrato con quanto riportato negli allegati A e B del Patto della Salute 2010/2012 approvato dalla Conferenza Stato/Regioni, in cui sono riportati i 107 DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria e l'elenco delle n° 24 prestazioni ad alto rischio di non appropriatazza in regime di Day Surgery, trasferibili in regime ambulatoriale.

Art. 6 Bis

Controlli amministrativi e sanitari

Ai sensi del comma 8 opties del D.L.gvo 502/92 s.m.i., l'Area Vasta n° 5 si riserva comunque di effettuare presso la Casa di Cura, a sua discrezione nei tempi e nel numero i controlli ritenuti più opportuni, sia a livello sanitario che amministrativo, al fine di verificare l'appropriatazza e la qualità delle prestazioni erogate, la corretta applicazione del presente contratto e delle norme di legge su cui esso si basa.

La casa di cura si impegna, in base alla legge 133/08 a trasmettere per via telematica tutte le cartelle cliniche che devono essere sottoposte a verifica. Inoltre la Casa di cura si obbliga al rilascio immediato degli atti e dei documenti richiesti dall'ASUR Area Vasta n° 5 o dai suoi delegati.

Art. 7

Tariffe delle prestazioni

Le prestazioni di ospedalità erogate a favore degli assistiti della Regione Marche e di Fuori Regione, vengono remunerate con gli importi relativi ai rispettivi DRG derivanti da quanto disposto dalla DGRM n. 1648 del 7/11/2011 e quant'altro previsto nella DGRM n° 572/2011 nelle more di definizione da parte della Regione Marche del nuovo accordo 2012 con le Case di cura private multispecialistiche accreditate.

Le prestazioni riconosciute non appropriate dalla Commissione Paritetica e/o dal Comitato di Verifica delle Prestazioni Sanitarie (CVPS) e quelle non riconoscibili secondo la vigente normativa saranno valorizzate in base ai criteri previsti dalla DGRM n° 1212/2004 e secondo le indicazioni fornite dal Dirigente del Servizio Salute con nota protocollo 183134/S04/RSO/CMM del 26 marzo 2010. Sulla produzione addebitata con le tariffe di cui sopra verranno effettuati automaticamente gli abbattimenti stabiliti dalla DGRM n° 572/2011, che nel presente contratto viene riassunta in ogni sua parte nelle more della definizione da parte della Regione Marche del nuovo accordo per il 2012 con le Case di cura private multispecialistiche accreditate.

Le tariffe per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate a favore degli assistiti della Regione Marche sono quelle previste dal Nomenclatore Tariffario di cui alle deliberazioni della Giunta della Regione Marche n.ri 991/03, 1410/04, 1552/04, 486/05 e 453/ 2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

A tutte le tariffe viene applicato lo sconto previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n° 509/2008 in attuazione della Legge Finanziaria 2007. Ai fini della liquidazione, l'operazione verrà regolata contabilmente a fine anno con l'emissione, da parte della Casa di Cura, di una nota rettificativa.

Art. 8

Prestazioni per i residenti di altre Regioni a carico del SSN

La Casa di Cura potrà erogare le medesime prestazioni di cui ai precedenti articoli, alle medesime condizioni e nei limiti della residua disponibilità di dotazioni e mezzi, oltre che compatibilmente con la sommatoria dei valori soglia dei DRG, anche a pazienti residenti in altre regioni italiane.

Esse verranno riconosciute dalla ASUR Area Vasta n°5 al di fuori dei tetti di spesa fissati nel presente contratto per gli assistiti della Regione Marche con le stesse modalità, criteri di appropriatezza e tariffe previste per le prestazioni agli assistiti della Regione Marche.

La retribuzione di tali prestazioni è disciplinata dall'accordo regionale di riferimento ed è in ogni caso subordinata al riconoscimento da parte delle regioni debentrici in sede di compensazione della mobilità sanitaria.

Il Servizio Salute, in collaborazione con l'Agenzia Regionale Sanitaria e l'Area Vasta 5 comunicherà le contestazioni effettuate dalle altre regioni, sia relativamente ai dati anagrafici che ai controlli di appropriatezza previsti dal Testo Unico della Mobilità sanitaria.

La casa di cura dovrà fornire la documentazione necessaria nei tempi previsti per il rispetto delle scadenze per l'invio delle controdeduzioni secondo le indicazioni del T.U.

Per i ricoveri oggetto di contestazione da parte delle altre regioni, si detraerà il relativo importo dagli addebiti della Casa di Cura fino alla conclusione del contenzioso.

Ferme restando le attuali procedure relative ai ricoveri contestati in sede di mobilità interregionale, la conclusione delle contestazioni e la relativa regolarizzazione del pagamento da parte dell'Area Vasta alla Casa di Cura saranno completate sulla base degli accordi con la regione contestante.

Art. 9

Budget

Per le prestazioni di ricovero riconoscibili, erogate a favore degli assistiti dell'Area Vasta n° 5 e delle altre Aree Vaste dell'ASUR Marche viene definito, per l'anno 2012, il budget economico complessivo annuo pari ad € **4.868.908,52 (budget 2011 da proroga DGRM 572/2011 –riduzione 1,5% e 0,5%)** nelle more della definizione da parte della Regione Marche del nuovo accordo 2012 con le Case di cura private multispecialistiche accreditate.

In detto Budget, sono ricompresi gli importi relativi alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel periodo pre e post-ricovero che rientrano nel DRG.

Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali riconoscibili, erogate a favore degli assistiti dell'Area Vasta n° 5 e delle altre AV dell'ASUR, viene definito il budget economico annuale pari ad € **314.682,90. (budget 2011 da proroga DGRM 572/2011 –riduzione 1,5% e 0,5%).**

Per effetto della DGRM n° 1750 del 22/12/2011 e dell'art. 15 comma 14 del D.L. 95/2012 convertito in Legge n° 135/2012, i budget economici hanno subito una riduzione del 1,5% e dello 0,5% del Budget economico complessivo annuo.

Fermo restando il budget complessivo della struttura, tetto di spesa pari ad **€. 5.183.591,42** costituito dalla somma di quello dell'attività di ricovero più quello delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, la Casa di Cura e la ASUR Area Vasta n° 5 concordano fin da ora di rendere comunicanti i budget sia dell'attività di ricovero che ambulatoriali così come previsto dall'Accordo Regionale per l'anno 2010, recepito dalla DGRM 572 del 19/04/2011.

Il tetto di spesa sopra definito è riferito a tutto l'anno 2012, quindi la Casa di Cura si impegna a distribuire le prestazioni nei limiti quantitativi di 1/12 del Budget per ogni mese dell'anno al fine di soddisfare i bisogni degli assistiti, le priorità e le urgenze.

Art. 10

Debiti informativi

La Casa di Cura s'impegna a presentare all'Ufficio Protocollo dell'AV n°5 entro il decimo giorno del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, contabilità mensili costituite da:

- fatture commerciali distinte per ospedalità, per prestazioni specialistiche ambulatoriali e per assistiti dell'Area Vasta n° 5, di ciascuna altra Area Vasta dell'ASUR e di altre ASL fuori regione;
- prospetti riassuntivi delle prestazioni di ospedalità distinti per Area Vasta e ASL di appartenenza degli assistiti, con le relative SDO (sia in formato cartaceo che su supporto informatico) sulle quali, fra l'altro dovranno essere riportate le date di prenotazione di tutti i ricoveri programmati ordinari e D.S. ed i codici fiscali. Le SDO devono essere correttamente compilate in tutti i campi in modo tale che i componenti della CVPS possono verificarne l'appropriatezza o meno del ricovero.
- In area chirurgica i ricoveri di un solo giorno e di un solo giorno con pernottamento devono essere codificati come D.S. e non come ricoveri ordinari in quanto incidono negativamente sull'indicatore ministeriale (Nota del Servizio Salute prot. n° 49150CMM del 26/01/09).
- I prospetti riassuntivi delle prestazioni specialistiche ambulatoriali divisi per branche e distinti per Area Vasta e ASL.

Ciascuna fattura deve essere emessa in conformità alle indicazioni ed alle disposizioni regionali in atto, non ché secondo quanto prescritto dalla restante normativa in materia. Quelle relative alle prestazioni specialistiche ambulatoriali devono evidenziare anche il numero delle impegnative, l'importo lordo, il ticket versato dagli assistiti ed il netto.

Inoltre il debito informativo sulla specialistica ambulatoriale prevede, in attuazione dell'art. 50 della Legge n° 326/03 la trasmissione al Ministero dell'Economia e Finanze dei dati di attività entro il 10° giorno del mese successivo a quello di erogazione della prestazione. Pertanto la casa di cura dovrà trasmettere mensilmente alla Regione Marche il flusso relativo al FILE C "Specialistica Ambulatoriale" secondo le modalità specificamente stabilite.

Il debito informativo sui ricoveri verrà valutato invece con i seguenti parametri:

- Tempestività della trasmissione completezza dei tracciati infrannuali delle SDO, nel rispetto della tempistica prevista dal D.M. Salute n° 135 dell' 8/07/2010;
- Presenza nella SDO della data di prenotazione in tutti i ricoveri programmati, ordinari e D.S.
- Presenza del Codice fiscale del paziente in tutte le SDO.

Solo i dati correttamente acquisiti nei database regionali verranno considerati validi ai fini della fatturazione. Rientrano nell'ambito del debito informativo tutti i flussi informativi previsti dal NSIS

Art. 11

Liquidazione e acconti mensili

La liquidazione delle fatture mensili avviene dietro e fatti salvi i controlli di cui alla D.G.R.M. n° 1212/04, secondo le indicazioni fornite dal Dirigente del Servizio Salute con nota protocollo 183134/S04/RSO/CMM del 26 marzo 2010, nel rispetto della restante normativa vigente in materia e/o a nuove disposizioni regionali, ed ai controlli amministrativo-contabili; e, comunque, per gli assistiti della Regione Marche, nei limiti di un dodicesimo del budget, tetto di spesa, definito, e per gli assistiti di fuori regione, fatte salve tutte le diverse decisioni regionali, ivi comprese le eventuali perdite di quote di mobilità attiva in sede di compensazione della mobilità sanitaria da parte della Regione Marche imputabili ad errore di documentazione (distinte e report) o altro della Casa di Cura, che verranno poste a carico della medesima.

Per gli eventuali maggiori importi del fatturato che dovessero eccedere il liquidato la Casa di Cura si obbliga ad emettere le note di credito.

Il mancato invio delle distinte e dei tracciati record dovuti, ovvero la rilevazione della loro incompletezza o imprecisione (codifica, tariffazione, ecc.) anche a seguito del confronto con quanto effettivamente accertato dall'Agenzia Sanitaria Regionale a seguito dell'invio e delle procedure di controllo previste dalle procedure di trasmissione per via telematica (file C), qualora contestati formalmente, danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con interruzione dei termini previsti.

Ai fini dei pagamenti si conviene che, se nei **90 giorni successivi alla presentazione delle fatture** mensili, per qualsiasi motivo, non fosse possibile la loro liquidazione:

per gli assistiti della Regione Marche verranno corrisposti, entro lo stesso termine, acconti nella misura del 90% dell'importo fatturato, se inferiore ad un dodicesimo del budget, o del 90% di un dodicesimo del budget definito, se l'importo del fatturato è maggiore;

- per gli assistiti di altre regioni vengono corrisposti acconti nella misura del 90% della mobilità attiva 2010 della Casa di Cura, se l'importo del fatturato prodotto è superiore, e del 90% dell'importo del fatturato prodotto, se esso è inferiore al 90% del valore della mobilità attiva del 2010.

Il tutto con esplicita riserva di ogni conguaglio attivo e passivo che dovesse derivare a seguito delle verifiche sanitarie e amministrative definitive, fino alla formale chiusura della contabilità annuale sulla base di eventuali indicazioni previste dalla Giunta Regionale.

Nulla è dovuto a titolo di interesse passivo per le somme non corrisposte nei termini suddetti sino allo scadere del 240° giorno.

Per i pagamenti relativi alle prestazioni erogate nell'anno 2013 in regime di proroga del contratto 2012, si prende atto del D.Lgs. 9/11/2012 n. 192 e si conviene che il pagamento (art. 1 ex art. 4 punto 4) dell'importo dovuto (art.1, ex art. 2, lett g) a 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione completa e regolare richiesta nel presente contratto e dovuta per la normativa regionale e nazionale vigente in materia relativa alle prestazioni erogate, fatto salvo l'esito dei controlli sanitari ed amministrativo contabili dovuti per legge e quindi i relativi eventuali recuperi in sede di liquidazione.

Art. 12

Prenotazioni tramite CUP

L'Area Vasta n° 5 effettuerà prenotazioni per le prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite il Centro Unico di Prenotazione.

Nel calendario annuale delle prenotazioni, in particolare devono essere previste le prestazioni di:

- Elettromiografia semplice, singola fibra, unità motoria, muscoli speciali- Laringei, Perineali;
- Ecocolordoppler prestazioni n° 1000 circa
- Radiologia prestazioni n° 2000 circa
- Ortopantomografia prestazioni n°1000 circa
- Ecografia prestazioni n° 1500 circa
- Cardiologia. visita + ecg ed ecocardio prestazioni n° 500 circa
- Ortopedia prestazioni.n °500 circa
- Oculistica prestazioni n° 1000 circa

Le prestazioni verranno retribuite esclusivamente nell'ambito del budget economico complessivo definito, con possibilità di trasferimento di quota del budget dall'attività di ricovero a quella ambulatoriale. Per cui ai fini del calcolo dell'eventuale extra budget non liquidabile, verranno considerate solo le prestazioni di ricovero.

L'Area Vasta effettuerà controlli a campione sulle impegnative al fine di verificare che l'attività ambulatoriale sia erogata nell'ambito delle prescrizioni contrattuali.

La Casa di Cura si obbliga a **non erogare le prestazioni del Laboratorio Analisi** agli assistiti residenti nella Regione Marche.

Art. 13

Validità

Il presente contratto ha validità dal 1/01/2012 al 31/12/2012 senza possibilità di tacito rinnovo.

Sarà adeguato, ovvero, se necessario, rinegoziato, qualora sopravvenuti accordi regionali con le rappresentanze di categoria, ovvero disposizioni regionali, introducano modifiche delle tariffe vigenti, variazioni dei tetti massimi di spesa, ristrutturazioni o modifiche degli ambiti operativi.

Contestualmente, la Casa di Cura si obbliga ad osservare gli indirizzi previsti dai piani socio-sanitari e dalle specifiche normative regionali e nazionali.

Potrà essere rescisso dall'ASUR Area Vasta n° 5 in qualsiasi momento per motivati inadempimenti contrattuali che vanno comunicati alla Casa di Cura a mezzo RR.

Art. 14

Le strutture promuoveranno forme di collaborazione tra professionisti che saranno regolati da successivi accordi.

Art. 15

Norma di garanzia

Le prestazioni di cui al presente contratto, dovranno essere conformi a quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza e, pertanto, quelle che dovessero risultare escluse dai livelli essenziali di assistenza, non potranno essere remunerate dalla ASUR Area Vasta n.5 a valere dal giorno dell'entrata in vigore delle nuove disposizioni.

Per quanto non espressamente previsto nel presente contratto si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale vigente in materia.

Art. 16

Registrazione

Il presente contratto sarà registrato solo in caso di uso e le spese di bollo e registrazione saranno a carico della parte che ne farà richiesta.

Art. 17

Contenzioso

Per ogni controversia che dovesse sorgere in relazione al presente contratto, le parti si obbligano ad esperire un tentativo stragiudiziale mediante apposito Collegio Arbitrale di tre membri nominati di comune accordo tra le parti ed in caso di disaccordo nominati uno per parte ed il terzo dal Presidente del Tribunale.

Art. 18

Norma transitoria

La sottoscrizione del presente contratto da parte del legale rappresentante della Casa di Cura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione, mentre la sottoscrizione da parte del Direttore dell'Area Vasta n° 5 diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente al recepimento del contratto stesso con Determina del Direttore Generale dell'ASUR e dell'esito del relativo controllo da parte della Giunta Regionale delle Marche ai sensi dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i..

Art. 19

La Casa di Cura “Villa Anna” assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all’art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.

Si impegna, altresì, a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura territoriale del Governo della provincia di Ascoli Piceno della notizia dell’inadempimento della eventuale propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Allegata documentazione di cui all’art. 5 (n° 1 di totale n° 8 pagine)

Letto, confermato e sottoscritto in S. Benedetto del Tronto li 15/02/2013

Per la Casa di Cura Privata Villa Anna Spa
Il Legale Rappresentante
Avv. Simone Ferraioli

Per l’ASUR/ Area Vasta n° 5
Il Direttore
Dott. Giovanni Stroppa

A norma degli artt. n° 1341 e n° 1342 del C.C. le parti specificatamente approvano i patti di cui agli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 19 senza alcuna riserva.

Per la Casa di Cura Privata Villa Anna Spa
Il Legale Rappresentante
Avv. Simone Ferraioli

Per l’ASUR/Area Vasta n° 5
Il Direttore
Dott. Giovanni Stroppa