

1

ACCORDO PER L'AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA
NEPHROCARE SPA DI FALCONARA DEL PIANO DI PRESTAZIONI DI DIALISI PER L'ANNO
2015

TRA

L' A.S.U.R. – Area Vasta 2 , con sede in Fabriano (AN), Via Turati, 51, rappresentata dal Direttore dell'AV2 Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua, giusta direttiva n. 1 prot. 2683 ASUR/DG del 22/02/2008 confermata con nota prot. 36198 ASUR/DG del 23/10/2015 ,

E

LA NEPHROCARE SPA nella persona del Dott. Fabrizio Cerino

per la stipula del seguente piano di prestazioni da valere per l'anno 2015;

PREMESSO

- che la Nephrocare Spa (codice modello STS11 n. 107500) è presente sul territorio dell' Area Vasta 2 con la struttura ubicata a Falconara M.ma , in Via Lazio n.7 ;
- che la struttura di Falconara ha ottenuto l'accreditamento istituzionale per erogazione di prestazioni di dialisi in regime ambulatoriale con Decreto n. 66/DSS del 3.7.2012, successivamente rinnovato con decreto n. 231/ACR del 21/05/2015;
- che le parti hanno preso atto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia sulle strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie per conto del S.S.N., nella specie le prestazioni di dialisi in regime ambulatoriale;
- che la L. 27/12/1997 n. 449 all'art. 32 prevede che le Regioni individuino preventivamente il limite massimo di spesa sostenibile a carico del Fondo Sanitario da destinare al gruppo di istituzioni rappresentate dalle strutture private e dai professionisti privati accreditati eroganti prestazioni sanitarie;
- che simile determinazione ha valore autoritativo e vincolante, in funzione della necessità di garantire una corretta gestione delle risorse economiche, nonché lo svolgimento delle attività dei soggetti operanti nel settore nell'ambito di una effettiva programmazione;
- che l'art. 8 bis, comma 2, del Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 stabilisce che 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, ed al successivo comma 3, stabilisce che l'esercizio delle



attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale è subordinato alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;

- che l'art. 6 dell'Intesa della Conferenza permanente Stato – Regioni del 23 marzo 2005 rep. 2271 stabilisce che le Regioni adottino i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economici-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
- che in base alla normativa sopra richiamata la Regione è chiamata a rivestire il ruolo di garante, sia dell'erogazione ai cittadini delle prestazioni indicate nei Livelli Essenziali di Assistenza, sia dell'equilibrio economico finanziario del sistema. La Regione al fine di poter svolgere tale ruolo, dal 2002, ha adottato lo strumento della contrattazione del budget annuale di spesa e degli obiettivi di qualità con i diversi Enti del S.S.R, in particolare, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale .;
- che inoltre le parti prendono atto di quanto previsto dal Decreto-Legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2015, n. 125 ed in particolare dell'art. 9 quater a mente del quale *“Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014”*.
- che pertanto il budget storico che rappresenta il tetto fisso ed invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni di dialisi in regime ambulatoriale, deve essere rideterminato in € 441.503,21 (€ 445.962,84-1%).

Premesso quanto sopra le parti convengono e stipulano quanto segue

Art. 1 **Prestazioni oggetto dell'accordo anno 2015**

La Struttura “NephroCare Spa” di Falconara erogherà prestazioni di dialisi in favore di pazienti residenti nell'ambito territoriale dell'Area Vasta 2, nonché di pazienti residenti in ambiti di altre Aree Vaste della Regione Marche le cui prestazioni, a carico del S.S.R., vengono liquidate dall'Area Vasta 2.

La Struttura erogherà altresì, alle medesime condizioni, prestazioni anche a pazienti residenti in altre Regioni d'Italia; esse verranno riconosciute dalla Area Vasta 2 al di fuori del tetto di spesa fissa (budget) stabilito per i residenti della Regione Marche con le stesse modalità e tariffe ed entro il limite massimo di spesa di cui al successivo art. 5.

La retribuzione di tali prestazioni è subordinata al riconoscimento da parte delle regioni debtrici in sede di compensazione della mobilità sanitaria.



Le prestazioni dovranno essere erogate nel rispetto dei requisiti fissati con particolare riferimento all'accessibilità, all'appropriatezza clinica ed organizzativa, ai tempi di attesa.

Le liste d'attesa debbono essere improntate sul principio di trasparenza, con priorità per i casi di maggior urgenza, l'attività inoltre dovrebbe esser distribuita quanto più equamente possibile nell'arco dell'anno.

Art. 2 **Requisiti e modalità di accesso**

Gli utenti potranno accedere alla Struttura, per la erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo, a libera scelta, previa prescrizione, sul ricettario del SSN, da parte del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera scelta o di un Medico Specialista di struttura pubblica.

La gestione dell'intera attività (sia sanitaria che di documentazione amministrativa) è demandata alla Struttura che curerà quindi l'accesso dei predetti utenti previa:

- acquisizione di idonea prescrizione su ricettario del S.S.N.;
- accettazione e classificazione delle prestazioni secondo la codifica del tariffario regionale di cui alle DDGRM 1468 del 29/12/2014 e 5 del 13/01/2015, nonché secondo il tracciato unico regionale per la documentazione delle prestazioni sanitarie (File C);
- acquisizione delle autocertificazioni o titoli che secondo le disposizioni di legge vigenti in materia danno diritto alla esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione al costo delle prestazioni;
- applicazione, fatturazione e riscossione delle quote di partecipazione al costo delle prestazioni.

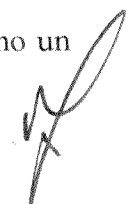
Per le attività di cui sopra la Struttura osserverà le norme di legge vigenti in materia e tutte le disposizioni che l'Area Vasta 2 impartirà per una loro corretta applicazione. Al fine di eliminare contenziosi e comportamenti non omogenei, i casi di dubbia definizione verranno regolati con appositi protocolli.

La definizione di eventuali casi dubbi deve comunque essere richiesta dalla Struttura prima della fatturazione della prestazione.

Art. 3 **Standards di qualità**

I requisiti e gli standards di qualità da osservarsi per l'erogazione delle prestazioni, sono quelli stabiliti dalle norme Nazionali e Regionali in materia di prestazioni di dialisi, dai Manuali di Autorizzazione ed Accredimento adottati dalla Regione Marche, nonché dagli accordi quadro regionali con le rappresentanze di categoria raggiunti per l'anno di riferimento o in mancanza, dall'ultimo accordo sottoscritto.

In ogni caso la Struttura trasmetterà, a fine anno 2015, all'Area Vasta 2, un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato distinto per qualifica e attività, e comunque invierà una volta l'anno un riepilogo di tutto il personale che ha effettivamente operato nella struttura medesima.



Art. 4
Documentazione e controlli sull'appropriatezza

La funzione di verifica e controllo sulla erogazione delle prestazioni avviene secondo quanto previsto dalla DGRM 781 del 28/05/2013 e successive disposizioni applicative cui viene fatto espresso riferimento.

L'Area Vasta 2 si riserva comunque di effettuare presso la Struttura, a sua discrezione nei tempi e nel numero e senza preavviso, i controlli ritenuti più opportuni, sia a livello sanitario che amministrativo, al fine di verificare la corretta applicazione del presente accordo e delle norme di legge su cui esso si basa.

ART. 5
Azioni di committenza e livelli ottimali di offerta

- Intra-regione

L'Area Vasta 2 si rende disponibile a riservare alla Struttura NephroCare Spa per l'anno 2015 una quota di prestazioni di dialisi a carico del Servizio Sanitario Regionale per un importo omnicomprensivo ed insuperabile (tetto di spesa) di € **441.503,21**, pari al tetto previsto per l'anno 2014, abbattuto dell'1% (€ 445.962,84-1%) ai sensi dell'art.9 *quater* L. 125/2015 di conversione del D.L. 78/2015.

- Mobilità attiva

Le prestazioni erogate in mobilità attiva a cittadini residenti in altre Regioni d'Italia sono riconosciute al di fuori del tetto di spesa sopra indicato nel limite massimo di € 92.364,59 corrispondente alla spesa consuntivata per l'anno 2014 in € 93.297,57 abbattuta dell'1% ai sensi dell'art.9 *quater* L. 125/2015 di conversione del D.L. 78/2015.

Le prestazioni di cui trattasi sono da retribuirsi con le tariffe di cui alle DGRM n. 1468 del 29/12/2014 e n. 5 del 13/01/2015.

Il numero di prestazioni fissato intra-regione ed in mobilità è quello calcolabile suddividendo i tetti di spesa per il valore medio delle prestazioni; saranno comunque e solamente retribuite prestazioni, a prescindere dal numero delle medesime, fino alla concorrenza dei tetti di spesa fissati.

I tetti di spesa sopra assegnati e/o le tariffe saranno automaticamente adeguati a qualsiasi intervenuta disposizione nazionale, regionale e/o della Direzione Generale dell'Asur.

Art. 6
Contabilizzazione

La Struttura NephroCare Spa si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta 2 la contabilità mensile con distinzione per Area Vasta di residenza del paziente. Ogni contabilità sarà costituita:

a) dalla documentazione contenente il dettaglio delle prestazioni contabilizzate nella fattura elettronica;



- b) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- c) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni effettuate a pazienti extraregionali;
- d) dal riepilogo finale del File C come individuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria inviato mediante trasmissione telematica;
- e) dagli originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità.

La liquidazione e pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo sanitario e contabile, entro 60 giorni dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 5., sempre se la struttura privata avrà presentato una fatturazione mensile corrente o pregressa per l'attività espletata superiore all'importo da corrispondere a titolo di acconto. In caso di ritardato pagamento decorreranno gli interessi nella misura prevista dalla normativa vigente.

Le prestazioni fatturate nel mese di dicembre in favore dei residenti e dei non residenti saranno invece oggetto di liquidazione fino al 90% di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 5., mentre il conguaglio finale sarà eseguito dalla Area Vasta 2 a favore del Presidio accreditato entro il 31 marzo dell'anno successivo, fatto salvo l'esito del controllo.

Il mancato invio della documentazione indicata ai punti a,)b),c),d),e) ovvero la rilevazione della incompletezza o imprecisione della stessa, anche a seguito del confronto con quanto effettivamente accertato dall'ARS, danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con l'interruzione dei termini previsti.

Qualora inoltre in sede di compensazione di mobilità sanitaria da parte della Regione Marche, emergessero situazioni di perdita di quote di mobilità attiva imputabili ad errori di documentazione da parte della Struttura NephroCare Spa, il danno verrà posto a carico della medesima, salvo possibilità di rettifica.

Art. 7 **Flussi informativi**

Il debito informativo definito con i tracciati unici regionali, oltre che essere obbligatorio nei riguardi della Regione e dello Stato, rappresenta per la Area Vasta il principale strumento per la programmazione, la verifica ed il controllo delle prestazioni erogate (File C), previsto dai tracciati unici regionali ex art. 50, comma 11, Legge 326/2003, da inviarsi, mediante sistema di trasmissione telematica, all'Agenzia Sanitaria Regionale, entro il giorno 7 del mese successivo a quello di resa delle prestazioni, poiché da gennaio 2008 tale sistema di documentazione è da considerarsi a regime, esso sarà preso a base, dai competenti Ministeri, per la definizione dei finanziamenti da assegnare al Servizio Sanitario Regionale. Conseguentemente il riconoscimento delle prestazioni ed il pagamento delle fatture è subordinato alla verifica del corretto e completo invio all'ARS dei dati di cui sopra.



La mancata resa di tali dati comporta la sospensione dei pagamenti e l'interruzione dei termini.

Il debito informativo delle prestazioni tariffate è assolto nel rispetto dei seguenti principi:

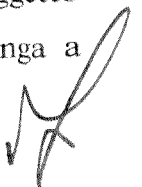
- La Struttura è tenuto al rispetto delle indicazioni regionali e nazionali in ordine alle modalità di compilazione della documentazione sanitaria.
- La Struttura accoglie e registra nel rispetto della tutela della privacy le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella certificazione clinica e/o in altra documentazione amministrativa e clinica; è altresì assicurato il rispetto delle indicazioni e delle modalità di codifica e di trasmissione – anche in via informatica – fornite dal competente ufficio del Servizio Salute
- Funzionari e incaricati dell'Area Vasta possono compiere, con preavviso non inferiore alle 48 ore lavorative, controlli ispirati a criteri di imparzialità e obiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza e in contraddittorio con il Legale Rappresentante della Struttura
- e con l'eventuale assistenza dei responsabili della documentazione in oggetto. Le modalità di controllo rispondono ai principi e alle linee guida fornite dalla Regione con DGRM 781 del 28/05/2013.
- Su richiesta scritta degli addetti al controllo deve essere rilasciata copia fotostatica della certificazione sanitaria, ovvero della documentazione oggetto di contenzioso.
- Qualora i rilievi non siano accolti, il Rappresentante Legale della Struttura o suo delegato, potrà inoltrare entro 30 giorni le proprie contro-deduzioni alla Area Vasta. Nel caso in cui il controllo duri più giornate, i 30 giorni decorreranno dall'ultimo giorno di controllo. Non saranno prese in considerazione, ai fini del procedimento, le contro-deduzioni inviate oltre i termini descritti.

Art. 8 Contenzioso

Eventuali inadempienze agli obblighi di cui alla presente intesa saranno contestate dall'Area Vasta 2 per iscritto con fissazione di un termine per il corretto adempimento, trascorso inutilmente il quale, l'Area Vasta ha facoltà di proporre la procedura di revoca dell'accreditamento istituzionale.

Art. 9 Tutela della privacy

La Struttura NephroCare Spa, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati relativi all'oggetto del presente accordo, si impegna a trattare i dati, di cui è titolare l'Area Vasta 2 e dei quali venga a



conoscenza in esecuzione del contratto e nell'effettuazione delle operazioni e dei compiti ad essa affidati, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i..

La Struttura NephroCare Spa s.r.l garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dalla Area Vasta nel regolamento privacy adottato con determina ASUR DG n. 148 del 14/02/2013 nonché l'adozione di tutte le misure di sicurezza idonee ad evitare rischi di distruzione e perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità di raccolta.

La Struttura NephroCare Spa assicura, in ogni caso, espressamente, che non effettuerà operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Ente committente, senza preventivo consenso dell'Ente stesso, laddove non rientrino tra quelle espressamente affidate alla Struttura medesima.

L'Area Vasta 2, per il tramite del referente privacy e/o dei responsabili del trattamento, ha facoltà di richiedere alla struttura accreditata e verificare, in qualunque momento, lo stato di applicazione della normativa sulla privacy.

ART. 10 **Disposizioni transitorie e finali**

Il presente accordo spiega effetti dal 01/01/2015 al 31/12/2015.

Il presente contratto sarà registrato, solamente in caso d'uso, a cura dell'Area Vasta 2 secondo le procedure previste dalla legge.

Le spese di bollo e di registrazione saranno a carico della Struttura accreditata.

La sottoscrizione dell'accordo da parte della Struttura NephroCare Spa. è efficace e vincolante al momento della sua apposizione.

La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente all'approvazione dell'accordo stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR. Le azioni di committenza definite nell'accordo, stanti le necessità di gestione e di continuità del servizio, trovano diretta ed immediata applicazione.

Nelle more della definizione dell'iter procedurale del piano delle prestazioni, al fine di assicurare la continuità nella erogazione del servizio, l' Area Vasta 2, sul piano dei rapporti economici, agirà conseguentemente alle disposizioni proprie dalla gestione provvisoria.

Il presente accordo sarà adeguato o, se necessario, ricontrattato qualora sopraggiungano diversi indirizzi o disposizioni a livello regionale e nazionale.

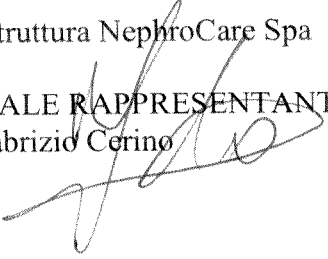


Per ogni eventuale omissione nella presente contrattazione e per quanto nella stessa non espressamente previsto, si fa riferimento alle disposizioni normative o amministrative nazionali e regionali vigenti in materia.

Ancona, li

Per la Struttura NephroCare Spa

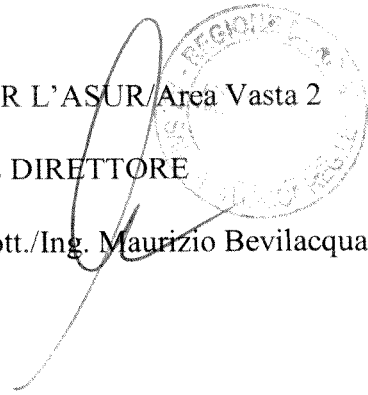
IL LEGALE RAPPRESENTANTE
Dott. Fabrizio Cerino



PER L'ASUR/Area Vasta 2

IL DIRETTORE

Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua



**ACCORDO PER L’AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA
AMBULATORI ODONTOIATRICI “DENTAL HOUSE SRL” DEL PIANO DI
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI ODT PER L’ANNO 2015.**

TRA

L’ **A.S.U.R. – Area Vasta 2** , con sede in Fabriano (AN), Via Turati, 51, rappresentata dal Direttore dell’AV2 Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua, giusta direttiva n. 1 prot. 2683 ASUR/DG del 22/02/2008 confermata con nota prot. 36198 ASUR/DG del 23/10/2015 ,

E

LA SRL DENTAL HOUSE nella persona del Sig. Filippo Bambara

per la stipula del seguente piano di prestazioni da valere per l’anno 2015.

PREMESSO

- che la struttura (codice Modello STS11 n. 107740) è presente nel territorio dell’ Area Vasta.2 con n. 1 ambulatorio odontoiatrico sito in via Tenna 28 di Ancona;
 - che la Struttura risulta accreditata, senza prescrizioni – classe 5 - per l’erogazione di prestazioni odontoiatriche e specialistiche chirurgiche , in regime ambulatoriale, con primo decreto n.583 del 21/8/2002, rinnovato con secondo Decreto n. 172/AOS del 5/9/2005, regolarmente rinnovato con ultima richiesta al Servizio Sanità del 10.1.2014, ai sensi dell’art. 16, comma 9, L.R. 20/2000.;
- che le parti hanno preso atto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia sulle strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie per conto del S.S.N.;
- che la L. 27/12/1997 n. 449 all’art. 32 prevede che le Regioni individuino preventivamente il limite massimo di spesa sostenibile a carico del Fondo Sanitario da destinare al gruppo di istituzioni rappresentate dalle strutture private e dai professionisti privati accreditati eroganti prestazioni sanitarie;
- che simile determinazione ha valore autoritativo e vincolante, in funzione della necessità di garantire una corretta gestione delle risorse economiche, nonché lo svolgimento delle attività dei soggetti operanti nel settore nell’ambito di una effettiva programmazione;
- che l’art. 8 bis, comma 2, del Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 stabilisce che i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell’ambito dei soggetti accreditati

DENTAL HOUSE S.R.L.



con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali, ed al successivo comma 3, stabilisce che l'esercizio delle attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale è subordinato alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;

- che l'art. 3 comma 2 l. o) della L. R 13/2003 e s.m.i. stabilisce che spetta alla Giunta Regionale la definizione, ai sensi dell'art. 23 della Legge Regionale 16/03/2000 n. 20, degli accordi quadro con le organizzazioni di categoria relativi alla conclusione dei contratti di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 del D. Lgs 30/12/1992, n. 502 e s.m.i.;
- che l'art. 6 dell'Intesa della Conferenza permanente Stato – Regioni del 23 marzo 2005 rep. 2271 stabilisce che le Regioni adottino i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economici-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
- che in base alla normativa sopra richiamata la Regione è chiamata a rivestire il ruolo di garante, sia dell'erogazione ai cittadini delle prestazioni indicate nei Livelli Essenziali di Assistenza, sia dell'equilibrio economico finanziario del sistema. La Regione al fine di poter svolgere tale ruolo, dal 2002, ha adottato lo strumento della contrattazione del budget annuale di spesa e degli obiettivi di qualità con i diversi Enti del S.S.R.;
- che le deliberazioni della Giunta Regionale che nella specie riguardanti le prestazioni di ODT ambulatoriale sono la DGRM 1804 del 9/12/2008 e DGRM n. 58 del 18/01/2010.
- che inoltre le parti prendono atto di quanto previsto dal Decreto-Legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2015, n. 125 ed in particolare dell'art. 9 *quater* a mente del quale *“Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014”*.
- che pertanto il budget storico che rappresenta il tetto fisso ed invalicabile di spesa per per l'acquisto di prestazioni ODT, deve essere rideterminato in € 125.155,00 (€ 126.420,00-1%).

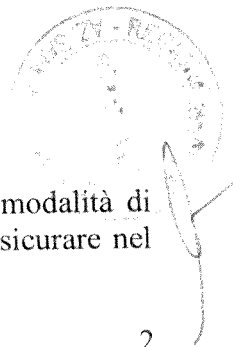
LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE :

ART. 1

Oggetto del contratto

Le parti con il presente contratto determinano il volume massimo di prestazioni/ le modalità di assistenza / le tipologie delle prestazioni autorizzate che la Struttura si impegna ad assicurare nel rispetto dei requisiti fissati dalle normative nazionali e regionali vigenti in materia.

DENTAL HOUSE S.r.l.



Le parti convengono che ai sensi della citata DGR n.1804 del 9/12/2008 e DGR n.58 del 18/1/2010, che il budget di partenza assegnato alla struttura per l'anno 2015, al netto del ticket per le attività effettuate per i residenti nella Regione Marche, è pari ad € 125.155,00= (pari al consuntivo/Budget anno 2014 di € 126.420,00 abbattuto dell'1% ex L. 125/2015).

Tale budget sarà automaticamente adeguato a nuove e ulteriori deliberazioni regionali in materia qualora e se dovessero intervenire.

La struttura erogherà le medesime prestazioni, alle medesime condizioni anche a pazienti residenti in altre Regioni italiane; esse verranno riconosciute dalla AV 2 entro il tetto di spesa fissato in € 182,03 (pari al consuntivo anno 2014 di € 183,87 abbattuto dell'1% ex L. 125/2015) con le stesse modalità e tariffe previste per le prestazioni agli assistiti della Regione Marche; Le prestazioni ambulatoriali vengono remunerate secondo le vigenti di cui alle DGRM n. 1468 del 29/12/2014 e n. 5 del 13/01/2015.

Eventuali revisioni del Budget assegnato per l'anno 2015, sia per la Regione Marche sia per il Fuori Regione, dovranno essere effettuate qualora intervengano, da parte della Regione Marche, modificazioni a valere per l'anno di riferimento. Analoghe revisioni dovranno essere effettuate qualora norme di legge eliminino o introducano nuove quote di partecipazione da parte degli assistiti ed al verificarsi di particolari eventi che potrebbero mutare la situazione dell'utenza.

La gestione dell'attività sanitaria ed amministrativa è completamente demandata alla Struttura che curerà l'accesso degli utenti nei confronti dei quali dovrà esigere e conservare: la documentazione della diagnosi riscontrata; le prestazioni richieste; il numero complessivo, il programma terapeutico previsto.

Art.2

Prestazioni erogabili-Sistema tariffario

La Struttura eroga:

1. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica per tutte le categorie di assistiti indicate nella DGRM 1323/2002 e DGRM n.165/2003, nei tetti massimi sopraindicati in base alle tariffe contemplate DGRM n. 1468 del 29/12/2014 e n. 5 del 13/01/2015.
2. Il complesso delle prestazioni erogabili, nell'anno 2015 deve prevedere, rispetto a quanto previsto per le tipologie LEA, l'ordine prioritario di seguito esplicitato:
A) PRESTAZIONI DI ORTODONZIA PER L'ETA' EVOLUTIVA

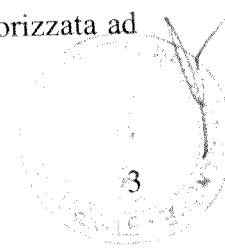
Le prestazioni vengono erogate negli ambulatori della Struttura secondo liste di attesa graduate con le seguenti priorità finalizzate alla corretta programmazione del numero dei pazienti che è possibile prendere in carico ai fini del rispetto dei limiti di budget:

- Diversamente abili collaboranti;
- Esenti per reddito;
- Altri utenti LEA

Il numero massimo di pazienti/anno è fissato in un numero pari al numero di pazienti che in base al costo medio della durata del trattamento (calcolato sulla base dei dati storici) consente il rispetto del budget assegnato.

Per la durata del trattamento ortodontico, nei soggetti in età evolutiva, la Struttura è autorizzata ad erogare le prestazioni odontoiatriche necessarie.

DENTAL HOUSE S.R.L.



B) PROTESI FISSA E MOBILE

Le prestazioni di cui sopra vengono applicate negli ambulatori della Struttura, secondo liste di attesa che terranno conto prioritariamente di:

- Diversamente Abili ; Invalidi oltre i 2/3;
- Utenti ospiti presso Strutture Residenziali;
- Esenti per reddito;
- Altri utenti LEA

Per quanto concerne la fornitura di materiali, dispositivi e manufatti ortodontici, di manufatti di protesi fissa o mobile forniti ai pazienti, questi sono a totale carico degli utenti, ai sensi della circolare n°100/scps/21.4075 del 1 aprile 97 Ministero Sanità – Dipartimento della Programmazione.

3. La Struttura si impegna a comunicare, con congruo anticipo eventuali sospensioni di attività, oggetto del presente accordo.

Il tetto di spesa di Euro 173.292,84= complessivo si intende insuperabile, salvo nuovi accordi sottoscritti o diverse determinazioni regionali, ma all'interno di questo, sulla base delle esigenze dell'utenza, è possibile compensare gli importi assegnati per ciascuna tipologia di prestazione LEA.

Qualora, in sede di compensazione della Mobilità Sanitaria da parte della Regione Marche emergessero situazioni di perdita di quote di mobilità attiva imputabili ad errori di documentazione da parte della Struttura, il danno verrà posto a carico della medesima.

La Struttura è tenuta a fornire mensilmente il riepilogo delle prestazioni erogate a totale o parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, al lordo ed al netto delle quote di partecipazione dovute dagli utenti, rimosse direttamente dalla struttura.

Il debito informativo relativo al flusso della specialistica ambulatoriale riguarda tutte le prestazioni erogate, comprese quelle coperte per intero dalla quota ticket.

Le prestazioni da ricomprendere all'interno del budget assegnato sono distribuite con possibile uniformità (tendenzialmente mensile), nel corso dell'anno.

Ove la Struttura non riesca a rispettare tale uniformità per ragioni connesse con l'afflusso e con il tipo di clientela operante in libera scelta, ed esaurisca anticipatamente il budget assegnato, avrà comunque diritto al pagamento integrale del tetto concordato, nei tempi e nei modi previsti all'art.6.

L'Ambulatorio si impegna ad applicare quanto previsto dalla L.111/2011 in merito alla quota fissa di € 10,00 per singola ricetta da richiedere all'assistito non esente.

E' fatta salva la possibilità di riconoscere alla struttura l'adeguamento automatico del tetto in ossequio a nuove disposizioni Regionali nel caso in cui sia predisposto uno specifico stanziamento di somme aggiuntive da parte della Regione Marche.

Art.3

Requisiti autorizzativi e di accreditamento

1. La Struttura è tenuta al rispetto dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie dal D. Lgs 502/92 e s.m. e i., dal DPR 14.1.97 e dalla L.R. 20/2000.
2. La Struttura si impegna altresì ad adeguare la propria attività agli ulteriori requisiti che saranno eventualmente determinati dalla Regione ai fini dell'accreditamento di cui all'articolo 8 quater del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.
3. La Struttura si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni, delle attività e dei servizi di cui al presente accordo con una dotazione di personale:
 - del ruolo sanitario, con titoli e specialità come da normative vigenti

DENTAL HOUSE s.r.l.
[Handwritten signature]

- tecnico ed amministrativo come da disposizioni nazionali vigenti .
- 4. Questa Area Vasta 2 si riserva il diritto di compiere, in ogni tempo e senza comunicazione preventiva, ispezioni e controlli per verificare il mantenimento e il rispetto dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e dell' appropriatezza delle prestazioni erogate di cui ai commi precedenti.

ART. 4

Standards di qualità

I requisiti e gli standards di qualità da osservarsi per l' erogazione delle prestazioni, sono quelli stabiliti dalle norme nazionali e regionali in materia di prestazioni specialistiche di ODT, dai Manuali di Autorizzazione ed Accreditamento adottati dalla Regione Marche, nonché dagli accordi quadro regionali con le rappresentanze di categoria raggiunti per l' anno di riferimento o in mancanza, dall'ultimo accordo sottoscritto.

In ogni caso la Struttura trasmetterà, alla stipula del presente accordo ed a fine anno 2015, all'Area Vasta 2, un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato distinto per qualifica e attività, e comunque invierà una volta l' anno un riepilogo di tutto il personale che ha effettivamente operato nella struttura medesima.

Art.5

Sistema per il miglioramento della qualità

1. Le parti identificano il miglioramento della qualità quale obiettivo primario, da perseguire in uno spirito di piena collaborazione; a tal fine la Struttura si impegna ad adottare un sistema di miglioramento continuo della qualità.

- a) Ai sensi della L. 23.12.1994 n.724, così come regolamentato dall'art. 5 del DPCM del 19.05.1995, ribadito dalla nota del Direttore Generale dell'ASUR, del 19.05.2005, prot. n. 3150/DG, a garanzia del rispetto dei principi di imparzialità e diritto di scelta, e del rispetto della Carta Europea dei Diritti del Malato, la Struttura deve predisporre e pubblicizzare un apposito registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, contenente l'elenco delle prestazioni eseguibili, il codice numerico di ciascuna di esse, la sede di erogazione, i tempi medi di attesa per la loro fruizione e l'ammontare della somma da pagare da parte dell'assistito a tariffa intera, per ticket proporzionale o per quota fissa.
- b) Tutti i tempi di attesa devono essere oggetto di ampia diffusione predisponendo un adeguato piano di comunicazione rivolto all'interno agli operatori della Struttura e all'esterno agli utenti.

ART. 6

Contabilizzazione

La Struttura si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta 2 la contabilità mensile con distinzione per Area Vasta di residenza del paziente.

Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- b) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni effettuate a pazienti extraregionali;
- c) dal riepilogo finale del File C come individuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria inviato mediante trasmissione telematica;
- d) dagli originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità.

La liquidazione e il pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo sanitario e contabile, entro 60 giorni dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 2., sempre se la struttura privata avrà presentato una fatturazione mensile corrente o pregressa per l'attività espletata superiore all'importo da corrispondere a titolo di acconto. In caso contrario si pagherà la fattura per intero.

In caso di ritardato pagamento decorreranno gli interessi nella misura prevista dalla normativa vigente.

Le prestazioni fatturate nel mese di dicembre in favore dei residenti e dei non residenti saranno invece oggetto di liquidazione fino al 90% di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 2., mentre il conguaglio finale sarà eseguito dalla Area Vasta 2 a favore della Struttura accreditata entro il 31 marzo dell'anno successivo, fatto salvo l'esito del controllo.

Il mancato invio della documentazione indicata ai punti a,)b),c),d), ovvero la rilevazione della incompletezza o imprecisione della stessa, anche a seguito del confronto con quanto effettivamente accertato dall'ARS, danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con l'interruzione dei termini previsti.

Qualora inoltre in sede di compensazione di mobilità sanitaria da parte della Regione Marche, emergessero situazioni di perdita di quote di mobilità attiva imputabili ad errori di documentazione da parte della struttura, il danno verrà posto a carico della medesima, salvo possibilità di rettifica.

ART. 7

Flussi informativi

Il debito informativo definito con i tracciati unici regionali, oltre che essere obbligatorio nei riguardi della Regione e dello Stato, rappresenta per la Area Vasta 2 il principale strumento per la programmazione, la verifica ed il controllo delle prestazioni erogate dalla struttura.

In merito alla resa del debito informativo relativo alle prestazioni erogate (File C), previsto dai tracciati unici regionali ex art. 50, comma 11, Legge 326/2003, da inviarsi, mediante sistema di trasmissione telematica, all'Agenzia Sanitaria Regionale, entro il giorno 7 del mese successivo a quello di resa delle prestazioni, poiché da gennaio 2008 tale sistema di documentazione è da considerarsi a regime, esso sarà preso a base, dai competenti Ministeri, per la definizione dei finanziamenti da assegnare al Servizio Sanitario Regionale.

Conseguentemente il riconoscimento delle prestazioni ed il pagamento delle fatture è subordinato alla verifica del corretto e completo invio all'ARS dei dati di cui sopra.

La mancata resa di tali dati comporta la sospensione dei pagamenti e l'interruzione dei termini.

Il debito informativo delle prestazioni tariffate è assolto nel rispetto dei seguenti principi:

DENTON MARCHE

- la struttura è tenuta al rispetto delle indicazioni regionali e nazionali in ordine alle modalità di compilazione della documentazione sanitaria;
- la struttura raccoglie e registra nel rispetto della tutela della privacy le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella certificazione clinica e/o in altra documentazione amministrativa e clinica; è altresì assicurato il rispetto delle -indicazioni e delle modalità di codifica e di trasmissione – anche in via informatica – fornite dal competente ufficio di competenza salute;
- Funzionari e incaricati dell' Area Vasta 2 possono compiere, con preavviso non inferiore alle 48 ore lavorative, controlli ispirati a criteri di imparzialità e obbiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con l'Amministratore Unico Rappresentante della struttura e con l'eventuale assistenza dei responsabili della documentazione in oggetto. Le modalità di controllo rispondono ai principi e alle linee guida fornite dalla Regione con DGRM 781/2013;
- Su richiesta scritta degli addetti al controllo deve essere rilasciata copia fotostatica della certificazione sanitaria, ovvero della documentazione oggetto di contenzioso;
- Qualora i rilievi non siano accolti, l'Amministratore Unico della struttura o suo delegato, potrà inoltrare entro 30 giorni le proprie contro-deduzioni all'Area Vasta 2. Nel caso in cui il controllo duri più giornate, i 30 giorni decorreranno dall'ultimo giorno di controllo. Non saranno prese in considerazione, ai fini del procedimento, le contro-deduzioni inviate oltre i termini descritti.

ART. 8

Contenzioso

Eventuali inadempienze agli accordi di cui alla presente intesa saranno contestate dall' Area Vasta 2, per iscritto e con fissazione del termine perché le stesse siano rimosse; trascorso inutilmente il termine concesso, l' Area Vasta 2 ha facoltà di proporre la procedura di revoca dell'accreditamento.

ART. 9

Tutela della privacy

La Struttura accreditata, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati relativi all'oggetto del presente accordo, si impegna a trattare i dati, di cui è titolare l'Area Vasta 2, e dei quali venga a conoscenza in esecuzione del contratto e nell'effettuazione delle operazioni e dei compiti ad essa affidati, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, di cui al D.Lgs. n.196 del 30.06.2003 e s.m.i.

La Struttura accreditata garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dall' Area Vasta 2 nel regolamento privacy e l'adozione di tutte le misure di sicurezza idonee ad evitare rischi di distruzione e perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità di raccolta.

La Struttura accreditata assicura, in ogni caso, espressamente, che non effettuerà operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Ente committente, senza preventivo consenso dell'Ente stesso, laddove non rientrino tra quelle espressamente affidate alla struttura medesima.

L' Area Vasta 2, per il tramite del referente privacy e/o dei responsabili del trattamento, ha facoltà di richiedere alla struttura accreditata di verificare, in qualunque momento, lo stato di applicazione della normativa sulla privacy

Art. 10

Durata

Il presente accordo ha validità dal 01/01/2015 al 31/12/2015.

L'accordo è redatto in duplice copia, una per ciascun contraente.

Per quanto non espressamente previsto dal presente contratto, si rinvia alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.

Nel caso in cui siano emanate norme legislative o regolamentari ovvero qualora siano adottati atti amministrativi o linee guida regionali incidenti sul contenuto del presente contratto, lo stesso deve ritenersi conseguentemente modificato ed integrato.

A tal fine ciascun contraente entro 30 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, potrà dichiarare di recedere dal contratto, a mezzo di formale comunicazione da notificare all'altra parte contraente .

ART. 11

Disposizioni transitorie e finali

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

Il presente "contratto" sarà registrato, solamente in caso d'uso, a cura dell' Area Vasta 2, secondo le procedure previste dalla legge.

Le spese di bollo e di registrazione saranno a carico della struttura accreditata.

La sottoscrizione dell'accordo da parte della struttura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione.

La sottoscrizione da parte dell' Area Vasta 2 diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente all'approvazione dell'accordo stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR.

Le azioni di committenza definite nell'accordo, stanti le necessità di gestione e di continuità del servizio, trovano diretta ed immediata applicazione.

Nelle more della definizione dell'iter procedurale del piano delle prestazioni, al fine di assicurare la continuità nella erogazione del servizio, l' Area Vasta 2, sul piano dei rapporti economici, agirà conseguentemente alle disposizioni proprie della gestione provvisoria.

Il presente accordo sarà adeguato o se necessario ricontrattato qualora sopraggiungano diversi indirizzi o disposizioni a livello regionale e nazionale.

li. 15. Dicembre 2015

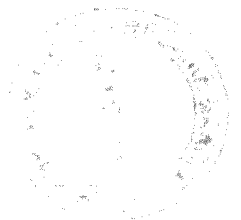
DENTAL HOUSE S.R.L.

Il Legale Rappresentante della Struttura

Dr. Filippo Bambara

IL DIRETTORE AREA VASTA 2

Dott. (Ing. Maurizio Bevilacqua



**ACCORDO PER L'AFFIDAMENTO DEL PIANO DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
DI ODT PER GLI ANNI 2014-2015 ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA -
"STUDIO ASSOCIATO GORRIERI E PROIETTI" DEL PROF GORRIERI
PROFESSIONISTA CONVENZIONATO EX DPR 119/88 -**

TRA

L' **A.S.U.R. – Area Vasta 2** , con sede in Fabriano (AN), Via Turati, 51, rappresentata dal Direttore dell'AV2 Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua, giusta direttiva n. 1 prot. 2683 ASUR/DG del 22/02/2008 confermata con nota prot. 36198 ASUR/DG del 23/10/2015 ,

E

Lo "Studio Associato Gorrieri –Proietti" del Prof. Oliviero Gorrieri, Professionista Convenzionato con il SSN ex DPR 119/88, in qualità di Legale rappresentante per la stipula del seguente piano di prestazioni da valere per gli anni 2014- 2015.

PREMESSO

- che la struttura (codice modello STS11) è presente sul territorio dell' **Area Vasta n. 2** con la struttura ubicata ad Ancona in Via Maratta n. 8/bis, la quale ha ottenuto l'accREDITAMENTO istituzionale per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale con Decreto del Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali n. 75 del 14/02/2003 successivamente rinnovato, da ultimo, con decreto n. 183/ACR del 17/04/2015, con l'assegnazione della classe 5.
- che lo Studi eroga prestazioni di odontoiatria a norma del DPR 119/88 "Accordo collettivo nazionale per la disciplina con professionisti convenzionati con il SSN per l'erogazione di prestazioni specialistiche sanitarie nei loro studi privati ai sensi dell'art. 48 della L. 23/12/1978 n. 833".
A seguito di specifico accordo con la ex USL 12 di Ancona ai sensi della DGRM n. 7450 del 21/12/1987.
- che le parti hanno preso atto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia sulle strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale;
- che per l'esercizio dell'attività oggetto della presente convenzione trovano applicazione, per quanto non previsto dalle norme specifiche, la normativa nazionale e regionale disciplinante in via generale l'attività degli studi odontoiatrici privati accreditati e la tenuta in esercizio degli stessi;



- che in particolare per la disciplina dell'attività di ODT si richiamano le norme di legge vigenti in materia.
- che le deliberazioni della Giunta Reg.le, nella specie, riguardanti le prestazioni di ODT al ai fini della quantificazione del tetto di spesa da riconoscere allo Studio Accreditato del Dott. Gorrieri stante la peculiare natura del rapporto contrattuale intercorrente con un professionista convenzionato esterno, regolato da specifica normativa, (DPR 118/99), deve comprendere tutte le voci di spesa annesse, quali IRPEF ed ENPAM a carico del medico (si veda in merito nota di chiarimenti del Dirigente Servizio Sanità Regione Marche prot. 243390/GRM/SAS del 15/04/2016.
- che lo Studio del professionista Gorrieri ha stipulato con la ex Zona Territoriale n. 7 di Ancona ha stipulato un pre-accordo in preparazione della convenzione da stipulare nell'anno 2009 prot. 11008 del 03/02/2009, Allegata A al presente atto, quale parte integrante e sostanziale.
- che inoltre le parti prendono atto di quanto previsto dal Decreto-Legge 19 giugno 2015 n. 78 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2015 n. 125 e, in particolare, dell'art. 9 *quater* a mente del quale "Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Servizio Sanitario Nazionale rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l' 1% del valore complessivo della relativa spesa consuntiva per l'anno 2014".
- che pertanto il tetto fisso ed invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni ODT calcolato sulla base del budget anni 2014/2015 va così determinato:
 - **anno 2014 € 73.059,00=** (pari al valore storico di € 74.550,00 – 2% ex L. 135/2012 come da nota DG ASUR prot. 9067/2014)
 - **anno 2015 € 72.328,14=** (pari a budget € 73.059,00 – 1% ex L. 125/2015).

LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

ART. 1

Oggetto del contratto

Le parti concordano sul contenuto delle premesse e si danno reciprocamente atto che lo stesso forma parte integrante e sostanziale del presente accordo.

Le parti con il presente contratto determinano il volume massimo di prestazioni/ le modalità di assistenza / le tipologie delle prestazioni autorizzate che la Struttura si impegna ad assicurare nel rispetto dei requisiti fissati dalle normative nazionali e regionali vigenti in materia per gli anni 2014 e 2015.

Le parti convengono che il budget da assegnare allo Studio Accreditato del Dott. Gorrieri professionista convenzionato ex DPR 119/88, per le prestazioni in favore di residenti nella Regione Marche è quello di seguito indicato relativamente agli anni 2014 e 2015:

- **anno 2014** importo netto di produzione riconosciuta in € 73.059,00, da liquidare al netto degli acconti già introitati con la quota fissa.
Tale importo è al netto della ritenuta di acconto IRPEF e del versamento ENPAM a carico del medico secondo la percentuale prevista dalla Legge, *ratione temporis*, in vigore (9%).
Tali abbattimenti percentuali IRPEF e ENPAM, a carico del medico, sono calcolati sulla produzione lorda effettuata dallo Studio medesimo.
L'ente è tenuto al versamento della quota ENPAM prevista per legge a carico del SSR (13%).

- **anno 2015** importo netto di produzione riconosciuta in € 72.328,14, da liquidare al netto degli acconti già introitati con la quota fissa.
Tale importo è al netto della ritenuta di acconto IRPEF e del versamento ENPAM a carico del medico secondo la percentuale prevista dalla Legge, *ratione temporis*, in vigore (10,81%).
Tali abbattimenti percentuali IRPEF e ENPAM a carico del medico, sono calcolati sulla produzione lorda effettuata dallo Studio.
L'ente è tenuto al versamento della quota ENPAM prevista per legge a carico del SSR (14.19%).

I suddetti tetti di spesa annuali comprendono una quota di € 1.000,00 per il progetto sperimentale di prevenzione e trattamento dei disordini cranio-mandibolo-posturali come da allegato C1 del presente atto.

Non è previsto invece il riconoscimento allo Studio del professionista Gorrieri per gli anni 2014 e 2015 di un tetto di spesa per l'effettuazioni di prestazioni in favore di residenti fuori-regione, in quanto dal 2012 non risultano prestazioni in mobilità attiva per residenti fuori Regione.
Le prestazioni ambulatoriali vengono remunerate secondo le vigenti tariffe di cui alle DD.G.R. 1468 del 29.12.2014 e n. 5 del 13/01/2015.

I budget di spesa, come nel presente accordo determinati per anni 2014/2015, saranno automaticamente adeguati a nuove e ulteriori deliberazioni regionali in materia, qualora e se dovessero intervenire.

Analoghe revisioni dovranno essere effettuate qualora norme di legge eliminino o introducano nuove quote di partecipazione da parte degli assistiti ed al verificarsi di particolari eventi che potrebbero mutare la situazione dell'utenza.

La gestione dell'attività sanitaria ed amm.va è completamente demandata alla Struttura che curerà l'accesso degli utenti nei confronti dei quali dovrà esigere e conservare:

- La documentazione della diagnosi riscontrata;
- Le prestazioni richieste;
- Il numero complessivo e il programma terapeutico previsto.

Art.2

Prestazioni erogabili-Sistema tariffario

La Struttura eroga:

1. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica per tutte le categorie di assistiti indicate nella DGRM 1323/2002 e DGRM n.165/2003, nel tetto massimo sopraindicato in base alle tariffe contemplate nelle DGRM n. 1468 del 29/12/2014 e n. 5 del 13/01/2015.
2. Il complesso delle prestazioni erogabili, negli anni 2014 - 2015 deve prevedere, rispetto a quanto previsto per le tipologie LEA, l'ordine prioritario di seguito esplicitato:

A) PRESTAZIONI DI ORTODONZIA PER L'ETA' EVOLUTIVA

Le prestazioni vengono erogate nell' ambulatorio della Struttura secondo liste di attesa graduate con le seguenti priorità finalizzate alla corretta programmazione del numero dei pazienti che è possibile prendere in carico ai fini del rispetto dei limiti di budget:

- Diversamente abili collaboranti;
- Esenti per reddito;
- Altri utenti LEA

Il numero massimo di pazienti/anno è fissato in un numero pari al numero di pazienti che in base al costo medio della durata del trattamento (calcolato sulla base dei dati storici) consente il rispetto del budget assegnato.

Per la durata del trattamento ortodontico, nei soggetti in età evolutiva, la Struttura è autorizzata ad erogare le prestazioni odontoiatriche necessarie.

Il costo dei manufatti protesici è a totale carico degli utenti.

Per la durata del trattamento ortodontico, nei soggetti in età evolutiva, la Struttura è autorizzata ad erogare le prestazioni odontoiatriche necessarie.

B) PROTESI FISSA E MOBILE

Le prestazioni di cui sopra vengono applicate negli ambulatori della Struttura, secondo liste di attesa che terranno conto prioritariamente di:

- A) Diversamente Abili ; Invalidi oltre i 2/3;
- B) Utenti ospiti presso Strutture Residenziali;
- C) Esenti per reddito;
- D) Altri utenti LEA

Per gli usufruttori del servizio sono comprese le prestazioni odontoiatriche necessarie.

C) ASSISTENZA DOMICILIARE ODONTOIATRICA

- Progetto di assistenza odontoiatrica domiciliare per i pazienti valutati in ADI dalle Unità Valutative del Distretto di Ancona, secondo il protocollo "assistenza Odontoiatrica Domiciliare" definito congiuntamente" di cui all'allegato **A1** (Completato dagli allegati A2 - A3-B).
- Progetto sperimentale di prevenzione e trattamento dei disordini cranio-mandibolo-posturali, come da Allegati **B1** e **C1**, con verifica al termine delle annualità di riferimento.

Per quanto concerne la fornitura di materiali, dispositivi e manufatti ortodontici, di manufatti di protesi fissa o mobile forniti ai pazienti, questi sono a totale carico degli utenti, ai sensi della circolare n°100/scps/21.4075 del 1 aprile 97 Ministero Sanità – Dipartimento della

Programmazione.

La Struttura si impegna a comunicare, con congruo anticipo eventuali sospensioni di attività, oggetto del presente accordo.

I tetti di spesa come indicato all'art. 1 nell'importo netto si intendono insuperabili salvo nuovi accordi sottoscritti o diverse determinazioni regionali, ma all'interno di questo, sulla base delle esigenze dell'utenza, è possibile compensare gli importi assegnati per ciascuna tipologia di prestazione LEA.

La Struttura è tenuta a fornire mensilmente il riepilogo delle prestazioni erogate a totale o parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, al lordo ed al netto delle quote di partecipazione dovute dagli utenti, rimosse direttamente dalla struttura.

Il debito informativo relativo al flusso della specialistica ambulatoriale riguarda tutte le prestazioni erogate, comprese quelle coperte per intero dalla quota ticket.

Le prestazioni da ricomprendere all'interno del budget assegnato sono distribuite con possibile uniformità (tendenzialmente mensile), nel corso dell'anno.

Ove la Struttura non riesca a rispettare tale uniformità per ragioni connesse con l'afflusso e con il tipo di clientela operante in libera scelta, ed esaurisca anticipatamente il budget assegnato, avrà comunque diritto al pagamento integrale del tetto concordato, nei tempi e nei modi previsti all'art.6.

L'Ambulatorio si impegna ad applicare quanto previsto dalla L.111/2011 in merito alla quota fissa di € 10,00 per singola ricetta da richiedere all'assistito non esente.

E' fatta salva la possibilità di riconoscere alla struttura l'adeguamento automatico del tetto in ossequio a nuove disposizioni Regionali nel caso in cui sia predisposto uno specifico stanziamento di somme aggiuntive da parte della Regione Marche.

Art.3

Requisiti autorizzativi e di accreditamento

La Struttura è tenuta al rispetto dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie dal D. Lgs 502/92 e s.m. e i., dal DPR 14.1.97 e dalla L.R. 20/2000.

La Struttura si impegna altresì ad adeguare la propria attività agli ulteriori requisiti che saranno eventualmente determinati dalla Regione ai fini dell'accreditamento di cui all'articolo 8 quater del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

La Struttura si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni, delle attività e dei servizi di cui al presente accordo con una dotazione di personale:

- del ruolo sanitario, con titoli e specialità come da normative vigenti
- tecnico ed amministrativo come da disposizioni nazionali vigenti .

Questa Area Vasta 2 si riserva il diritto di compiere, in ogni tempo e senza comunicazione preventiva, ispezioni e controlli per verificare il mantenimento e il rispetto dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e dell' appropriatezza delle prestazioni erogate di cui ai commi precedenti.

ART. 4

Standards di qualità

I requisiti e gli standards di qualità da osservarsi per l' erogazione delle prestazioni, sono

quelli stabiliti dalle norme nazionali e regionali in materia di prestazioni specialistiche di ODT, dai Manuali di Autorizzazione ed Accreditamento adottati dalla Regione Marche, nonché dagli accordi quadro regionali con le rappresentanze di categoria raggiunti per l'anno di riferimento o in mancanza, dall'ultimo accordo sottoscritto.

In ogni caso la Struttura trasmetterà, a fine anno 2015, all'Area Vasta. 2, un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato distinto per qualifica e attività, e comunque invierà una volta l'anno un riepilogo di tutto il personale che ha effettivamente operato nella struttura medesima.

Art.5

Sistema per il miglioramento della qualità

Le parti identificano il miglioramento della qualità quale obiettivo primario, da perseguire in uno spirito di piena collaborazione; a tal fine la Struttura si impegna ad adottare un sistema di miglioramento continuo della qualità.

- a) Ai sensi della L. 23.12.1994 n.724, così come regolamentato dall'art. 5 del DPCM del 19.05.1995, ribadito dalla nota del Direttore Generale dell'ASUR, del 19.05.2005, prot. n. 3150/DG, a garanzia del rispetto dei principi di imparzialità e diritto di scelta, e del rispetto della Carta Europea dei Diritti del Malato, la Struttura deve predisporre e pubblicizzare un apposito registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, contenente l'elenco delle prestazioni eseguibili, il codice numerico di ciascuna di esse, la sede di erogazione, i tempi medi di attesa per la loro fruizione e l'ammontare della somma da pagare da parte dell'assistito a tariffa intera, per ticket proporzionale o per quota fissa.
- b) Tutti i tempi di attesa devono essere oggetto di ampia diffusione predisponendo un adeguato piano di comunicazione rivolto all'interno agli operatori della Struttura e all'esterno agli utenti.

ART. 6

Contabilizzazione

La Struttura si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta 2 la contabilità mensile con distinzione per Area Vasta di residenza del paziente.

Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- b) dal riepilogo finale del File C come individuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria inviato mediante trasmissione telematica;
- c) dagli originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità.

La liquidazione e il pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo sanitario e contabile, entro 60 giorni dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui all'art. 1, sempre se la struttura privata avrà presentato una fatturazione mensile corrente o pregressa per l'attività espletata superiore all'importo da corrispondere a titolo di acconto. In caso contrario si pagherà la fattura per intero.

In caso di ritardato pagamento decorreranno gli interessi nella misura prevista dalla normativa vigente.

Le prestazioni fatturate nel mese di dicembre in favore dei residenti saranno invece oggetto di liquidazione fino al 90% di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 2., mentre il conguaglio finale sarà eseguito dalla Area Vasta 2 a favore della Struttura accreditata entro il 31 marzo dell'anno successivo, fatto salvo l'esito del controllo.

Il mancato invio della documentazione indicata ai punti a,)b),c), ovvero la rilevazione della incompletezza o imprecisione della stessa, anche a seguito del confronto con quanto effettivamente accertato dall'ARS, danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con l'interruzione dei termini previsti.

ART. 7

Flussi informativi

Il debito informativo definito con i tracciati unici regionali, oltre che essere obbligatorio nei riguardi della Regione e dello Stato, rappresenta per la Area Vasta 2 il principale strumento per la programmazione, la verifica ed il controllo delle prestazioni erogate dalla struttura.

In merito alla resa del debito informativo relativo alle prestazioni erogate (File C), previsto dai tracciati unici regionali ex art. 50, comma 11, Legge 326/2003, da inviarsi, mediante sistema di trasmissione telematica, all'Agenzia Sanitaria Regionale, entro il giorno 7 del mese successivo a quello di resa delle prestazioni, poiché da gennaio 2008 tale sistema di documentazione è da considerarsi a regime, esso sarà preso a base, dai competenti Ministeri, per la definizione dei finanziamenti da assegnare al Servizio Sanitario Regionale.

Conseguentemente il riconoscimento delle prestazioni ed il pagamento delle fatture è subordinato alla verifica del corretto e completo invio all'ARS dei dati di cui sopra.

La mancata resa di tali dati comporta la sospensione dei pagamenti e l'interruzione dei termini.

Il debito informativo delle prestazioni tariffate è assolto nel rispetto dei seguenti principi:

- la struttura è tenuta al rispetto delle indicazioni regionali e nazionali in ordine alle modalità di compilazione della documentazione sanitaria;
- la struttura raccoglie e registra nel rispetto della tutela della privacy le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella certificazione clinica e/o in altra documentazione amministrativa e clinica; è altresì assicurato il rispetto delle -indicazioni e delle modalità di codifica e di trasmissione – anche in via informatica – fornite dal competente ufficio di competenza salute;
- Funzionari e incaricati dell'Area Vasta 2 possono compiere, con preavviso non inferiore alle 48 ore lavorative, controlli ispirati a criteri di imparzialità e obbiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con l'Amministratore Unico Rappresentante della struttura e con l'eventuale assistenza dei responsabili della documentazione in oggetto. Le modalità di controllo rispondono ai principi e alle linee guida fornite dalla Regione con DGRM 781/2013;
- Su richiesta scritta degli addetti al controllo deve essere rilasciata copia fotostatica della certificazione sanitaria, ovvero della documentazione oggetto di contenzioso;

- Qualora i rilievi non siano accolti, l'Amministratore Unico della struttura o suo delegato, potrà inoltrare entro 30 giorni le proprie contro-deduzioni alla Area Vasta 2. Nel caso in cui il controllo duri più giornate, i 30 giorni decorreranno dall'ultimo giorno di controllo. Non saranno prese in considerazione, ai fini del procedimento, le contro-deduzioni inviate oltre i termini descritti.

ART. 8

Contenzioso

Eventuali inadempienze agli accordi di cui alla presente intesa saranno contestate dall' Area Vasta 2, per iscritto e con fissazione del termine perché le stesse siano rimosse; trascorso inutilmente il termine concesso, la Area Vasta 2 ha facoltà di proporre la procedura di revoca dell'accreditamento.

ART. 9

Tutela della privacy

La Struttura accreditata, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati relativi all'oggetto del presente accordo, si impegna a trattare i dati, di cui è titolare l'Area Vasta 2, e dei quali venga a conoscenza in esecuzione del contratto e nell'effettuazione delle operazioni e dei compiti ad essa affidati, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, di cui al D.Lgs. n.196 del 30.06.2003 e s.m.i..

La Struttura accreditata garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dalla Area Vasta 2 nel regolamento privacy e l'adozione di tutte le misure di sicurezza idonee ad evitare rischi di distruzione e perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità di raccolta.

La Struttura accreditata assicura, in ogni caso, espressamente, che non effettuerà operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Ente committente, senza preventivo consenso dell'Ente stesso, laddove non rientrino tra quelle espressamente affidate alla struttura medesima.

L' Area Vasta 2, per il tramite del referente privacy e/o dei responsabili del trattamento, ha facoltà di richiedere alla struttura accreditata di verificare, in qualunque momento, lo stato di applicazione della normativa sulla privacy.

Art. 10

Durata

Il presente accordo ha validità dal 01/01/2014 al 31/12/2015.

L'accordo è redatto in duplice copia, una per ciascun contraente.

Per quanto non espressamente previsto dal presente contratto, si rinvia alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.

Nel caso in cui siano emanate norme legislative o regolamentari ovvero qualora siano adottati atti amministrativi o linee guida regionali incidenti sul contenuto del presente contratto, lo stesso deve ritenersi conseguentemente modificato ed integrato.

OK

h

A tal fine ciascun contraente entro 30 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, potrà dichiarare di recedere dal contratto, a mezzo di formale comunicazione da notificare all'altra parte contraente.

ART. 11

Disposizioni transitorie e finali

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

Il presente "contratto" sarà registrato, solamente in caso d'uso, a cura dell' Area Vasta 2, secondo le procedure previste dalla legge.

Le spese di bollo e di registrazione saranno a carico della struttura accreditata.

La sottoscrizione dell'accordo da parte della struttura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione.

La sottoscrizione da parte dell' Area Vasta 2 diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente all'approvazione dell'accordo stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR.

Le azioni di committenza definite nell'accordo, stanti le necessità di gestione e di continuità del servizio, trovano diretta ed immediata applicazione.

Nelle more della definizione dell'iter procedurale del piano delle prestazioni, al fine di assicurare la continuità nella erogazione del servizio, l'Area Vasta 2, sul piano dei rapporti economici, agirà conseguentemente alle disposizioni proprie della gestione provvisoria.

Il presente accordo sarà adeguato o se necessario ricontrattato qualora sopraggiungano diversi indirizzi o disposizioni a livello regionale e nazionale.

li, ...08...05...2016

STUDIO ASSOCIATO
CORRIERI PROIETTI
Il Professionista Convenzionato
E Legale Rappresentante
Prof. Oliviero Corrieri



IL DIRETTORE AREA VASTA 2
Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua



Prot. 11008

Ancona li 03/02/2008

**PREACCORDO CONVENZIONE DA STIPULARE NEL CORSO DELL'ANNO
2009**

Vista la richiesta del Prof. Oliviero Gorrieri, legale rappresentante della Soc. Polimedical srl con sede legale in piazza Don Minzioni 4 Ancona, già titolare di accordo stipulato con la Zona Territoriale 7 per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche presso l'ambulatorio ubicato in Ancona via Maratta 8/bis, di estendere il medesimo accordo alla citata Polimedical srl,

considerato il possesso di autorizzazione all'esercizio della struttura Polimedical a norma della L.R. n.20/2000 (provvedimento emanato dal Comune di Ancona in data 23/06/2004) ed accreditamento, con decreto n.14 del 18/01/2006 del Dirigente della P.F. Sistema Ospedaliero, politica del farmaco, sistema territoriale ed integrazione socio-sanitaria della Regione Marche,

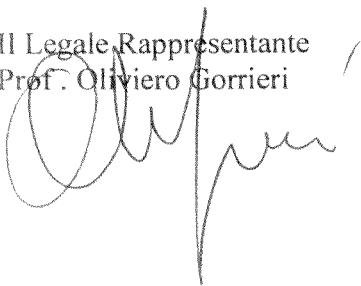
visti i pareri in merito della Regione Marche, espresso con nota prot.21686 SO4/OBB/CMM del 30/1/2008, e del Direttore Amministrativo ASUR, espresso con nota prot. 0008628 del 20/06/2008 ASUR/AAGG/P,

LE PARTI CONVENGONO

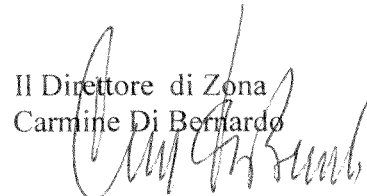
di ripartire il budget attualmente assegnato allo Studio Associato di Odontoiatria "Gorrieri-Proietti" di Ancona, pari ad €106.500,00, al netto del ticket, per le attività effettuate per i residenti nella ZT7 e nelle Zone Territoriali della Regione Marche, comprensivo di quota di € 1500 per un progetto sperimentale di prevenzione e trattamento dei disordini cranio-mandibolo-posturali, secondo lo schema seguente:

- Studio Associato di Odontoiatria "Gorrieri-Proietti" 70% del budget 2008, per un importo pari a 74.550, al netto del ticket ed al netto della ritenuta di acconto e del versamento effettuato all'ENPAM per tale struttura
- Polimedical 30% del budget 2008, per un importo pari a 31.950, al netto del ticket, e di eventuali altri oneri dovuti

Il Legale Rappresentante
Prof. Oliviero Gorrieri



Il Direttore di Zona
Carmine Di Bernardo



ASUR – AV 2 – EX Z.T. 7.

STRUTTURA ACCREDITATA
“STUDIO ASSOCIATO GORRIERI E PROIETTI ”
Studio del Professionista convenzionato ex DPR 119/88
Prof. Gorrieri
(completato dagli allegati A2 – A3 – B)

● **PROTOCOLLO ASSISTENZA ODONTOIATRICA DOMICILIARE**

Art. 1: oggetto

In applicazione del piano di prestazioni professionali concordato tra la AV 2 – ex Z.T. 7- dell'ASUR Regione Marche (di seguito denominata AV 2) e la struttura accreditata “Studio Associato Gorrieri e Proietti” (di seguito denominata struttura), le parti accettano il presente protocollo per garantire l'assistenza odontoiatrica agli assistiti inseriti in ADI ovvero ospiti di Residenze Protette.

Art. 2: assistiti inseriti in ADI

Per usufruire dell'assistenza odontoiatrica domiciliare l'assistito residente o domiciliato nella AV 2 – ex Z.T. 7 - deve essere già inserito in ADI e deve appartenere alle categorie di assistiti per le quali è garantita l'assistenza odontoiatrica in “regime LEA” ai sensi delle DGRM 1323/2002, 165/2003 e successive integrazioni.

Per attivare l'assistenza odontoiatrica domiciliare è necessario che il MMG formuli la richiesta di visita specialista odontoiatrica domiciliare su ricettario regionale specificando che il pz è in ADI ed è esente ticket; pur essendo vero che per la branca specialistica di odontoiatria la normativa vigente prevede l'accesso diretto, è però comunque necessario il coinvolgimento del MMG curante dell'assistito in quanto è l'unico in grado di fornire eventuali notizie sanitarie utili all'odontoiatra per il suo intervento (allergie, diatesi emorragiche, assunzione di farmaci che possono interferire con la coagulazione, malattie concomitanti di cui si deve tener conto nell'intervento odontoiatrico, ecc.). Perciò, per facilitare il compito del MMG, è stata predisposta una scheda clinico-anamnestica (vedi Allegato “A2”) composta di due parti, di cui una compilata dal medico curante sulle condizioni di rischio per trattamenti odontoiatrici.

La richiesta, corredata dalla scheda clinica anamnestica, viene recapitata, tramite i care-givers dell'assistito o i suoi parenti o gli infermieri dell'ADI, al Coordinamento dell'Odontoiatria o al Servizio ADI che provvederanno ad inoltrarla alla Struttura, con la possibilità di anticiparla con i mezzi più idonei (fax, e-mail...).

L'odontoiatra inviato a domicilio dalla Struttura:

- 1) si accerta che il paziente rientri nelle categorie previste dalle delibere citate;
- 2) esegue la visita e appura che i trattamenti ritenuti necessari possono essere erogati a domicilio in condizioni di sicurezza e/o garantendo uno standard minimo di qualità;
- 3) stila il piano di trattamento conforme a quanto previsto dalla tipologia di prestazioni odontoiatriche di cui all'allegato “A3”.

La Struttura provvede ad effettuare le prestazioni a domicilio

- a) utilizzando personale, attrezzatura e materiale di consumo propri che riterrà opportuni;
- b) adottando tutte le misure previste dalla legge in materia di consenso informato, di privacy, di procedure di decontaminazione e sterilizzazione, di trattamento rifiuti sanitari;
- c) sollevando la AV 2 – ex Z.T. 7 - da qualsiasi incombenza e responsabilità.

L'odontoiatra provvede anche alla compilazione della parte specifica della scheda clinico-anamnestica, inviandone copia al Coordinamento dell'Odontoiatria.

Art. 3: assistiti ospiti di Residenze Protette

Nell'obiettivo di soddisfare adeguatamente i bisogni di assistenza odontoiatrica, nell'ambito dell'organizzazione e delle strategie aziendali, è facoltà del Coordinamento dell'Odontoiatria della AV 2 – ex Z.T.7 - richiedere alla Struttura l'erogazione di prestazioni per soggetti ospiti di Residenze Protette ubicate nel territorio della ex Zona 7.

Si specifica che con il termine Residenze Protette si comprendono le RSA, le case protette per anziani e/o disabili, le Case di Riposo limitatamente agli ospiti non autosufficienti ivi presenti, i N.A.R. e le altre eventuali strutture residenziali sanitarie o sociali che ospitano non autosufficienti.

Art. 4: compenso per prestazioni erogate al domicilio del singolo assistito

La Struttura, nei limiti di quanto previsto dall'art.1 del Piano delle Prestazioni anni 2014 e 2015 per le prestazioni erogate a domicilio dell'assistito ha diritto a un *compenso orario aggiuntivo (definito "accesso")* da *sommare* alla tariffa della prestazione ambulatoriale prevista dalla DGRM 5/2015 "definizione del nomenclatore di assistenza specialistica ambulatoriale per gli erogatori pubblici e privati accreditati e relative tariffe 2015".

L'importo totale dell'accesso è calcolato moltiplicando la tariffa oraria stabilita in € 26,40/h (pari a 44 cent./min.) moltiplicata per i minuti attribuiti ad ogni prestazione dal prontuario definito (allegato "B").

L'accesso per la prima visita viene calcolato una sola volta per ogni ciclo di terapia così come programmato alla visita stessa.

Qualora vengano erogate più prestazioni nello stesso intervento a domicilio, il totale degli accessi, in aggiunta alle tariffe delle prestazioni effettuate, verrà così calcolato:

il 100% dell'accesso con il numero più alto di minuti (o del primo a parità di minuti) + il 25% degli accessi delle altre prestazioni:

esempi:

- A) visita (cod. 89.7): tariffa € 16,50; accesso 90'
+

detartrasi (cod. 96.54.1): tariffa € 9,70; accesso 90'

compenso	=	tariffe	+	accessi	
visita	16,50	+		0,44 x 90	
detartrasi	9,70	+		0,44 x (90'/4)	
TOTALI	26,20		+	49,50	= 75,70

B) visita (cod. 89.7): tariffa € 16,50; accesso 90'
+
otturazione a 2 superfici (cod. 23.21): tariffa € 18,60; accesso 120'

compenso	=	tariffe	+	accessi	
visita	16,50	+		0,44 x (90'/4)	
otturaz.	18,60	+		0,44 x 120	
TOTALI	35,10		+	62,70	= 97,80

C) n. 3 estrazioni di dente permanente (cod. 23.09):
€ 16,30 x 3 + accesso € 0,44 x (90'+22,5'+22,5') = € 108,30

Art. 5: compenso per prestazioni erogate in Residenze Protette

Per le prestazioni erogate in Residenze Protette, per il primo assistito si applicano i criteri previsti dall'art. 4; per ogni assistito in più nella stessa giornata, oltre la tariffa di ogni prestazione erogata si aggiunge il 10% dell'accesso relativo alla prestazione.

Art. 6: prestazioni protesiche

Poiché il piano di prestazioni professionali prevede anche l'erogazione di manufatti protesici, si precisa che gli stessi sono a carico dell'assistito, anche se inserito in ADI ed esente da ticket, secondo le tariffe già previste per gli assistiti ambulatoriali.

Art. 7: rimborsi chilometrici per l'utilizzo del proprio mezzo

Gli accessi calcolati ai sensi degli art. 4 e 5 sono comprensivi anche delle spese sostenute con il proprio mezzo di trasporto per effettuare interventi domiciliari nel territorio del Comune di Ancona; per gli interventi domiciliari effettuati in altri Comuni appartenenti alla AV 2 – ex Z.T. 7.



ALLEGATO A 2

DISTRETTO 7
Servizio Odontoiatria Domiciliare
SCHEDA CLINICO-ANAMNESTICA

Dati assistito

Nome _____ Cognome _____ c.f. _____

esenzione _____

tutore/care giver _____ tel. _____

email: _____

Condizioni di rischio per trattamenti odontoiatrici ambulatoriali:

paziente non collaborante paziente scarsamente collaborante ipovedenza ipoacusia

data compilazione

il medico

①

DISTRETTO 7
 Servizio Odontoiatria Domiciliare
 SCHEDA ODONTOIATRICA

DATA VISITA _____

Condizioni cliniche del cavo orale:

gengivite ipersensibilità dentinale parodontopatia

per cui si consiglia:

igiene orale quotidiana collutorio _____ appl. fluoro _____

n. sedute di igiene professionale _____ altro _____

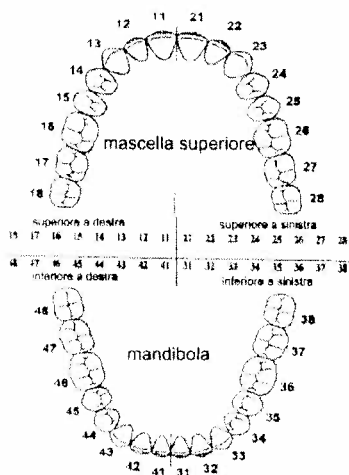
Patologia odontostomatologica:

Ex: dente da estrarre

ExP: pr. fissa da rimuovere

R = residuo radicolare da estrarre

C = carie



Protesi mobile superiore: da fare da riparare/ribasare da rifare

Protesi mobile inferiore: da fare da riparare/ribasare da rifare

presenza di decubiti/lesioni da sorvegliare in zona _____

profilassi antibiotica _____ sospensione terapia anticoagulante

altra terapia da assumere _____

ha eseguito terapia con bifosfonati? si no se si, fino a quando? _____

l'odontoiatra



ALLEGATO B**Allegato B: PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE EROGABILI A DOMICILIO:
TARIFFE, TEMPI DI ACCESSO****CONSERVATIVA**

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA	MIN .ACCESSO
VISITA	89.03	20,70	90'
DETARTRASI/ULTRASUONI	96.54.1	9,70	90'
LEVIGATURA DELLE RADICI (per quadrante)	24.39.1	23,20	90'
OTTURAZIONE A 2 SUPERFICI	23.20.1	18,60	120'
OTTURAZIONE A 3 SUPERFICI	23.20.2	34,90	150'
MOLAGGIO SELETTIVO (per seduta)	23.49.1	16,30	90'
TER. CANALARE IN DENTE MONORAD.	23.71.1	34,90	120'
TER. CANALARE IN DENTE PLURIRAD.	23.71.2	53,40	150'

CHIRURGIA

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA	MIN .ACCESSO
ESTRAZIONE CHIRURGICA DENTE	23.19	30,20	150'
ESTRAZIONE DENTE PERMANENTE	23.09	16,30	90'
ESTRAZIONE RADICE RESIDUA	23.11	16,30	120'
SUTURA LACERAZIONE DEL LABBRO	27.51	23,40	90'
SUT.LACER. ALTRA PARTE BOCCA	27.52	23,40	90'
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA BOCCA SENZA INCISIONE	98.01	8,40	90'
RIMOZIONE SUTURA (medicazione)	96.59	3,90	90'

PROTESI

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA	MIN .ACCESSO
INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	23.43.2	81,30 (*)	600' (**)
(*) = tariffa totale del trattamento per arcata (**) = tempo totale complessivo delle seguenti fase di trattamento separate: prima impronta – seconda impronta con masticazione – prova – consegna n. 3 controlli/ritocchi			
INSERZIONE PROTESI PROVV. MOBILE	23.43.3	16,30 (*)	450' (**)
(*) = tariffa totale del trattamento per arcata (**) = tempo totale complessivo delle seguenti fase di trattamento separate: impronta – masticazione – consegna – n. 2 controlli/ritocchi			
INSERZIONE PROT. RIMOVIBILE TOTALE	23.43.1	129,10 (*)	750' (**)
(*) = tariffa totale del trattamento per arcata (**) = tempo totale complessivo delle seguenti fase di trattamento separate: prima impronta – seconda impronta – masticazione – prova – consegna n. 4 controlli/ritocchi			
RIMOZIONE PROTESI DENTALE (per elemento)	97.35	6,50	90'
TRATT. APPLICAZIONE PR. RIMOVIBILE	99.97.2		
a) ribasamento diretto		13,40 (*)	90'
b) ribasamento indiretto		13,40 (*)	360' (**)
c) rip. Protesi, aggiunta denti e/o ganci		13,40 (*)	360' (**)

(*) = tariffa totale del trattamento per arcata
 (**) = tempo totale complessivo delle seguenti fase di trattamento separate:
 impronta – consegna – n. 2 controlli/ritocchi

**Allegato B1: PROGETTO SPERIMENTALE DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO
DEI DISORDINI CRANIO-MANDIBOLO-POSTURALI**

**Diagnosi e terapia elettro-miokinesiografica
delle disfunzioni cranio-mandibolo-posturali**

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA
VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	93.01.1	12,90
VALUT. FUNZIONALE SEGMENTARIA	93.01.2	7,80
VALUTAZIONE ORTOTTICA	93.02	7,80
VALUTAZIONE PROTESICA	93.03	7,80
VALUTAZIONE MAN. FUNZ. MUSCOLARE	93.04.1	11,60
TEST POSTUROGRAFICO	93.05.4	8,00
TEST STABILOMETRICO STAT. - DIN.	93.05.5	9,70
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE	93.08.1	10,30
ELETTROMIOGRAFIA ANTALGICA (per seduta ciclo di 10 sedute)	93.39.5	3,10
POLIGRAFIA	89.15.6	46,50
STIMOLAZIONE RIPETITIVA	93.08.6	10,30
INIEZIONE ANEST. NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA (escluso anest. Per int.)	04.81.2	15,50
SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE	76.01	26,00
RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE ATM	76.93	27,90
INIEZ. SOST. TERAPEUTICA IN ATM	76.96	27,90
MANUFATTI E MATERIALI		
MODELLI IN GESSO PREPARATI CON PARABOLOIDE PER ES. ELETTROMIOG.		154,94
MODELLI PER ES. ELETTROMIOGRAFICO		77,47
SET MYO TRODES PER TENS DEI MUSCOLI FACCIALI		51,65
MODELLI PER MOLAGGIO SELETTIVO		51,65

(per seduta)

SHAFFIRE PER REGISTRAZIONE
INTEROCCLUSALE COMPUTERIZZATA

77,47

ORTOTTICO MYO-FUNZIONALE

309,87

6

ALLEGATO C1

Progetto di prevenzione e trattamento dei disordini CRANIO-MANDIBOLO-POSTURALI.

A seguito dei colloqui intercorsi è emersa la necessità di intraprendere una campagna di prevenzione per prestazioni protesiche ed ortodontiche correlate a problemi posturali ed algico-disfunzionali.

Lo studio del paziente avverrà secondo quanto previsto dal protocollo operativo della OCCLUSIONE-NEURO-MUSCOLARE, tecnica che nella struttura da me diretta, viene adottata da circa venti anni.

Tale metodica prevede, prima di costruire il manufatto protesico e/o ortodontica, un esame elettromiografico completo (TENS, Elettromiografia dei muscoli facciali, Kinesiografia dei movimenti mandibolari) al fine di valutare eventuali problemi occlusali e poter costruire tutto il necessario in equilibrio neuro-muscolare.

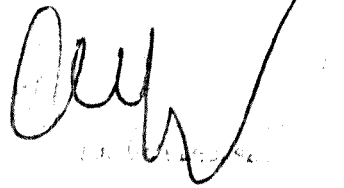
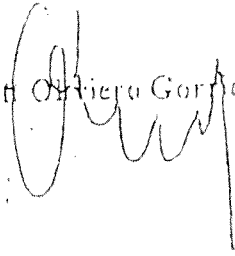
In campo ortodontico questa metodica è quanto di più fisiologico si possa proporre evitando ad esempio di trattare erroneamente alcune presunte malocclusioni solo perché a livello dentale è presente una incongruenza che potrebbe essere dovuta solamente ad uno squilibrio muscolare e/o posturale ed intercettando un atteggiamento scoliosico in fase preclinica od evitando di aggravarne uno concomitante. Il protocollo operativo prevede poi uno stretto contatto fra varie figure professionali quali: l'oculista, l'ortopedico, il fisiatra, il logopedista.

Altro esempio in cui questa metodica consente di ottenere risultati inaccessibili con altre tecniche, è quello delle patologie algico-disfunzionali

della articolazione temporo mandibolare, oppure il potenziamento muscolare nei pazienti disabili o negli sportivi.

Tenuto conto dei pazienti esenti, di quelli soggetti al pagamento ticket e della fascia dei non esenti, penso possano essere sottoposti a screening un campione di 80-100 pazienti.

Dot. Oliviero Gornieri



4

**ACCORDO PER L’AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA
“SOC.POLIMEDICAL SRL” DEL PIANO DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI ODT
PER L’ANNO 2015.**

TRA

L’ A.S.U.R. – Area Vasta n.2 , con sede in Fabriano (AN), Via Turati, 51, rappresentata dal Direttore dell’AV2 Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua, giusta direttiva n. 1 prot. 2683 ASUR/DG del 22/02/2008 confermata con nota prot. 36198 ASUR/DG del 23/10/2015 ,

E

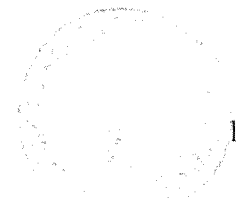
LA SOC. POLIMEDICAL SRL nella persona del Prof. Oliviero Gorrieri

per la stipula del seguente piano di prestazioni da valere per l’anno 2015.

PREMESSO

- che la struttura (codice modello STS11 n. 107395) è presente sul territorio dell’ Area Vasta n. 2 con la struttura sita alla Via Maratta n.21 – Ancona la quale ha ottenuto l’accreditamento istituzionale con Decreto del Direttore del Dipartimento per la Salute e Per i Servizi Sociali n. 83/DSS del 17.9.2012, di cui il Legale Rappresentante ha richiesto il rinnovo con nota acquisita al prot. Regione Marche n. 155009 del 04/03/2015;
- che le parti hanno preso atto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia sulle strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie per conto del S.S.N.;
- che per l’esercizio dell’attività oggetto della presente convenzione trovano applicazione, per quanto non previsto dalle norma specifiche, la normativa nazionale e regionale disciplinante in via generale l’attività degli studi odontoiatrici privati accreditati e la tenuta in esercizio degli stessi;
- che la L. 27/12/1997 n. 449 all’art. 32 prevede che le Regioni individuino preventivamente il limite massimo di spesa sostenibile a carico del Fondo Sanitario da destinare al gruppo di istituzioni rappresentate dalle strutture private e dai professionisti privati accreditati eroganti prestazioni sanitarie;
- che simile determinazione ha valore autoritativo e vincolante, in funzione della necessità di garantire una corretta gestione delle risorse economiche, nonché lo svolgimento delle attività dei soggetti operanti nel settore nell’ambito di una effettiva programmazione;

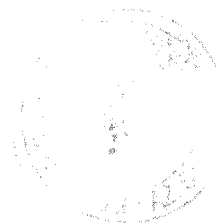
POLIMEDICAL S.r.l.
Via Maratta, 21
ANCONA
P. IVA 01586480426



- che l'art. 8 bis, comma 2, del Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 stabilisce che 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, ed al successivo comma 3, stabilisce che l'esercizio delle attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale è subordinato alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;
- che l'art. 3 comma 2 l. o) della L. R 13/2003 e s.m.i. stabilisce che spetta alla Giunta Regionale la definizione, ai sensi dell'art. 23 della Legge Regionale 16/03/2000 n. 20, degli accordi quadro con le organizzazioni di categoria relativi alla conclusione dei contratti di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 del D. Lgs 30/12/1992, n. 502 e s.m.i.;
- che l'art. 6 dell'Intesa della Conferenza permanente Stato – Regioni del 23 marzo 2005 rep. 2271 stabilisce che le Regioni adottino i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economici-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
- che in base alla normativa sopra richiamata la Regione è chiamata a rivestire il ruolo di garante, sia dell'erogazione ai cittadini delle prestazioni indicate nei Livelli Essenziali di Assistenza, sia dell'equilibrio economico finanziario del sistema. La Regione al fine di poter svolgere tale ruolo, dal 2002, ha adottato lo strumento della contrattazione del budget annuale di spesa e degli obiettivi di qualità con i diversi Enti del S.S.R.;
- che le deliberazioni della Giunta Regionale che nella specie riguardano le prestazioni di ODT ambulatoriale sono la DGRM 1804 del 9/12/2008 e DGRM n. 58 del 18/01/2010.
- che inoltre le parti prendono atto di quanto previsto dal Decreto-Legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2015, n. 125 ed in particolare dell'art. 9 *quater* a mente del quale *“Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014”*.
- che pertanto il tetto fisso ed invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni ODT calcolato sulla base del budget anno 2014 deve essere rideterminato in **€ 30.997,89** (€ 31.311,00-1%).

LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE :

POLITICO
P. N. 0159 113 20



ART. 1

Oggetto del contratto

Le parti con il presente contratto determinano il volume massimo di prestazioni/ le modalità di assistenza / le tipologie delle prestazioni autorizzate che la Struttura si impegna ad assicurare nel rispetto dei requisiti fissati dalle normative nazionali e regionali vigenti in materia.

Le parti convengono che ai sensi della citata DGR n.1804 del 9/12/2008 e DGR n.58 del 18/1/2010, il budget di partenza assegnato alla struttura per l'anno 2015, al netto del ticket per le attività effettuate per i residenti nella Regione Marche, è pari ad € 30.997,89= (pari al budget anno 2014 di € 31.311,00 abbattuto dell'1% ex L. 125/2015).

Le parti richiamano quanto previsto nel preaccordo sottoscritto tra le medesime in data 3/2/2009, prot. 11008, come da allegato A) secondo cui tale budget è comprensivo di una quota di € 450 per un progetto sperimentale di prevenzione e trattamento dei disordini cranio-mandibolo-posturali.

Non è previsto, invece, il riconoscimento alla Struttura Polimedical, per l'anno 2015, di un tetto di spesa per l'erogazione di prestazioni in favore di residenti fuori Regione in quanto non risulta un costo, allo stesso titolo, consuntivato nell'anno 2014 secondo quanto previsto dall'art. 9 comma quater L. 125/2015.

Le prestazioni ambulatoriali vengono remunerate secondo le vigenti tariffe di cui alle DGRM n. 1468 del 29/12/2014 e n. 5 del 13/01/2015.

Il budget, come sopra determinato, per l'anno 2015 sarà automaticamente adeguato a nuove e ulteriori deliberazioni regionali in materia, qualora e se dovessero intervenire.

Analoghe revisioni dovranno essere effettuate qualora norme di legge eliminino o introducano nuove quote di partecipazione da parte degli assistiti ed al verificarsi di particolari eventi che potrebbero mutare la situazione dell'utenza.

La gestione dell'attività sanitaria ed amministrativa è completamente demandata alla Struttura che curerà l'accesso degli utenti nei confronti dei quali dovrà esigere e conservare: la documentazione della diagnosi riscontrata; le prestazioni richieste; il numero complessivo, il programma terapeutico previsto.

Art.2

Prestazioni erogabili-Sistema tariffario

La Struttura eroga:

1. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica per tutte le categorie di assistiti indicate nella DGRM 1323/2002 e DGRM n.165/2003, nel tetto massimo sopraindicato in base alle tariffe contemplate nelle DGRM n. 1468 del 29/12/2014 e n. 5 del 13/01/2015.
2. Il complesso delle prestazioni erogabili, nell'anno 2015 deve prevedere, rispetto a quanto previsto per le tipologie LEA, l'ordine prioritario di seguito esplicitato:
 - A) PRESTAZIONI DI ORTODONZIA PER L'ETA' EVOLUTIVA
Le prestazioni vengono erogate negli ambulatori della Struttura secondo liste di attesa graduate con le seguenti priorità finalizzate alla corretta programmazione del numero dei pazienti che è possibile prendere in carico ai fini del rispetto dei limiti di budget:
 - A) Diversamente abili collaboranti;
 - B) Esenti per reddito;
 - C) Altri utenti LEA

Il numero massimo di pazienti/anno è fissato in un numero pari al numero di pazienti che in base al costo medio della durata del trattamento (calcolato sulla base dei dati storici) consente il rispetto del budget assegnato.

Per la durata del trattamento ortodontico, nei soggetti in età evolutiva, la Struttura è autorizzata ad erogare le prestazioni odontoiatriche necessarie.

Il costo dei manufatti protesici è a totale carico degli utenti.

Per la durata del trattamento ortodontico, nei soggetti in età evolutiva, la Struttura è autorizzata ad erogare le prestazioni odontoiatriche necessarie.

B) PROTESI FISSA E MOBILE

Le prestazioni di cui sopra vengono applicate negli ambulatori della Struttura, secondo liste di attesa che terranno conto prioritariamente di:

- A) Diversamente Abili ; Invalidi oltre i 2/3;
- B) Utenti ospiti presso Strutture Residenziali;
- C) Esenti per reddito;
- D) Altri utenti LEA

Per gli usufruttori del servizio sono comprese le prestazioni odontoiatriche necessarie.

C) ASSISTENZA DOMICILIARE ODONTOIATRICA

- Progetto di assistenza odontoiatrica domiciliare per i pazienti valutati in ADI dalle Unità Valutative del Distretto di Ancona, secondo il protocollo "assistenza Odontoiatrica Domiciliare" definito congiuntamente" di cui all'allegato **A1** (Completato dagli allegati A2 - A3-B).
- Progetto sperimentale di prevenzione e trattamento dei disordini cranio-mandibolo-posturali, come da Allegati **B1 e C1**, con verifica al 31/12/2013.

Per quanto concerne la fornitura di materiali, dispositivi e manufatti ortodontici, di manufatti di protesi fissa o mobile forniti ai pazienti, questi sono a totale carico degli utenti, ai sensi della circolare n°100/scps/21.4075 del 1 aprile 97 Ministero Sanità – Dipartimento della Programmazione.

La Struttura si impegna a comunicare, con congruo anticipo eventuali sospensioni di attività, oggetto del presente accordo.

Il tetto di spesa di Euro 30.997,89= complessivo si intende insuperabile, salvo nuovi accordi sottoscritti o diverse determinazioni regionali, ma all'interno di questo, sulla base delle esigenze dell'utenza, è possibile compensare gli importi assegnati per ciascuna tipologia di prestazione LEA. La Struttura è tenuta a fornire mensilmente il riepilogo delle prestazioni erogate a totale o parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, al lordo ed al netto delle quote di partecipazione dovute dagli utenti, rimosse direttamente dalla struttura.

Il debito informativo relativo al flusso della specialistica ambulatoriale riguarda tutte le prestazioni erogate, comprese quelle coperte per intero dalla quota ticket.

Le prestazioni da ricomprendere all'interno del budget assegnato sono distribuite con possibile uniformità (tendenzialmente mensile), nel corso dell'anno.

Ove la Struttura non riesca a rispettare tale uniformità per ragioni connesse con l'afflusso e con il tipo di clientela operante in libera scelta, ed esaurisca anticipatamente il budget assegnato, avrà comunque diritto al pagamento integrale del tetto concordato, nei tempi e nei modi previsti all'art.6.

L'Ambulatorio si impegna ad applicare quanto previsto dalla L.111/2011 in merito alla quota fissa

di € 10,00 per singola ricetta da richiedere all'assistito non esente.

E' fatta salva la possibilità di riconoscere alla struttura l'adeguamento automatico del tetto in ossequio a nuove disposizioni Regionali nel caso in cui sia predisposto uno specifico stanziamento di somme aggiuntive da parte della Regione Marche.

Art.3

Requisiti autorizzativi e di accreditamento

La Struttura è tenuta al rispetto dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie dal D. Lgs 502/92 e s.m. e i., dal DPR 14.1.97 e dalla L.R. 20/2000.

La Struttura si impegna altresì ad adeguare la propria attività agli ulteriori requisiti che saranno eventualmente determinati dalla Regione ai fini dell'accreditamento di cui all'articolo 8 quater del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

La Struttura si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni, delle attività e dei servizi di cui al presente accordo con una dotazione di personale:

- del ruolo sanitario, con titoli e specialità come da normative vigenti
- tecnico ed amministrativo come da disposizioni nazionali vigenti .

Questa Area Vasta 2 si riserva il diritto di compiere, in ogni tempo e senza comunicazione preventiva, ispezioni e controlli per verificare il mantenimento e il rispetto dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e dell' appropriatezza delle prestazioni erogate di cui ai commi precedenti.

ART. 4

Standards di qualità

I requisiti e gli standards di qualità da osservarsi per l' erogazione delle prestazioni, sono quelli stabiliti dalle norme nazionali e regionali in materia di prestazioni specialistiche di ODT, dai Manuali di Autorizzazione ed Accreditamento adottati dalla Regione Marche, nonché dagli accordi quadro regionali con le rappresentanze di categoria raggiunti per l' anno di riferimento o in mancanza, dall'ultimo accordo sottoscritto.

In ogni caso la Struttura trasmetterà, a fine anno 2015, all'Area Vasta. 2, un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato distinto per qualifica e attività., e comunque invierà una volta l' anno un riepilogo di tutto il personale che ha effettivamente operato nella struttura medesima.

Art.5

Sistema per il miglioramento della qualità

Le parti identificano il miglioramento della qualità quale obiettivo primario, da perseguire in uno spirito di piena collaborazione; a tal fine la Struttura si impegna ad adottare un sistema di miglioramento continuo della qualità.

- a) Ai sensi della L. 23.12.1994 n.724, così come regolamentato dall'art. 5 del DPCM del 19.05.1995, ribadito dalla nota del Direttore Generale dell'ASUR, del 19.05.2005, prot. n. 3150/DG, a garanzia del rispetto dei principi di imparzialità e diritto di scelta, e del rispetto della Carta Europea dei Diritti del Malato, la Struttura deve predisporre e pubblicizzare un apposito registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, contenente l'elenco delle

prestazioni eseguibili, il codice numerico di ciascuna di esse, la sede di erogazione, i tempi medi di attesa per la loro fruizione e l'ammontare della somma da pagare da parte dell'assistito a tariffa intera, per ticket proporzionale o per quota fissa.

- b) Tutti i tempi di attesa devono essere oggetto di ampia diffusione predisponendo un adeguato piano di comunicazione rivolto all'interno agli operatori della Struttura e all'esterno agli utenti.

ART. 6

Contabilizzazione

La Struttura si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta 2 la contabilità mensile con distinzione per Area Vasta di residenza del paziente.

Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- b) dal riepilogo finale del File C come individuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria inviato mediante trasmissione telematica;
- c) dagli originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità.

La liquidazione e il pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo sanitario e contabile, entro 60 giorni dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 2., sempre se la struttura privata avrà presentato una fatturazione mensile corrente o pregressa per l'attività espletata superiore all'importo da corrispondere a titolo di acconto. In caso contrario si pagherà la fattura per intero.

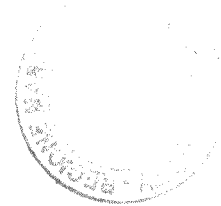
In caso di ritardato pagamento decorreranno gli interessi nella misura prevista dalla normativa vigente.

Le prestazioni fatturate nel mese di dicembre in favore dei residenti saranno invece oggetto di liquidazione fino al 90% di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 2., mentre il conguaglio finale sarà eseguito dalla Area Vasta 2 a favore della Struttura accreditata entro il 31 marzo dell'anno successivo, fatto salvo l'esito del controllo.

Il mancato invio della documentazione indicata ai punti a),b),c), ovvero la rilevazione della incompletezza o imprecisione della stessa, anche a seguito del confronto con quanto effettivamente accertato dall'ARS, danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con l'interruzione dei termini previsti.

ART. 7

Flussi informativi



Il debito informativo definito con i tracciati unici regionali, oltre che essere obbligatorio nei riguardi della Regione e dello Stato, rappresenta per la Area Vasta 2 il principale strumento per la programmazione, la verifica ed il controllo delle prestazioni erogate dalla struttura.

In merito alla resa del debito informativo relativo alle prestazioni erogate (File C), previsto dai tracciati unici regionali ex art. 50, comma 11, Legge 326/2003, da inviarsi, mediante sistema di trasmissione telematica, all'Agenzia Sanitaria Regionale, entro il giorno 7 del mese successivo a

quello di resa delle prestazioni, poiché da gennaio 2008 tale sistema di documentazione è da considerarsi a regime, esso sarà preso a base, dai competenti Ministeri, per la definizione dei finanziamenti da assegnare al Servizio Sanitario Regionale.

Conseguentemente il riconoscimento delle prestazioni ed il pagamento delle fatture è subordinato alla verifica del corretto e completo invio all'ARS dei dati di cui sopra.

La mancata resa di tali dati comporta la sospensione dei pagamenti e l'interruzione dei termini.

Il debito informativo delle prestazioni tariffate è assolto nel rispetto dei seguenti principi:

- la struttura è tenuta al rispetto delle indicazioni regionali e nazionali in ordine alle modalità di compilazione della documentazione sanitaria;
- la struttura raccoglie e registra nel rispetto della tutela della privacy le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella certificazione clinica e/o in altra documentazione amministrativa e clinica; è altresì assicurato il rispetto delle -indicazioni e delle modalità di codifica e di trasmissione – anche in via informatica – fornite dal competente ufficio di competenza salute;
- Funzionari e incaricati dell'Area Vasta 2 possono compiere, con preavviso non inferiore alle 48 ore lavorative, controlli ispirati a criteri di imparzialità e obbiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con l'Amministratore Unico Rappresentante della struttura e con l'eventuale assistenza dei responsabili della documentazione in oggetto. Le modalità di controllo rispondono ai principi e alle linee guida fornite dalla Regione con DGRM 781/2013;
- Su richiesta scritta degli addetti al controllo deve essere rilasciata copia fotostatica della certificazione sanitaria, ovvero della documentazione oggetto di contenzioso;
- Qualora i rilievi non siano accolti, l'Amministratore Unico della struttura o suo delegato, potrà inoltrare entro 30 giorni le proprie contro-deduzioni alla Area Vasta 2. Nel caso in cui il controllo duri più giornate, i 30 giorni decorreranno dall'ultimo giorno di controllo. Non saranno prese in considerazione, ai fini del procedimento, le contro-deduzioni inviate oltre i termini descritti.

ART. 8

Contenzioso

Eventuali inadempienze agli accordi di cui alla presente intesa saranno contestate dall' Area Vasta 2, per iscritto e con fissazione del termine perché le stesse siano rimosse; trascorso inutilmente il termine concesso, la Area Vasta 2 ha facoltà di proporre la procedura di revoca dell'accreditamento.

ART. 9

Tutela della privacy

La Struttura accreditata, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati relativi all'oggetto del presente accordo, si impegna a trattare i dati, di cui è titolare l'Area Vasta 2, e dei quali venga a conoscenza in esecuzione del contratto e nell'effettuazione delle operazioni e dei compiti ad essa affidati, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, di cui al D.Lgs. n.196 del 30.06.2003 e s.m.i..

POLIMEDICAL S.r.l.

Via Maratta, 21

ANCONA

P. IVA 01586480426

La Struttura accreditata garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dalla Area Vasta 2 nel regolamento privacy e l'adozione di tutte le misure di sicurezza idonee ad evitare rischi di distruzione e perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità di raccolta.

La Struttura accreditata assicura, in ogni caso, espressamente, che non effettuerà operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Ente committente, senza preventivo consenso dell'Ente stesso, laddove non rientrino tra quelle espressamente affidate alla struttura medesima.

L' Area Vasta 2, per il tramite del referente privacy e/o dei responsabili del trattamento, ha facoltà di richiedere alla struttura accreditata di verificare, in qualunque momento, lo stato di applicazione della normativa sulla privacy

Art. 10

Durata

Il presente accordo ha validità dal 01/01/2015 al 31/12/2015.

L'accordo è redatto in duplice copia, una per ciascun contraente.

Per quanto non espressamente previsto dal presente contratto, si rinvia alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.

Nel caso in cui siano emanate norme legislative o regolamentari ovvero qualora siano adottati atti amministrativi o linee guida regionali incidenti sul contenuto del presente contratto, lo stesso deve ritenersi conseguentemente modificato ed integrato.

A tal fine ciascun contraente entro 30 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, potrà dichiarare di recedere dal contratto, a mezzo di formale comunicazione da notificare all'altra parte contraente .

ART. 11

Disposizioni transitorie e finali

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

Il presente "contratto" sarà registrato, solamente in caso d'uso, a cura dell' Area Vasta 2, secondo le procedure previste dalla legge.

Le spese di bollo e di registrazione saranno a carico della struttura accreditata.

La sottoscrizione dell'accordo da parte della struttura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione.

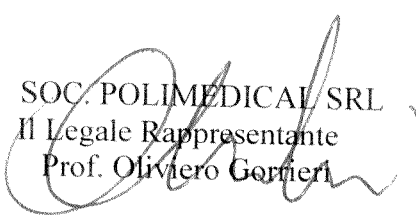
La sottoscrizione da parte dell' Area Vasta 2 diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente all'approvazione dell'accordo stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR.

Le azioni di committenza definite nell'accordo, stanti le necessità di gestione e di continuità del servizio, trovano diretta ed immediata applicazione.

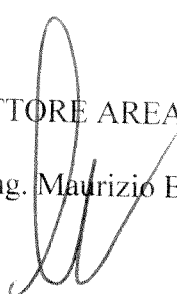
Nelle more della definizione dell'iter procedurale del piano delle prestazioni, al fine di assicurare la continuità nella erogazione del servizio, l'Area Vasta 2, sul piano dei rapporti economici, agirà conseguentemente alle disposizioni proprie della gestione provvisoria.

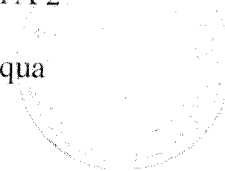
Il presente accordo sarà adeguato o se necessario ricontrattato qualora sopraggiungano diversi indirizzi o disposizioni a livello regionale e nazionale.

li,


SOC. POLIMEDICAL SRL
Il Legale Rappresentante
Prof. Oliviero Gornieri

IL DIRETTORE AREA VASTA 2


Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua




POLIMEDICAL S.r.l.
Via Maratta, 21
ANCONA
P. IVA 01586480426

ALLEGATO a)

Prot. 11008

Ancona li 03/02/2008

**PREACCORDO CONVENZIONE DA STIPULARE NEL CORSO DELL'ANNO
2009**

Vista la richiesta del Prof. Oliviero Gorrieri, legale rappresentante della Soc. Polimedical srl con sede-legale in piazza Don Minzioni 4 Ancona, già titolare di accordo stipulato con la Zona Territoriale 7 per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche presso l'ambulatorio ubicato in Ancona via Maratta 8/bis, di estendere il medesimo accordo alla citata Polimedical srl,

considerato il possesso di autorizzazione all'esercizio della struttura Polimedical a norma della L.R. n.20/2000 (provvedimento emanato dal Comune di Ancona in data 23/06/2004) ed accreditamento, con decreto n.14 del 18/01/2006 del Dirigente della P.F. Sistema Ospedaliero, politica del farmaco, sistema territoriale ed integrazione socio-sanitaria della Regione Marche,

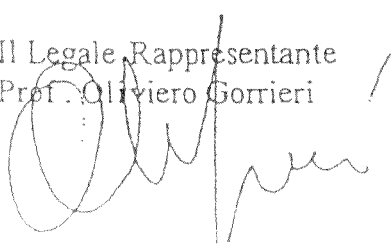
visti i pareri in merito della Regione Marche, espresso con nota prot.21686 SO4/OBB/CMM del 30/1/2008, e del Direttore Amministrativo ASUR, espresso con nota prot. 0008628 del 20/06/2008 ASUR/AAGG/P,

LE PARTI CONVENGONO

di ripartire il budget attualmente assegnato allo Studio Associato di Odontoiatria "Gorrieri-Proietti" di Ancona, pari ad €106.500,00, al netto del ticket, per le attività effettuate per i residenti nella ZT7 e nelle Zone Territoriali della Regione Marche, comprensivo di quota di € 1500, per un progetto sperimentale di prevenzione e trattamento dei disordini cranio-mandibolo-posturali, secondo lo schema seguente:

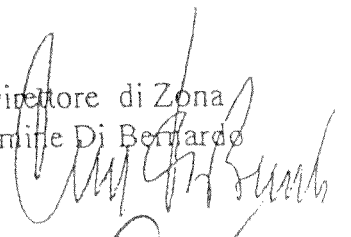
- Studio Associato di Odontoiatria "Gorrieri-Proietti" 70% del budget 2008, per un importo pari a 74.550, al netto del ticket ed al netto della ritenuta di acconto e del versamento effettuato all'ENPAM per tale struttura
- Polimedical 30% del budget 2008, per un importo pari a 31.950, al netto del ticket, e di eventuali altri oneri dovuti

Il Legale Rappresentante
Prof. Oliviero Gorrieri



POLIMEDICAL S.r.l.
Via Maratta 2
ANCONA
P. IVA 01586480426

Il Direttore di Zona
Carmine Di Bernardo



STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA
Del Prof. A. GORRIERI - D. PROIETTI
Via Maratta 2 - 60121 ANCONA

POLIMEDICAL S.r.l.

VIA MARATTA 2
60121 ANCONA

ASUR – AV 2 – EX Z.T. 7.

**STRUTTURA ACCREDITATA
“POLIMEDICAL srl”
(completato dagli allegati A2 – A3 – B)**

● **PROTOCOLLO ASSISTENZA ODONTOIATRICA DOMICILIARE**

Art. 1: oggetto

In applicazione del piano di prestazioni professionali concordato tra la AV 2 – Distretto 7- dell'ASUR Regione Marche (di seguito denominata AV 2) e la struttura accreditata “Polimedical srl” (di seguito denominata struttura), le parti accettano il presente protocollo per garantire l'assistenza odontoiatrica agli assistiti inseriti in ADI ovvero ospiti di Residenze Protette.

Art. 2: assistiti inseriti in ADI

Per usufruire dell'assistenza odontoiatrica domiciliare l'assistito residente o domiciliato nella AV 2 – Distretto 7 di Ancona - deve essere già inserito in ADI e deve appartenere alle categorie di assistiti per le quali è garantita l'assistenza odontoiatrica in “regime LEA” ai sensi delle DGRM 1323/2002, 165/2003 e successive integrazioni.

Per attivare l'assistenza odontoiatrica domiciliare è necessario che il MMG formuli la richiesta di visita specialista odontoiatrica domiciliare su ricettario regionale specificando che il pz è in ADI ed è esente ticket; pur essendo vero che per la branca specialistica di odontoiatria la normativa vigente prevede l'accesso diretto, è però comunque necessario il coinvolgimento del MMG curante dell'assistito in quanto è l'unico in grado di fornire eventuali notizie sanitarie utili all'odontoiatra per il suo intervento (allergie, diatesi emorragiche, assunzione di farmaci che possono interferire con la coagulazione, malattie concomitanti di cui si deve tener conto nell'intervento odontoiatrico, ecc.). Perciò, per facilitare il compito del MMG, è stata predisposta una scheda clinico-anamnestica (vedi Allegato “A2”) composta di due parti, di cui una compilata dal medico curante sulle condizioni di rischio per trattamenti odontoiatrici.

La richiesta, corredata dalla scheda clinica anamnestica, viene recapitata, tramite i care-givers dell'assistito o i suoi parenti o gli infermieri dell'ADI, al Coordinamento dell'Odontoiatria o al Servizio ADI che provvederanno ad inoltrarla alla Struttura, con la possibilità di anticiparla con i mezzi più idonei (fax, e-mail...).

L'odontoiatra inviato a domicilio dalla Struttura:

- 1) si accerta che il paziente rientri nelle categorie previste dalle delibere citate;
- 2) esegue la visita e appura che i trattamenti ritenuti necessari possono essere erogati a domicilio in condizioni di sicurezza e/o garantendo uno standard minimo di qualità;
- 3) stila il piano di trattamento conforme a quanto previsto dalla tipologia di prestazioni odontoiatriche di cui all'allegato “A3”.

POLIMEDICAL S.r.l.
Via Maratta. 21
ANCONA
P. IVA 01586480426

La Struttura provvede ad effettuare le prestazioni a domicilio

- a) utilizzando personale, attrezzatura e materiale di consumo propri che riterrà opportuni;
- b) adottando tutte le misure previste dalla legge in materia di consenso informato, di privacy, di procedure di decontaminazione e sterilizzazione, di trattamento rifiuti sanitari;
- c) sollevando la AV 2 – Distretto 7 - da qualsiasi incombenza e responsabilità.

L'odontoiatra provvede anche alla compilazione della parte specifica della scheda clinico-anamnestica, inviandone copia al Coordinamento dell'Odontoiatria.

Art. 3: assistiti ospiti di Residenze Protette

Nell'obiettivo di soddisfare adeguatamente i bisogni di assistenza odontoiatrica, nell'ambito dell'organizzazione e delle strategie aziendali, è facoltà del Coordinamento dell'Odontoiatria della AV 2 – Distretto 7 - richiedere alla Struttura l'erogazione di prestazioni per soggetti ospiti di Residenze Protette ubicate nel territorio del Distretto 7.

Si specifica che con il termine Residenze Protette si comprendono le RSA, le case protette per anziani e/o disabili, le Case di Riposo limitatamente agli ospiti non autosufficienti ivi presenti, i N.A.R. e le altre eventuali strutture residenziali sanitarie o sociali che ospitano non autosufficienti.

Art. 4: compenso per prestazioni erogate al domicilio del singolo assistito

La Struttura, nei limiti di quanto previsto dall'art.1 del Piano delle Prestazioni anno 2015 per le prestazioni erogate a domicilio dell'assistito ha diritto a un *compenso orario aggiuntivo (definito "accesso")* da *sommare* alla tariffa della prestazione ambulatoriale prevista dalla DGRM 5/2015 "Definizione del Nomenclatore delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche e relative tariffe".

L'importo totale dell'accesso è calcolato moltiplicando la tariffa oraria stabilita in € 26,40/h (pari a 44 cent./min.) moltiplicata per i minuti attribuiti ad ogni prestazione dal prontuario definito (allegato "B").

L'accesso per la prima visita viene calcolato una sola volta per ogni ciclo di terapia così come programmato alla visita stessa.

Qualora vengano erogate più prestazioni nello stesso intervento a domicilio, il totale degli accessi, in aggiunta alle tariffe delle prestazioni effettuate, verrà così calcolato:

il 100% dell'accesso con il numero più alto di minuti (o del primo a parità di minuti) + il 25% degli accessi delle altre prestazioni:

esempi:

- A) visita (cod. 89.7): tariffa € 20,70; accesso 90'
+
detartrasi (cod. 96.54.1): tariffa € 9,70; accesso 90'

POLIMEDICAL S.r.l.
Via Maratta, 21
ANCONA
P. IVA 01586480426



compenso = tariffe	+	accessi	
visita 20,70 +		0,44 x 90	
detartrasi 9,70 +		0,44 x (90'/4)	
TOTALI 30,40	+	49,50	= 79,90

B) visita (cod. 89.7): tariffa € 20,70; accesso 90'
+
otturazione a 2 superfici (cod. 23.21): tariffa € 18,60; accesso **120'**

compenso = tariffe	+	accessi	
visita 20,70 +		0,44 x (90'/4)	
otturaz. 18,60 +		0,44 x 120	
TOTALI 39,30	+	62,70	= 102,00

C) n. 3 estrazioni di dente permanente (cod. 23.09):
€ 16,30 x 3 + accesso € 0,44 x (90'+22,5'+22,5') = € 108,30

Art. 5: compenso per prestazioni erogate in Residenze Protette

Per le prestazioni erogate in Residenze Protette, per il primo assistito si applicano i criteri previsti dall'art. 4; per ogni assistito in più nella stessa giornata, oltre la tariffa di ogni prestazione erogata si aggiunge il 10% dell'accesso relativo alla prestazione.

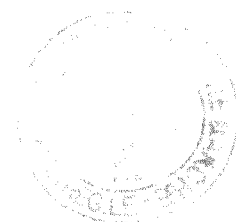
Art. 6: prestazioni protesiche

Poiché il piano di prestazioni professionali prevede anche l'erogazione di manufatti protesici, si precisa che gli stessi sono a carico dell'assistito, anche se inserito in ADI ed esente da ticket, secondo le tariffe già previste per gli assistiti ambulatoriali.

Art. 7: rimborsi chilometrici per l'utilizzo del proprio mezzo

Gli accessi calcolati ai sensi degli art. 4 e 5 sono comprensivi anche delle spese sostenute con il proprio mezzo di trasporto per effettuare interventi domiciliari nel territorio del Comune di Ancona; per gli interventi domiciliari effettuati in altri Comuni appartenenti alla AV 2 – Distretto 7 - è previsto un rimborso chilometrico secondo modalità e parametri già adottati per il personale dipendente della AV 2 – Distretto 7; si precisa che anche i rimborsi chilometrici concorrono al totale dei compensi che debbono rientrare nei limiti previsti dall'art.1 del Piano delle Prestazioni anno 2015.

POLIMEDICAL S.r.l.
Via Maratta. 21
ANCONA
R.N.A. 01586480426



(ALL.to A2)



DISTRETTO 7
Servizio Odontoiatria Domiciliare
SCHEMA CLINICO-ANAMNESTICA

Dati assistito

Nome _____ Cognome _____ c.f. _____

esenzione _____

tutore/care giver _____ tel. _____

email.: _____

Condizioni di rischio per trattamenti odontoiatrici ambulatoriali:

paziente non collaborante paziente scarsamente collaborante ipovedenza ipoacusia

data compilazione

il medico

TECHNICAL MEDICAL S.r.l.
Via Maratta, 21
ANCONA
P. IVA 01586480426



(All.to A3)



DISTRETTO 7
Servizio Odontoiatria Domiciliare
SCHEMA ODONTOIATRICA

DATA VISITA _____

Condizioni cliniche del cavo orale:

0 gengivite 0 ipersensibilità dentinale 0 parodontopatia

per cui si consiglia:

0 igiene orale quotidiana 0 collutorio _____ 0 appl. fluoro _____

0 n. sedute di igiene professionale _____ 0 altro _____

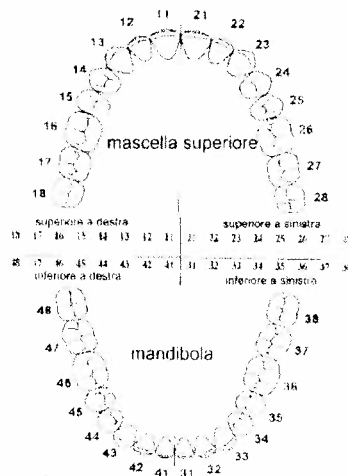
Patologia odontostomatologica:

Ex: dente da estrarre

ExP: pr. fissa da rimuovere

R = residuo radicolare da estrarre

C = carie



Protesi mobile superiore: 0 da fare 0 da riparare/ribasare 0 da rifare

Protesi mobile inferiore: 0 da fare 0 da riparare/ribasare 0 da rifare

0 presenza di decubiti/lesioni da sorvegliare in zona _____

0 profilassi antibiotica _____ 0 sospensione terapia anticoagulante

0 altra terapia da assumere _____

0 ha eseguito terapia con bifosfonati? 0 sì 0 no se sì, fino a quando? _____

l'odontoiatra

POLIMEDICAL S.r.l.
Via Maratta, 21
ANCONA
P. IVA 01586480426

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA	MIN .ACCESSO
INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	23.43.2	81,30 (*)	600' (**)

(*) = tariffa totale del trattamento per arcata

(**) = tempo totale complessivo delle seguenti fase di trattamento separate:
prima impronta – seconda impronta con masticazione – prova – consegna
n. 3 controlli/ritocchi

INSERZIONE PROTESI PROV. MOBILE	23.43.3	16,30 (*)	450' (**)
---------------------------------	---------	-----------	-----------

(*) = tariffa totale del trattamento per arcata

(**) = tempo totale complessivo delle seguenti fase di trattamento separate:
impronta – masticazione – consegna – n. 2 controlli/ritocchi

INSERZIONE PROT. RIMOVIBILE TOTALE	23.43.1	129,10 (*)	750' (**)
------------------------------------	---------	------------	-----------

(*) = tariffa totale del trattamento per arcata

(**) = tempo totale complessivo delle seguenti fase di trattamento separate:
prima impronta – seconda impronta – masticazione – prova – consegna
n. 4 controlli/ritocchi

RIMOZIONE PROTESI DENTALE (per elemento)	97.35	6,50	90'
---	-------	------	-----

TRATT. APPLICAZIONE PR. RIMOVIBILE 99.97.2

a) ribasamento diretto	13,40 (*)	90'
b) ribasamento indiretto	13,40 (*)	360' (**)
c) rip. Protesi, aggiunta denti e/o ganci	13,40 (*)	360' (**)

(*) = tariffa totale del trattamento per arcata

(**) = tempo totale complessivo delle seguenti fase di trattamento separate:
impronta – consegna – n. 2 controlli/ritocchi

POLIMEDICAL S.r.l.
Via Maratta 21
ANCONA
P. IVA 01586480426

**Allegato B: PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE EROGABILI A DOMICILIO:
TARIFFE, TEMPI DI ACCESSO**

CONSERVATIVA

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA	MIN .ACCESSO
VISITA	89.03	20,70	90'
DETARTRASI/ULTRASUONI	96.54.1	9,70	90'
LEVIGATURA DELLE RADICI (per quadrante)	24.39.1	23,20	90'
OTTURAZIONE A 2 SUPERFICI	23.20.1	18,60	120'
OTTURAZIONE A 3 SUPERFICI	23.20.2	34,90	150'
MOLAGGIO SELETTIVO (per seduta)	23.49.1	16,30	90'
TER. CANALARE IN DENTE MONORAD.	23.71.1	34,90	120'
TER. CANALARE IN DENTE PLURIRAD.	23.71.2	53,40	150'

CHIRURGIA

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA	MIN .ACCESSO
ESTRAZIONE CHIRURGICA DENTE	23.19	30,20	150'
ESTRAZIONE DENTE PERMANENTE	23.09	16,30	90'
ESTRAZIONE RADICE RESIDUA	23.11	16,30	120'
SUTURA LACERAZIONE DEL LABBRO	27.51	23,40	90'
SUT.LACER. ALTRA PARTE BOCCA	27.52	23,40	90'
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA BOCCA SENZA INCISIONE	98.01	8,40	90'
RIMOZIONE SUTURA (medicazione)	96.59	3,90	90'



POLIMEDICAL S.r.l.
Via Maratta, 21
ANCONA
P. IVA 01586480426

PROTESI

**Allegato B1: PROGETTO SPERIMENTALE DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO
DEI DISORDINI CRANIO-MANDIBOLO-POSTURALI**

**Diagnosi e terapia elettro-miokinesiografica
delle disfunzioni cranio-mandibolo-posturali**

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA
VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	93.01.1	12,90
VALUT. FUNZIONALE SEGMENTARIA	93.01.2	7,80
VALUTAZIONE ORTOTTICA	93.02	7,80
VALUTAZIONE PROTESICA	93.03	7,80
VALUTAZIONE MAN. FUNZ. MUSCOLARE	93.04.1	11,60
TEST POSTUROGRAFICO	93.05.4	8,00
TEST STABILOMETRICO STAT. - DIN.	93.05.5	9,70
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE	93.08.1	10,30
ELETTROMIOGRAFIA ANTALGICA (per seduta ciclo di 10 sedute)	93.39.5	3,10
POLIGRAFIA	89.15.6	46,50
STIMOLAZIONE RIPETITIVA	93.08.6	10,30
INIEZIONE ANEST. NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA (escluso anest. Per int.)	04.81.2	15,50
SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE	76.01	26,00
RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE ATM	76.93	27,90
INIEZ. SOST. TERAPEUTICA IN ATM	76.96	27,90

MANUFATTI E MATERIALI

MODELLI IN GESSO PREPARATI CON PARABOLOIDE PER ES. ELETTROMIOG.		154,94
MODELLI PER ES. ELETTROMIOGRAFICO		77,47
SET MYO TRODES PER TENS DEI MUSCOLI FACCIALI		51,65
MODELLI PER MOLAGGIO SELETTIVO (per seduta)		51,65

POLIMEDICAL S.r.l.
Via Maratta, 21
ANCONA
P. IVA 01586480426

SHAFFIRE PER REGISTRAZIONE
INTEROCCLUSALE COMPUTERIZZATA

77,47

ORTOTTICO MYO-FUNZIONALE

309,87


POLMEDICAL S.r.l.
Via Maratta, 31
ANCONA
P. IVA 01586480426

ALLEGATO C1

Progetto di prevenzione e trattamento dei disordini CRANIO-MANDIBOLO-POSTURALI.

A seguito dei colloqui intercorsi è emersa la necessità di intraprendere una campagna di prevenzione per prestazioni protesiche ed ortodontiche correlate a problemi posturali ed algico-disfunzionali.

Lo studio del paziente avverrà secondo quanto previsto dal protocollo operativo della OCCLUSIONE-NEURO-MUSCOLARE, tecnica che nella struttura da me diretta, viene adottata da circa venti anni.

Tale metodica prevede, prima di costruire il manufatto protesico e/o ortodontica, un esame elettromiografico completo (TENS, Elettromiografia dei muscoli facciali, Kinesiografia dei movimenti mandibolari) al fine di valutare eventuali problemi occlusali e poter costruire tutto il necessario in equilibrio neuro-muscolare.

In campo ortodontico questa metodica è quanto di più fisiologico si possa proporre evitando ad esempio di trattare erroneamente alcune presunte malocclusioni solo perché a livello dentale è presente una incongruenza che potrebbe essere dovuta solamente ad uno squilibrio muscolare e/o posturale ed intercettando un atteggiamento scoliosico in fase preclinica od evitando di aggravare uno concomitante. Il protocollo operativo prevede poi uno stretto contatto fra varie figure professionali quali: l'oculista, l'ortopedico, il fisiatra, il logopedista.

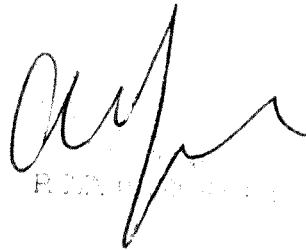
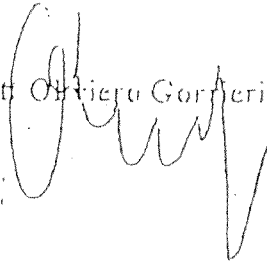
Allo stesso modo in cui questa metodica consente di ottenere risultati ottimali con altre tecniche e nella fase di prevenzione e trattamento

POLIMEDICAL S.r.l.
Via Maratta, 21
ANCONA
P. IVA 01586480426

della articolazione temporo mandibolare, oppure il potenziamento muscolare nei pazienti disabili o negli sportivi.

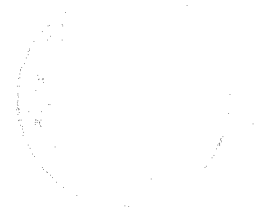
Tenuto conto dei pazienti esenti, di quelli soggetti al pagamento ticket e della fascia dei non esenti, penso possano essere sottoposti a screening un campione di 80-100 pazienti.

Dot. Olyviero Gorfieri



R.O. n. 10/10/11

POLIMEDICAL S.r.l.
Via Maratta, 21
ANCONA
P. IVA 01586480426



5

**ACCORDO PER L'AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA
AMBULATORI ODONTOIATRICI "MASTER GROUP SRL" DEL PIANO DI
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI ODT PER L'ANNO 2015.**

TRA

L' A.S.U.R. – Area Vasta n.2 , con sede in Fabriano (AN), Via Turati, 51, rappresentata dal Direttore dell'AV2 Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua, giusta direttiva n. 1 prot. 2683 ASUR/DG del 22/02/2008 confermata con nota prot. 36198 ASUR/DG del 23/10/2015 ,

E

AMBULATORI ODONTOIATRICI MASTER GROUP Srl nella persona dell'Amministratore Unico Sig. Cristiano Lucchetta

per la stipula del seguente piano di prestazioni da valere per l'anno 2015.

PREMESSO

- che in data 30.10.2012 la "Master Group Srl" ha ceduto con atto notarile del Dott. Andrea Massei, Notaio in Ancona, con Repertorio n.15044, raccolta 10.897, registrato in data 9.11.2012 al numero 9.036, agli Ambulatori Odontoiatrici Master Group Srl il Ramo d'Azienda inerente all'attività dei tre ambulatori odontoiatrici siti ad Ancona ed a Falconara M.ma e che l'Amministratore Unico e Legale Rappresentante della Srl medesima è il Sig. Cristiano Lucchetta;
- che la Società Ambulatori Odontoiatrici Master Group Srl, in funzione del Ramo d'Azienda acquisito, subentra a tutti gli effetti all'altra società in quanto la variazione riguarda soltanto gli aspetti giuridici ed amministrativi, rimanendo invariati tutti gli aspetti gestionali, professionali e sanitari;
- che la Società Ambulatori Odontoiatrici Master Group Srl è presente sul territorio dell' Area Vasta 2 con n. 3 Ambulatori Odontoiatrici di seguito indicati:
 - ✓ Ambulatorio di Falconara in Via Rosselli 9/A, accreditato per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche con Decreto n.106/AOS del 20.5.2005, regolarmente rinnovato con ultima richiesta al Servizio Sanità del 24.10.2013;
 - ✓ Ambulatorio Corso Stamira sito in Ancona, Corso Stamina n. 17, accreditato ex art 16 L.R.20/2000– per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche in reg.amb.le con decreto n. 139 del 14.7.2008, rinnovato con decreto del dirigente p.f. accreditamenti n. 137/ACR del 15/07/ 2014;
 - ✓ Poliamb. Monte D'ago sito in Ancona alla Via Tiraboschi n.36/G accreditato per erog. prestaz. special. mediche, chirurgiche ed odontoiatriche in regime amb.le. con Decreto n.

Amb. Odon. **MASTER GROUP s.r.l.**
Part. IVA 02561920428

104 del 7.8.2007, regolarmente rinnovato con ultima richiesta al Servizio Sanità del 26.2.2013;

- che le parti hanno preso atto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia sulle strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie per conto del S.S.N.;
- che la L. 27/12/1997 n. 449 all'art. 32 prevede che le Regioni individuino preventivamente il limite massimo di spesa sostenibile a carico del Fondo Sanitario da destinare al gruppo di istituzioni rappresentate dalle strutture private e dai professionisti privati accreditati eroganti prestazioni sanitarie;
- che simile determinazione ha valore autoritativo e vincolante, in funzione della necessità di garantire una corretta gestione delle risorse economiche, nonché lo svolgimento delle attività dei soggetti operanti nel settore nell'ambito di una effettiva programmazione;
- che l'art. 8 bis, comma 2, del Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 stabilisce che 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, ed al successivo comma 3, stabilisce che l'esercizio delle attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale è subordinato alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;
- che l'art. 3 comma 2 l. o) della L. R 13/2003 e s.m.i. stabilisce che spetta alla Giunta Regionale la definizione, ai sensi dell'art. 23 della Legge Regionale 16/03/2000 n. 20, degli accordi quadro con le organizzazioni di categoria relativi alla conclusione dei contratti di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 del D. Lgs 30/12/1992, n. 502 e s.m.i.;
- che l'art. 6 dell'Intesa della Conferenza permanente Stato – Regioni del 23 marzo 2005 rep. 2271 stabilisce che le Regioni adottino i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economici-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
- che in base alla normativa sopra richiamata la Regione è chiamata a rivestire il ruolo di garante, sia dell'erogazione ai cittadini delle prestazioni indicate nei Livelli Essenziali di Assistenza, sia dell'equilibrio economico finanziario del sistema. La Regione al fine di poter svolgere tale ruolo, dal 2002, ha adottato lo strumento della contrattazione del budget annuale di spesa e degli obiettivi di qualità con i diversi Enti del S.S.R.;
- che le deliberazioni della Giunta Regionale che nella specie riguardano le prestazioni di ODT ambulatoriale sono la DGRM 1804 del 9/12/2008 e DGRM n. 58 del 18/01/2010.
- che inoltre le parti prendono atto di quanto previsto dal Decreto-Legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2015, n. 125 ed in particolare dell'art. 9 *quater* a

mente del quale "Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014".

- che pertanto il budget storico che rappresenta il tetto fisso ed invalicabile di spesa per per l'acquisto di prestazioni ODT, deve essere rideterminato in € 173.292,84=

LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE :

ART. 1

Oggetto del contratto

Le parti con il presente contratto determinano il volume massimo di prestazioni/ le modalità di assistenza / le tipologie delle prestazioni autorizzate che la Struttura si impegna ad assicurare nel rispetto dei requisiti fissati dalle normative nazionali e regionali vigenti in materia.

Le parti convengono che ai sensi della citata DGR n.1804 del 9/12/2008 e DGR n.58 del 18/1/2010, che il budget di partenza assegnato alla struttura per l'anno 2015, al netto del ticket per le attività effettuate per i residenti nella Regione Marche, è pari ad € 173.292,84= (pari al consuntivo anno 2014 di € 175.043,27 abbattuto dell'1% ex L. 125/2015).

Tale budget sarà automaticamente adeguato a nuove e ulteriori deliberazioni regionali in materia qualora e se dovessero intervenire.

La struttura erogherà le medesime prestazioni, alle medesime condizioni anche a pazienti residenti in altre Regioni italiane; esse verranno riconosciute dalla AV 2 entro il tetto di spesa fissato in € ^{296,46}182,03 (pari al consuntivo anno 2014 di € ~~183,87~~ abbattuto dell'1% ex L. 125/2015) con le stesse modalità e tariffe previste per le prestazioni agli assistiti della Regione Marche; Le prestazioni ambulatoriali vengono remunerate secondo le vigenti di cui alle DGRM n. 1468 del 29/12/2014 e n. 5 del 13/01/2015.

Eventuali revisioni del Budget assegnato per l'anno 2015, sia per la Regione Marche sia per il Fuori Regione, dovranno essere effettuate qualora intervengano, da parte della Regione Marche, modificazioni a valere per l'anno di riferimento. Analoghe revisioni dovranno essere effettuate qualora norme di legge eliminino o introducano nuove quote di partecipazione da parte degli assistiti ed al verificarsi di particolari eventi che potrebbero mutare la situazione dell'utenza.

La gestione dell'attività sanitaria ed amministrativa è completamente demandata alla Struttura che curerà l'accesso degli utenti nei confronti dei quali dovrà esigere e conservare: la documentazione della diagnosi riscontrata; le prestazioni richieste; il numero complessivo, il programma terapeutico previsto.

Art.2

Prestazioni erogabili-Sistema tariffario

La Struttura eroga:

Amb. Odont. MASTER GROUP s.r.l.
Part. IVA 02561920428

1. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica per tutte le categorie di assistiti indicate nella DGRM 1323/2002 e DGRM n.165/2003, nei tetti massimi sopraindicati in base alle tariffe contemplate DGRM n. 1468 del 29/12/2014 e n. 5 del 13/01/2015.

2. Il complesso delle prestazioni erogabili, nell'anno 2015 deve prevedere, rispetto a quanto previsto per le tipologie LEA, l'ordine prioritario di seguito esplicitato:

A) PRESTAZIONI DI ORTODONZIA PER L'ETA' EVOLUTIVA

Le prestazioni vengono erogate negli ambulatori della Struttura secondo liste di attesa graduate con le seguenti priorità finalizzate alla corretta programmazione del numero dei pazienti che è possibile prendere in carico ai fini del rispetto dei limiti di budget:

- Diversamente abili collaboranti;
- Esenti per reddito;
- Altri utenti LEA

Il numero massimo di pazienti/anno è fissato in un numero pari al numero di pazienti che in base al costo medio della durata del trattamento (calcolato sulla base dei dati storici) consente il rispetto del budget assegnato.

Per la durata del trattamento ortodontico, nei soggetti in età evolutiva, la Struttura è autorizzata ad erogare le prestazioni odontoiatriche necessarie.

B) PROTESI FISSA E MOBILE

Le prestazioni di cui sopra vengono applicate negli ambulatori della Struttura, secondo liste di attesa che terranno conto prioritariamente di:

- Diversamente Abili ; Invalidi oltre i 2/3;
- Utenti ospiti presso Strutture Residenziali;
- Esenti per reddito;
- Altri utenti LEA

Per quanto concerne la fornitura di materiali, dispositivi e manufatti ortodontici, di manufatti di protesi fissa o mobile forniti ai pazienti, questi sono a totale carico degli utenti, ai sensi della circolare n°100/scps/21.4075 del 1 aprile 97 Ministero Sanità – Dipartimento della Programmazione.

3. La Struttura si impegna a comunicare, con congruo anticipo eventuali sospensioni di attività, oggetto del presente accordo.

Il tetto di spesa di Euro 173.292,84= complessivo si intende insuperabile, salvo nuovi accordi sottoscritti o diverse determinazioni regionali, ma all'interno di questo, sulla base delle esigenze dell'utenza, è possibile compensare gli importi assegnati per ciascuna tipologia di prestazione LEA.

Qualora, in sede di compensazione della Mobilità Sanitaria da parte della Regione Marche emergessero situazioni di perdita di quote di mobilità attiva imputabili ad errori di documentazione da parte della Struttura, il danno verrà posto a carico della medesima.

La Struttura è tenuta a fornire mensilmente il riepilogo delle prestazioni erogate a totale o parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, al lordo ed al netto delle quote di partecipazione dovute dagli utenti, riscosse direttamente dalla struttura.

Il debito informativo relativo al flusso della specialistica ambulatoriale riguarda tutte le prestazioni erogate, comprese quelle coperte per intero dalla quota ticket.

Le prestazioni da ricomprendere all'interno del budget assegnato sono distribuite con possibile uniformità (tendenzialmente mensile), nel corso dell'anno.

Amb. Odon. MASTER GROUP S.r.l.
Part. IVA 02561920428

Ove la Struttura non riesca a rispettare tale uniformità per ragioni connesse con l'afflusso e con il tipo di clientela operante in libera scelta, ed esaurisca anticipatamente il budget assegnato, avrà comunque diritto al pagamento integrale del tetto concordato, nei tempi e nei modi previsti all'art.6.

L'Ambulatorio si impegna ad applicare quanto previsto dalla L.111/2011 in merito alla quota fissa di € 10,00 per singola ricetta da richiedere all'assistito non esente.

E' fatta salva la possibilità di riconoscere alla struttura l'adeguamento automatico del tetto in ossequio a nuove disposizioni Regionali nel caso in cui sia predisposto uno specifico stanziamento di somme aggiuntive da parte della Regione Marche.

Art.3

Requisiti autorizzativi e di accreditamento

1. La Struttura è tenuta al rispetto dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie dal D. Lgs 502/92 e s.m. e i., dal DPR 14.1.97 e dalla L.R. 20/2000.
2. La Struttura si impegna altresì ad adeguare la propria attività agli ulteriori requisiti che saranno eventualmente determinati dalla Regione ai fini dell'accreditamento di cui all'articolo 8 quater del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.
3. La Struttura si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni, delle attività e dei servizi di cui al presente accordo con una dotazione di personale:
 - del ruolo sanitario, con titoli e specialità come da normative vigenti
 - tecnico ed amministrativo come da disposizioni nazionali vigenti .
4. Questa Area Vasta 2 si riserva il diritto di compiere, in ogni tempo e senza comunicazione preventiva, ispezioni e controlli per verificare il mantenimento e il rispetto dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e dell' appropriatezza delle prestazioni erogate di cui ai commi precedenti.

ART. 4

Standards di qualità

I requisiti e gli standards di qualità da osservarsi per l' erogazione delle prestazioni, sono quelli stabiliti dalle norme nazionali e regionali in materia di prestazioni specialistiche di ODT, dai Manuali di Autorizzazione ed Accreditamento adottati dalla Regione Marche, nonché dagli accordi quadro regionali con le rappresentanze di categoria raggiunti per l' anno di riferimento o in mancanza, dall'ultimo accordo sottoscritto.

In ogni caso la Struttura trasmetterà, alla stipula del presente accordo ed a fine anno 2015, all'Area Vasta 2 - , un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato distinto per qualifica e attività., e comunque invierà una volta l'anno un riepilogo di tutto il personale che ha effettivamente operato nella struttura medesima.

Art.5

Sistema per il miglioramento della qualità

1. Le parti identificano il miglioramento della qualità quale obiettivo primario, da perseguire in uno spirito di piena collaborazione; a tal fine la Struttura si impegna ad adottare un sistema di miglioramento continuo della qualità.

Amb. Odon. MASTER GROUP s.r.l.
Part. IVA 02561920428

- a) Ai sensi della L. 23.12.1994 n.724, così come regolamentato dall'art. 5 del DPCM del 19.05.1995, ribadito dalla nota del Direttore Generale dell'ASUR, del 19.05.2005, prot. n. 3150/DG, a garanzia del rispetto dei principi di imparzialità e diritto di scelta, e del rispetto della Carta Europea dei Diritti del Malato, la Struttura deve predisporre e pubblicizzare un apposito registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, contenente l'elenco delle prestazioni eseguibili, il codice numerico di ciascuna di esse, la sede di erogazione, i tempi medi di attesa per la loro fruizione e l'ammontare della somma da pagare da parte dell'assistito a tariffa intera, per ticket proporzionale o per quota fissa.
- b) Tutti i tempi di attesa devono essere oggetto di ampia diffusione predisponendo un adeguato piano di comunicazione rivolto all'interno agli operatori della Struttura e all'esterno agli utenti.

ART. 6

Contabilizzazione

La Struttura si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta 2 la contabilità mensile con distinzione per Area Vasta di residenza del paziente.

Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- b) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni effettuate a pazienti extraregionali;
- c) dal riepilogo finale del File C come individuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria inviato mediante trasmissione telematica;
- d) dagli originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità.

La liquidazione e il pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo sanitario e contabile, entro 60 giorni dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 2., sempre se la struttura privata avrà presentato una fatturazione mensile corrente o pregressa per l'attività espletata superiore all'importo da corrispondere a titolo di acconto. In caso contrario si pagherà la fattura per intero.

In caso di ritardato pagamento decorreranno gli interessi nella misura prevista dalla normativa vigente.

Le prestazioni fatturate nel mese di dicembre in favore dei residenti e dei non residenti saranno invece oggetto di liquidazione fino al 90% di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 2., mentre il conguaglio finale sarà eseguito dalla Area Vasta 2 a favore della Struttura accreditata entro il 31 marzo dell'anno successivo, fatto salvo l'esito del controllo.

Il mancato invio della documentazione indicata ai punti a),b),c),d), ovvero la rilevazione della incompletezza o imprecisione della stessa, anche a seguito del confronto con quanto effettivamente accertato dall'ARS, danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con l'interruzione dei termini previsti.

Amb. Odon. MASTER GROUP s.r.l.
Part. IVA 02561920428

Qualora inoltre in sede di compensazione di mobilità sanitaria da parte della Regione Marche, emergessero situazioni di perdita di quote di mobilità attiva imputabili ad errori di documentazione da parte della struttura, il danno verrà posto a carico della medesima, salvo possibilità di rettifica.

ART. 7

Flussi informativi

Il debito informativo definito con i tracciati unici regionali, oltre che essere obbligatorio nei riguardi della Regione e dello Stato, rappresenta per la **Area Vasta 2** il principale strumento per la programmazione, la verifica ed il controllo delle prestazioni erogate dalla struttura.

In merito alla resa del debito informativo relativo alle prestazioni erogate (File C), previsto dai tracciati unici regionali ex art. 50, comma 11, Legge 326/2003, da inviarsi, mediante sistema di trasmissione telematica, all'Agenzia Sanitaria Regionale, entro il giorno 7 del mese successivo a quello di resa delle prestazioni, poiché da gennaio 2008 tale sistema di documentazione è da considerarsi a regime, esso sarà preso a base, dai competenti Ministeri, per la definizione dei finanziamenti da assegnare al Servizio Sanitario Regionale.

Conseguentemente il riconoscimento delle prestazioni ed il pagamento delle fatture è subordinato alla verifica del corretto e completo invio all'ARS dei dati di cui sopra.

La mancata resa di tali dati comporta la sospensione dei pagamenti e l'interruzione dei termini.

Il debito informativo delle prestazioni tariffate è assolto nel rispetto dei seguenti principi:

- la struttura è tenuta al rispetto delle indicazioni regionali e nazionali in ordine alle modalità di compilazione della documentazione sanitaria;
- la struttura raccoglie e registra nel rispetto della tutela della privacy le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella certificazione clinica e/o in altra documentazione amministrativa e clinica; è altresì assicurato il rispetto delle -indicazioni e delle modalità di codifica e di trasmissione – anche in via informatica – fornite dal competente ufficio di competenza salute;
- Funzionari e incaricati dell'Area Vasta 2 possono compiere, con preavviso non inferiore alle 48 ore lavorative, controlli ispirati a criteri di imparzialità e obbiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con l'Amministratore Unico Rappresentante della struttura e con l'eventuale assistenza dei responsabili della documentazione in oggetto. Le modalità di controllo rispondono ai principi e alle linee guida fornite dalla Regione con DGRM 781/2013;
- Su richiesta scritta degli addetti al controllo deve essere rilasciata copia fotostatica della certificazione sanitaria, ovvero della documentazione oggetto di contenzioso;
- Qualora i rilievi non siano accolti, l'Amministratore Unico della struttura o suo delegato, potrà inoltrare entro 30 giorni le proprie contro-deduzioni alla Area Vasta 2. Nel caso in cui il controllo duri più giornate, i 30 giorni decorreranno dall'ultimo giorno di controllo. Non saranno prese in considerazione, ai fini del procedimento, le contro-deduzioni inviate oltre i termini descritti.

ART. 8

Amb. Odon. MASTER GROUP s.r.l.
Part. IVA 02561920428

Contenzioso

Eventuali inadempienze agli accordi di cui alla presente intesa saranno contestate dall' **Area Vasta n.2**, per iscritto e con fissazione del termine perché le stesse siano rimosse; trascorso inutilmente il termine concesso, la Area Vasta 2 ha facoltà di proporre la procedura di revoca dell'accreditamento.

ART. 9

Tutela della privacy

La Struttura accreditata, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati relativi all'oggetto del presente accordo, si impegna a trattare i dati, di cui è titolare l'Area Vasta 2, e dei quali venga a conoscenza in esecuzione del contratto e nell'effettuazione delle operazioni e dei compiti ad essa affidati, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, di cui al D.Lgs. n.196 del 30.06.2003 e s.m.i..

La Struttura accreditata garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dalla Area Vasta 2 nel regolamento privacy e l'adozione di tutte le misure di sicurezza idonee ad evitare rischi di distruzione e perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità di raccolta.

La Struttura accreditata assicura, in ogni caso, espressamente, che non effettuerà operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Ente committente, senza preventivo consenso dell'Ente stesso, laddove non rientrino tra quelle espressamente affidate alla struttura medesima.

L' Area Vasta 2, per il tramite del referente privacy e/o dei responsabili del trattamento, ha facoltà di richiedere alla struttura accreditata di verificare, in qualunque momento, lo stato di applicazione della normativa sulla privacy

Art. 10

Durata

Il presente accordo ha validità dal 01/01/2015 al 31/12/2015.

L'accordo è redatto in duplice copia, una per ciascun contraente.

Per quanto non espressamente previsto dal presente contratto, si rinvia alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.

Nel caso in cui siano emanate norme legislative o regolamentari ovvero qualora siano adottati atti amministrativi o linee guida regionali incidenti sul contenuto del presente contratto, lo stesso deve ritenersi conseguentemente modificato ed integrato.

A tal fine ciascun contraente entro 30 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, potrà dichiarare di recedere dal contratto, a mezzo di formale comunicazione da notificare all'altra parte contraente .

ART. 11

Disposizioni transitorie e finali

Amb. Odon. MASTER GROUP s.r.l.
Part. IVA 02581820428

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

Il presente "contratto" sarà registrato, solamente in caso d'uso, a cura dell' Area Vasta 2, secondo le procedure previste dalla legge.

Le spese di bollo e di registrazione saranno a carico della struttura accreditata.

La sottoscrizione dell'accordo da parte della struttura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione.

La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta 2 diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente all'approvazione dell'accordo stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR.

Le azioni di committenza definite nell'accordo, stanti le necessità di gestione e di continuità del servizio, trovano diretta ed immediata applicazione.

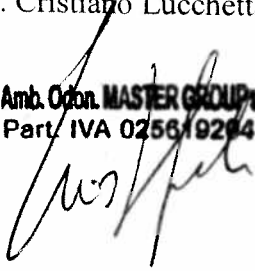
Nelle more della definizione dell'iter procedurale del piano delle prestazioni, al fine di assicurare la continuità nella erogazione del servizio, l' Area Vasta 2, sul piano dei rapporti economici, agirà conseguentemente alle disposizioni proprie della gestione provvisoria.

Il presente accordo sarà adeguato o se necessario ricontrattato qualora sopraggiungano diversi indirizzi o disposizioni a livello regionale e nazionale.

li,

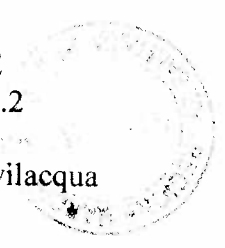
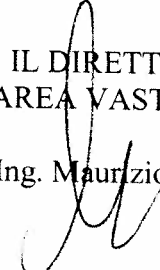
AMBULATORI ODONTOIATRICI
MASTER GROUP SRL
Il Legale Rappresentante della Struttura
Sig. Cristiano Lucchetta

Amb. Odon. MASTER GROUP s.r.l.
Part. IVA 0256/020428



IL DIRETTORE
AREA VASTA N.2

Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua



ACCORDO PER L’AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA
AMBULATORIO POLISPECIALISTICO BIOS CENTER S.R.L. DI OSIMO DEL PIANO DI
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI IN REGIME
AMBULATORIALE PER L’ANNO 2015

TRA

L’ A.S.U.R. – Area Vasta n.2 , con sede in Fabriano (AN), Via Turati, 51, rappresentata dal Direttore
dell’AV2 Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua, giusta direttiva n. 1 prot. 2683 ASUR/DG del 22/02/2008
confermata con nota prot. 36198 ASUR/DG del 23/10/2015 ,

E

L’AMBULATORIO POLISPECIALISTICO BIOS CENTER SRL nelle persone dei Sig.ri Alessandrini
Angelo e Siniscalchi Sergio

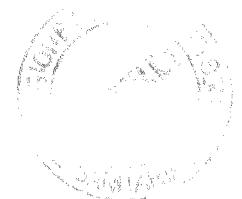
per la stipula del seguente piano di prestazioni da valere per l’anno 2015;

PREMESSO

- che l’Ambulatorio Polispecialistico Bios Center Srl P.I. 02336850421 è presente sul territorio dell'Area Vasta 2 con la struttura ubicata ad Osimo in Via Ticino, 20 – Frazione Padiglione -;
- che la struttura Bios Center S.r.l. (codice Modello STS11 n. 107311) ha ottenuto l'accREDITAMENTO istituzionale con Provvedimento n. 164 del 17.6.2010 per l’erogazione di prestazioni specialistiche mediche (medicina dello sport e medicina del lavoro) e diagnostica per immagini (ecografie generali non invasive, ecografie ostetriche morfologiche, ecografie cardiologiche, ecografie vascolari, densitometria ossea MOC, RMN) in regime ambulatoriale, regolarmente rinnovato con ultima richiesta al Servizio Sanità del 1.3.2013;
- che le parti hanno preso atto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia sulle strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie per conto del S.S.N., nella specie le prestazioni di recupero e rieducazione funzionale in regime ambulatoriale;
- che la L. 27/12/1997 n. 449 all’art. 32 prevede che le Regioni individuino preventivamente il limite massimo di spesa sostenibile a carico del Fondo Sanitario da destinare al gruppo di istituzioni rappresentate dalle strutture private e dai professionisti privati accreditati eroganti prestazioni sanitarie;

- che simile determinazione ha valore autoritativo e vincolante, in funzione della necessità di garantire una corretta gestione delle risorse economiche, nonché lo svolgimento delle attività dei soggetti operanti nel settore nell'ambito di una effettiva programmazione;
- che l'art. 8 bis, comma 2, del Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 stabilisce che 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, ed al successivo comma 3, stabilisce che l'esercizio delle attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale è subordinato alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;
- che l'art. 3 comma 2 l. o) della L. R 13/2003 e s.m.i. stabilisce che spetta alla Giunta Regionale la definizione, ai sensi dell'art. 23 della Legge Regionale 16/03/2000 n. 20, degli accordi quadro con le organizzazioni di categoria relativi alla conclusione dei contratti di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 del D. Lgs 30/12/1992, n. 502 e s.m.i.;
- che l'art. 6 dell'Intesa della Conferenza permanente Stato – Regioni del 23 marzo 2005 rep. 2271 stabilisce che le Regioni adottino i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economici-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
- che in base alla normativa sopra richiamata la Regione è chiamata a rivestire il ruolo di garante, sia dell'erogazione ai cittadini delle prestazioni indicate nei Livelli Essenziali di Assistenza, sia dell'equilibrio economico finanziario del sistema. La Regione al fine di poter svolgere tale ruolo, dal 2002, ha adottato lo strumento della contrattazione del budget annuale di spesa e degli obiettivi di qualità con i diversi Enti del S.S.R.;
- che inoltre le parti prendono atto di quanto previsto dal Decreto-Legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2015, n. 125 ed in particolare dell'art. 9 quater a mente del quale *“Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014”*.
- che pertanto il budget storico che rappresenta il tetto fisso ed invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni di rieducazione funzionale in regime ambulatoriale, deve essere rideterminato in € 12.651,41 (€ 12.779,20-1%).

Premesso quanto sopra le parti convengono e stipulano quanto segue



Art. 1
Prestazioni oggetto dell'accordo anno 2015

L'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center Srl di Osimo erogherà prestazioni di diagnostica per immagini in favore di pazienti residenti nell'ambito territoriale dell'Area Vasta 2 nonché di pazienti residenti in ambiti di altre Aree Vaste della Regione Marche le cui prestazioni, a carico del S.S.R., vengono liquidate dall'Area Vasta 2.

Le prestazioni di diagnostica per immagini oggetto di committenza sono di seguito riportate :

- ecografie generali non invasive,
- ecografie cardiologiche,
- ecografie vascolari
- risonanza magnetica

L'Ambulatorio Polispecialistico erogherà le stesse prestazioni, alle medesime condizioni, anche a pazienti residenti in altre Regioni d'Italia; esse verranno riconosciute dalla Area Vasta 2 al di fuori del tetto di spesa fissa stabilito per i residenti della regione con le stesse modalità e tariffe ed entro il limite massimo di spesa di cui al successivo art. 5.

La retribuzione di tali prestazioni è subordinata al riconoscimento da parte delle regioni debentrici in sede di compensazione della mobilità sanitaria.

Le prestazioni dovranno essere erogate nel rispetto dei requisiti fissati con particolare riferimento all'accessibilità, all'appropriatezza clinica ed organizzativa, ai tempi di attesa.

Le liste d'attesa debbono essere improntate sul principio di trasparenza, con priorità per i casi di maggior urgenza, l'attività inoltre dovrebbe esser distribuita quanto più equamente possibile nell'arco dell'anno.

Art. 2
Requisiti e modalità di accesso

Gli utenti potranno accedere al Presidio, per la erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo, a libera scelta, previa prescrizione, sul ricettario del SSN, da parte del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera scelta o di un Medico Specialista di struttura pubblica.

La gestione dell'intera attività (sia sanitaria che di documentazione amministrativa) è demandata all'Ambulatorio Polispecialistico che curerà quindi l'accesso dei predetti utenti previa:

- acquisizione di idonea prescrizione su ricettario del S.S.N.;
- accettazione e classificazione delle prestazioni secondo la codifica del tariffario regionale di cui alle DDGRM 1468 del 29/12/2014 e 5 del 13/01/2015, nonché secondo il tracciato **unico** regionale per la documentazione delle prestazioni sanitarie (File C);



- acquisizione delle autocertificazioni o titoli che secondo le disposizioni di legge vigenti in materia danno diritto alla esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione al costo delle prestazioni;
- applicazione, fatturazione e riscossione delle quote di partecipazione al costo delle prestazioni.

Per le attività di cui sopra l'Ambulatorio Polispecialistico osserverà le norme di legge vigenti in materia e tutte le disposizioni che l'Area Vasta 2 impartirà per una loro corretta applicazione. Al fine di eliminare contenziosi e comportamenti non omogenei, i casi di dubbia definizione verranno regolati con appositi protocolli.

La definizione di eventuali casi dubbi deve comunque essere richiesta dall'Ambulatorio prima della fatturazione della prestazione.

Art. 3 Standards di qualità

I requisiti e gli standards di qualità da osservarsi per l'erogazione delle prestazioni, sono quelli stabiliti dalle norme Nazionali e Regionali in materia di prestazioni di diagnostica per immagini, dai Manuali di Autorizzazione ed Accredimento adottati dalla Regione Marche, nonché dagli accordi quadro regionali con le rappresentanze di categoria raggiunti per l'anno di riferimento o in mancanza, dall'ultimo accordo sottoscritto.

In ogni caso L'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center S.r.l. di Osimo trasmetterà, a fine anno 2015, all'Area Vasta 2 un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato distinto per qualifica e attività, e comunque invierà una volta l'anno un riepilogo di tutto il personale che ha effettivamente operato nella struttura medesima.

Art. 4 Documentazione e controlli sull'appropriatezza

La funzione di verifica e controllo sulla erogazione delle prestazioni avviene secondo quanto previsto dalla DGRM 781 del 28/05/2013 e successive disposizioni applicative cui viene fatto espresso riferimento.

L'Area Vasta 2 si riserva comunque di effettuare presso L'Ambulatorio Polispecialistico, a sua discrezione nei tempi e nel numero e senza preavviso, i controlli ritenuti più opportuni, sia a livello sanitario che amministrativo, al fine di verificare la corretta applicazione del presente accordo e delle norme di legge su cui esso si basa.

ART. 5 Azioni di committenza e livelli ottimali di offerta

- Intra-regione



L'Area Vasta 2 si rende disponibile a riservare all'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center S.r.l. per l'anno 2015 una quota di prestazioni di diagnostica per immagini a carico del Servizio Sanitario Regionale per un importo omnicomprensivo ed insuperabile (tetto di spesa) di € 12.651,41, pari al tetto previsto per l'anno 2014, abbattuto dell'1% (€ 12.779,20-1%) ai sensi dell'art.9 *quater* L. 125/2015 di conversione del D.L. 78/2015.

- Mobilità attiva

Le prestazioni erogate in mobilità attiva a cittadini residenti in altre Regioni d'Italia sono riconosciute al di fuori del tetto di spesa sopra indicato nel limite massimo di € 400,37 corrispondente alla spesa consuntivata per l'anno 2014 in € 404,37 abbattuta dell'1%, ai sensi dell'art.9 *quater* L. 125/2015 di conversione del D.L. 78/2015.

Le prestazioni di cui trattasi sono da retribuirsi con le tariffe di cui alle DGRM n. 1468 del 29/12/2014 e n. 5 del 13/01/2015.

Il numero di prestazioni fissato intra-regione ed in mobilità è quello calcolabile suddividendo i tetti di spesa per il valore medio delle prestazioni; saranno comunque e solamente retribuite prestazioni, a prescindere dal numero delle medesime, fino alla concorrenza dei tetti di spesa fissati.

L'Ambulatorio Polispecialistico si impegna ad applicare quanto previsto dalla L.111/2011 in merito alla quota fissa di € 10,00 per singola ricetta da richiedere all'assistito non esente .

I tetti di spesa sopra assegnati e/o le tariffe saranno automaticamente adeguati a qualsiasi intervenuta disposizione nazionale, regionale e/o della Direzione Generale dell'Asur.

Art. 6 Contabilizzazione

L'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center S.r.l. di Osimo si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta n. 2 la contabilità mensile con distinzione per Area Vasta di residenza del paziente. Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dalla documentazione contenente il dettaglio delle prestazioni contabilizzate nella fattura elettronica;
- b) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- c) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni effettuate a pazienti extraregionali;
- d) dal riepilogo finale del File C come individuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria inviato mediante trasmissione telematica;
- e) dagli originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità.

La liquidazione e pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo sanitario e contabile, entro 60 giorni dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui all'art. 5., sempre se la struttura privata avrà presentato una fatturazione mensile corrente o pregressa per l'attività espletata superiore



all'importo da corrispondere a titolo di acconto. In caso di ritardato pagamento decorreranno gli interessi nella misura prevista dalla normativa vigente.

Le prestazioni fatturate nel mese di dicembre in favore dei residenti e dei non residenti saranno invece oggetto di liquidazione fino al 90% di 1/12 del tetto di spesa di cui all'art. 5., mentre il conguaglio finale sarà eseguito dalla Area Vasta 2 a favore dell'Ambulatorio Polispecialistico accreditato, entro il 31 marzo dell'anno successivo, fatto salvo l'esito del controllo.

Il mancato invio della documentazione indicata ai punti a,)b),c),d),e) ovvero la rilevazione della incompletezza o imprecisione della stessa, anche a seguito del confronto con quanto effettivamente accertato dall'ARS, danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con l'interruzione dei termini previsti.

Qualora inoltre in sede di compensazione di mobilità sanitaria da parte della Regione Marche, emergessero situazioni di perdita di quote di mobilità attiva imputabili ad errori di documentazione da parte dell'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center S.r.l., il danno verrà posto a carico del medesimo, salvo possibilità di rettifica.

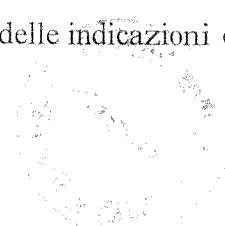
Art. 7 **Flussi informativi**

Il debito informativo definito con i tracciati unici regionali, oltre che essere obbligatorio nei riguardi della Regione e dello Stato, rappresenta per la Area Vasta il principale strumento per la programmazione, la verifica ed il controllo delle prestazioni erogate (File C), previsto dai tracciati unici regionali ex art. 50, comma 11, Legge 326/2003, da inviarsi, mediante sistema di trasmissione telematica, all'Agenzia Sanitaria Regionale, entro il giorno 7 del mese successivo a quello di resa delle prestazioni, poiché da gennaio 2008 tale sistema di documentazione è da considerarsi a regime, esso sarà preso a base, dai competenti Ministeri, per la definizione dei finanziamenti da assegnare al Servizio Sanitario Regionale. Conseguentemente il riconoscimento delle prestazioni ed il pagamento delle fatture è subordinato alla verifica del corretto e completo invio all'ARS dei dati di cui sopra.

La mancata resa di tali dati comporta la sospensione dei pagamenti e l'interruzione dei termini.

Il debito informativo delle prestazioni tariffate è assolto nel rispetto dei seguenti principi:

- L'Ambulatorio Polispecialistico è tenuto al rispetto delle indicazioni regionali e nazionali in ordine alle modalità di compilazione della documentazione sanitaria.
- L'Ambulatorio Polispecialistico raccoglie e registra nel rispetto della tutela della privacy le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella certificazione clinica e/o in altra documentazione amministrativa e clinica; è altresì assicurato il rispetto delle indicazioni e



delle modalità di codifica e di trasmissione – anche in via informatica – fornite dal competente ufficio del Servizio Salute

- Funzionari e incaricati dell'Area Vasta possono compiere, con preavviso non inferiore alle 48 ore lavorative, controlli ispirati a criteri di imparzialità e obiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza e in contraddittorio con il Legale Rappresentante dell'Ambulatorio e con l'eventuale assistenza dei responsabili della documentazione in oggetto. Le modalità di controllo rispondono ai principi e alle linee guida fornite dalla Regione con DGRM 781 del 28/05/2013.
- Su richiesta scritta degli addetti al controllo deve essere rilasciata copia fotostatica della certificazione sanitaria, ovvero della documentazione oggetto di contenzioso.
- Qualora i rilievi non siano accolti, il Rappresentante Legale dell'Ambulatorio o suo delegato, potrà inoltrare entro 30 giorni le proprie contro-deduzioni alla Area Vasta. Nel caso in cui il controllo duri più giornate, i 30 giorni decorreranno dall'ultimo giorno di controllo. Non saranno prese in considerazione, ai fini del procedimento, le contro-deduzioni inviate oltre i termini descritti.

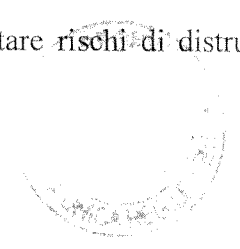
Art. 8 Contenzioso

Eventuali inadempienze agli obblighi di cui alla presente intesa saranno contestate dall'Area Vasta 2 per iscritto con fissazione di un termine per il corretto adempimento, trascorso inutilmente il quale, l'Area Vasta ha facoltà di proporre la procedura di revoca dell'accreditamento istituzionale.

Art. 9 Tutela della privacy

L'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center S.r.l. di Osimo nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati relativi all'oggetto del presente accordo, si impegna a trattare i dati, di cui è titolare l'Area Vasta 2 e dei quali venga a conoscenza in esecuzione del contratto e nell'effettuazione delle operazioni e dei compiti ad essa affidati, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.

L'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center S.r.l. garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dalla Area Vasta nel regolamento privacy adottato con determina ASUR DG n. 148 del 14/02/2013 nonché l'adozione di tutte le misure di sicurezza idonee ad evitare rischi di distruzione e



[Handwritten signature]

perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità di raccolta.

L'Ambulatorio Polispecialistico assicura, in ogni caso, espressamente, che non effettuerà operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Ente committente, senza preventivo consenso dell'Ente stesso, laddove non rientrino tra quelle espressamente affidate all'Ambulatorio medesimo.

L'Area Vasta 2, per il tramite del referente privacy e/o dei responsabili del trattamento, ha facoltà di richiedere alla struttura accreditata e verificare, in qualunque momento, lo stato di applicazione della normativa sulla privacy.

ART. 10 **Disposizioni transitorie e finali**

Il presente accordo spiega effetti dal 01/01/2015 al 31/12/2015.

Il presente contratto sarà registrato, solamente in caso d'uso, a cura dell'Area Vasta 2 secondo le procedure previste dalla legge.

Le spese di bollo e di registrazione saranno a carico dell'Ambulatorio accreditato.

La sottoscrizione dell'accordo da parte dell'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center S.r.l. di Osimo s.r.l. è efficace e vincolante al momento della sua apposizione.

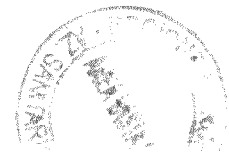
La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente all'approvazione dell'accordo stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR. Le azioni di committenza definite nell'accordo, stanti le necessità di gestione e di continuità del servizio, trovano diretta ed immediata applicazione.

Nelle more della definizione dell'iter procedurale del piano delle prestazioni, al fine di assicurare la continuità nella erogazione del servizio, l' Area Vasta 2, sul piano dei rapporti economici, agirà conseguentemente alle disposizioni proprie dalla gestione provvisoria.

Il presente accordo sarà adeguato o, se necessario, ricontrattato qualora sopraggiungano diversi indirizzi o disposizioni a livello regionale e nazionale.

Per ogni eventuale omissione nella presente contrattazione e per quanto nella stessa non espressamente previsto, si fa riferimento alle disposizioni normative o amministrative nazionali e regionali vigenti in materia.

Fabriano, li



PER L'Ambulatorio Polispecialistico
Bios Center S.r.l. di Osimo

PER L'ASUR/Area Vasta 2



IL DIRETTORE

I SOCI e LEGALI
RAPPRESENTANTI

Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua

Sig. Angelo Alessandrini

Sig. Sergio Siniscalchi

BIOS Center s.r.l.
ambulatorio polispecialistico
Via Ticino, 20
60027 OSIMO (AN)
P.Iva 02336850421

ricevuto il 02/12/2015
conseguito il 07/12/2015