

**Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto**

ACCORDO TRA L'ASUR MARCHE - AREA VASTA N.5 - E LA CASA DI CURA VILLA ANNA S.P.A DI S. BENEDETTO DEL TR. PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO, SPECIALISTICHE E DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA - ANNO 2015.

TRA

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale – Via Oberdan n. 2 – 60122 ANCONA – C.F. e P.I.: 02175860424 (in seguito denominata ASUR MARCHE AREA VASTA N° 5), rappresentata dal Direttore Dott.ssa Giulietta Capocasa, domiciliata per la carica presso la sede della Area Vasta n.5 sita in Ascoli Piceno in Via degli Iris, delegato alla sottoscrizione del contratto ex Direttiva del Direttore Generale n. 1 del 22/02/2008

E

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

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

PREMESSO

- A) che la Casa di Cura (codice modello STS11 n.110072- 112721) è presente sul territorio dell'Area Vasta n. 5 – Distretto di S. Benedetto del Tr. ;
- B) che la Regione Marche, con Decreto del Dirigente della P.F. Accreditamenti, Investimenti, Attività Ispettiva e Ricerca n. 88/AIR del 14.3.2011, ha accreditato istituzionalmente senza prescrizioni con classe 4 la struttura sanitaria Casa di Cura Privata Villa Anna SpA di San Benedetto del Tronto per l'erogazione di prestazioni in regime:
- **di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per le seguenti branche:**
 1. **AFO MEDICA:** 30 p.l. per le seguenti discipline:
 - a. medicina generale;
 - b. cardiologia.
 2. **AFO CHIRURGICA:** 60 p.l. per le seguenti discipline:
 - a. chirurgia generale;
 - b. otorinolaringoiatria;

- c. urologia;
- d. ortopedia;
- e. ginecologia;
- f. oculistica.

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

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

Con Decreto 209/ACR del 17 ottobre 2014 la Casa di Cura ha ottenuto il rinnovo dell'accreditamento senza prescrizioni con classe 5 per:

- **AFO MEDICA: 20 p.l. per le seguenti discipline:**
 - c. medicina generale;
 - d. cardiologia.
- **AFO CHIRURGICA: 60 p.l. per le seguenti discipline:**
 - e. chirurgia generale;
 - f. otorinolaringoiatria;
 - g. urologia;
 - h. ortopedia;
 - i. ginecologia;
 - j. oculistica.
- **ambulatoriale per le seguenti branche specialistiche:**
 - 1. medicina generale (tutte le discipline ivi afferenti);
 - 2. chirurgia generale (tutte le discipline ivi afferenti);
 - 3. diagnostica per immagini;
 - 4. laboratorio analisi;
 - 5. endoscopia digestiva;
 - 6. oculistica;
 - 7. urologia;
 - 8. pneumologia;
 - 9. ginecologia;
 - 10. cardiologia;
 - 11. diabetologia;
 - 12. neurologia;
 - 13. ortopedia;
 - 14. recupero e rieducazione funzionale;

C) 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;

- D) che per l'esercizio dell'attività di ricovero, oggetto del presente atto, trova applicazione per quanto non previsto dalle norme specifiche, la normativa nazionale e regionale disciplinante in via generale l'attività di ricovero ospedaliero e la tenuta in esercizio delle case di cura private;
- E) che le parti al fine di soddisfare in modo efficace i bisogni sanitari della popolazione, convengono sull'adeguatezza sostanziale dei livelli assistenziali erogati, al fine di conseguire il miglioramento continuo dell'appropriatezza rispettando nel contempo la compatibilità economica;
- F) che è interesse delle parti perseguire l'obiettivo del SSR rappresentato dalla necessità di ridurre il tasso di ospedalizzazione attraverso la riduzione dei ricoveri inappropriati;

Premesso quanto sopra le parti convengono e stipulano quanto segue:

ART. 1

Prestazioni oggetto dell'accordo

L'ASUR Marche Area Vasta n.5 si avvale della Casa di Cura Villa Anna s.p.a., istituzionalmente accreditata come in premessa, sita in S. Benedetto del Tr., in via Toscana n° 159, per l'erogazione di prestazioni di ospedalità, specialistica e Chirurgia ambulatoriale complessa per l'anno 2015 a favore dei pazienti residenti nel suo ambito territoriale, di pazienti residenti in ambiti di altre Aree Vaste della Regione Marche, nonché residenti fuori Regione, le cui prestazioni a carico del SSR vengono liquidate dall'Area Vasta n° 5 in regime di mobilità sanitaria attiva, nelle forme e nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione Marche con DGRM n.280/2014, n.1291/2014 e n° 1109/2015, a cui si fa espresso richiamo.

ART. 2

Piano delle prestazioni

L'obiettivo della committenza, è quella di integrare la casa di cura nella rete delle strutture dell'Area Vasta n° 5 e dell'ASUR, ed orientare la sua produzione, ai bisogni degli utenti assistiti coordinandola con particolare riferimento alla effettuazione dei ricoveri urgenti disposti dal Sistema di Emergenza Urgenza.

Per l'anno 2015 si riconoscono le prestazioni di ricovero ospedaliero anche a ciclo diurno (day hospital e day surgery) ed ambulatoriali che devono essere compatibili con l'attività storica, con l'accreditamento istituzionale assegnato ed al fabbisogno previsto dagli indirizzi di programmazione regionale, nonché con le dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni ed alle necessità assistenziali dei fruitori dei servizi nonché con le condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione del personale effettivamente impiegato.

PRESTAZIONI DI RICOVERO

DRG Chirurgici

Nell'ambito dell'attività chirurgica la produzione dovrà comunque essere effettuata con i seguenti vincoli:

ATTIVITÀ DA INCREMENTARE AI SENSI DELLA DGRM 1109/2015:

Per l'attività di **Ortopedia** l'Area Vasta n° 5 ha necessità, in linea con quanto previsto dalla DGRM 1109/2015, di incrementare l'attività per gli assistiti della Regione Marche relativamente ai Drg a più alta mobilità passiva.

Per l'attività di **Oculistica** l'Area Vasta n° 5 ha necessità, in linea con quanto previsto dalla DGRM 1109/2015, di incrementare gli interventi per cataratta per gli assistiti della Regione Marche, oltre al mantenimento dell'attività storica;

Per l'attività di **Otorino** l'Area Vasta n° 5 ha necessità, in linea con quanto previsto dalla DGRM 1109/2015, di incrementare l'attività per gli assistiti della Regione Marche relativamente ai DRG a più alta mobilità passiva, oltre al mantenimento dell'attività storica;

Per l'attività di **Chirurgia** l'Area Vasta n° 5 ha necessità, in linea con quanto previsto dalla DGRM 1109/2015, di incrementare l'attività per gli assistiti della Regione Marche relativamente ai DRG a più alta mobilità passiva, oltre al mantenimento dell'attività storica;

ALTRE ATTIVITÀ:

Per l'attività di **Urologia** l'Area Vasta n° 5 ha necessità, vista la domanda presente sul territorio, di incrementare gli interventi per gli assistiti della Regione Marche;

Per l'attività di **Ginecologia** l'Area Vasta n° 5 ha necessità, per gli interventi per gli assistiti della Regione Marche, di mantenere l'attività storica;

DRG Medici

Le tipologie di spedalità verranno considerate appropriate:

- Per n° 200 ricoveri per gli assistiti della Regione Marche, disposti dal Pronto Soccorso dell'Ospedale (ricoveri ordinari acuti) oltre ad un massimo di 20 ricoveri gestiti direttamente dalla Casa di cura e disposti su richiesta del Medico di Medicina Generale in conformità ai criteri di appropriatezza di cui alla DGRM n° 785/2013 e s.m.i..

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

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

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

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

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

Si concorda inoltre, che il numero dei ricoveri effettuati per invio da Pronto Soccorso rientranti nel budget è pari a n° 200.

La Casa di Cura s'impegna ad erogare obbligatoriamente all'interno di ogni singolo episodio di ricovero senza ulteriori oneri per il SSR e senza costi e disagi per il cittadino:

- gli esami preliminari al ricovero per la valutazione del rischio anestesilogico
- i controlli e le medicazioni post - dimissione di cui alla DGRM 926 del 19.04.1999.

E' compito dell'Area Vasta n.5 verificare il rispetto di quanto sopra con appositi controlli.

Inoltre, l'eventuale riduzione o accorpamento delle attività di ricovero durante il periodo di ferie estive o in altri periodi dell'anno, deve essere preventivamente comunicata all'Area Vasta n° 5 – Distretto di San Benedetto del Tr.

La Casa di Cura è tenuta comunque ad assicurare in ogni caso, anche e soprattutto nel periodo estivo e delle festività, il proprio contributo alla gestione dei ricoveri disposti dal Pronto Soccorso dell'Ospedale Madonna del Soccorso di S. Benedetto del Tr.

RIABILITAZIONE

Vengono riconosciuti appropriati solo i ricoveri disposti dai reparti di strutture pubbliche o di case di Cura convenzionate nell'ambito e nella compatibilità dei n° 10 posti letto di **Riabilitazione**. Un apposito gruppo di lavoro, sta redigendo un percorso condiviso che sarà adottato con un separato successivo atto. L'eventuale trasferimento all'interno della stessa casa di cura dal reparto di Ortopedia al reparto di Riabilitazione, avverrà mediamente non prima dell'ottava giornata di degenza.

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

Finalità dell'assistenza

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

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

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

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

Condizioni di eleggibilità e di esclusione

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

- *Pazienti già ricoverati per un evento vascolare acuto cerebrale;*
- *Pazienti che hanno subito un intervento di chirurgia ortopedica maggiore, in condizioni cliniche relativamente stabili ma che necessitino di rieducazione motoria ad elevata intensità, da parte di personale medico e tecnico della riabilitazione non erogabile efficacemente in regimi alternativi.*

Standard Assistenziali

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

LUNGODEGENZA:

La Lungodegenza Post Acuzie, di seguito specificata come LPA, è una struttura di ricovero dedicata esclusivamente alla presa in carico dei bisogni assistenziali di soggetti ospedalizzati, che necessitano di un ulteriore periodo di trattamento al fine di ottenere la stabilizzazione del quadro clinico ed il recupero possibile dell'autonomia, una volta superata la fase acuta della malattia.

Si tratta generalmente di soggetti affetti da patologie croniche riacutizzate o patologie acute associate a comorbidità che ne complicano il recupero funzionale.

I dati nazionali documentano che: il 75% delle notti trascorse in ospedale è impiegato da soggetti disabili, anziani o con tre o più patologie croniche, il 60% dei ricoveri viene ripetuto nei tre mesi successivi alla dimissione da UU.OO. per acuti, a causa della difficoltà di ottenere una duratura stabilizzazione nei tempi previsti per il ricovero (Istat 2007).

L'ammissione in LPA viene disposta necessariamente dopo il ricovero in reparto per acuti ed ha lo scopo di portare a compimento le cure intraprese dalle UU.OO. ospedaliere, quando persistano necessità assistenziali il cui soddisfacimento, reso possibile solo da un ulteriore periodo di ospedalizzazione, permette la stabilizzazione del quadro clinico, favorisce il recupero funzionale possibile ed evita la precoce riospedalizzazione, generalmente in regime di emergenza.

La LPA è un elemento nodale del progetto di continuità assistenziale e costituisce un presidio elettivo per trasferire la presa in carico dei bisogni assistenziali dall'ospedale al territorio.

Obiettivi:

1. prosecuzione e completamento del percorso terapeutico-riabilitativo iniziato con l'ospedalizzazione al fine di ottenere la restituzione alla condizione di salute pre-evento, ove possibile;
2. cura del soggetto con bisogni assistenziali inemendabili per il tempo necessario a ridurre il carico assistenziale sino a livelli erogabili presso strutture residenziali od in dimissione protetta domiciliare;
3. realizzazione della dimissione protetta favorendo la presa in carico dei bisogni assistenziali dell'utente da parte della medicina territoriale (dimissione protetta).

Pazienti eligibili

La LPA è un spazio polifunzionale nel quale possono essere assistiti pazienti provenienti da tutte le aree di degenza per acuti, sia esse mediche, che chirurgiche.

Possono accedere alla LPA le seguenti tipologie di pazienti:

- a) coloro che, superata la fase acuta della malattia, necessitano di ulteriore sorveglianza medica ed infermieristica per l'ottenimento della stabilizzazione
- b) gli stabilizzati a rischio imminente di scompenso, per presenza di deficit multi organo che necessitano ulteriore periodo di sorveglianza,
- c) gli stabilizzati che necessitano di interventi riabilitativi, che possono essere soddisfatti solo con programmi estensivi a causa delle comorbidità,
- d) i pazienti chirurgici, con comorbidità internistiche che non consentono riabilitazioni intensive.

Criteria di esclusione

Pazienti non provenienti da reparti per acuti
Previsioni di degenza prolungate >90 giorni
Deterioramento cognitivo avanzato in assenza di rilevanti comorbilità
Non autosufficienti con patologie stabilizzate

Modalità di Accesso

- 1) L'accesso alla LPA è disposto dal Coordinamento Geriatrico Aziendale; di seguito specificato come CGA o suo delegato, su segnalazione delle UU.OO. per acuti, redatta su apposito modulo (**allegato 1**).
- 2) La segnalazione va registrata a cura del CGA o suo delegato sulla lista di attesa (telematica).
- 3) Entro 24-72 ore il CGA o suo delegato esegue la valutazione multidimensionale dell'interessato e redige il piano assistenziale individuale (**allegato2**).
- 4) Il CGA o suo delegato dispone il ricovero presso le strutture di LPA presenti sul territorio, in base a criteri di disponibilità di posti letto, di prossimità rispetto alle strutture di dimissione e di residenza dei care givers (**allegato3**).

Durata del ricovero

La durata del ricovero in LPA è di 20 gg, rinnovabili da parte del CGA (**allegato 4**) previa richiesta motivata (**allegato 5**).

Compito della struttura di LPA

La struttura di LPA ha il compito di:

- a) assicurare la totale disponibilità dei posti letto assegnati;
- b) assumere la responsabilità amministrativa del ricovero
- c) fornire assistenza medica, infermieristica e riabilitativa secondo gli standard previsti dalle vigenti norme;
- d) permettere l'agevole consultazione della documentazione clinica ed amministrativa da parte del CGA o suo delegato tutte le volte che sarà richiesto.
- e) chiedere il prolungamento del ricovero qualora il piano assistenziale individuale non sia concluso e ci siano motivi documentati che ritardino il riaffidamento alle cure territoriali.

Compiti del medico della LPA

Il medico individuato dalla struttura sanitaria sede della LPA deve :

- a) assumere la responsabilità clinica dei pazienti ricoverati in LPA;
- b) condividere con il CGA o suo delegato il piano assistenziale individuale;
- c) coordinare l'attività delle varie figure coinvolte nella sua realizzazione;
- d) confrontarsi costantemente con gli specialisti delle UU.OO. di provenienza del paziente per assicurare al meglio il raggiungimento degli obiettivi del PAI;
- e) mantenere aggiornata la documentazione sanitaria del soggetto;
- f) partecipare con il CGA o suo delegato alle riunioni periodiche di valutazione del PAI;
- g) richiedere il prolungamento del ricovero trascorsi 20 giorni dall'ammissione, ove necessario;
- h) disporre il trasferimento in regime di ricovero ordinario qualora si verificasse una riacutizzazione della patologia in trattamento o una nuova emergenza sanitaria, dopo aver ottenuto l'autorizzazione dal CGA;
- i) disporre il trasferimento al Pronto Soccorso dell'ospedale di riferimento, fornendo adeguata documentazione clinica, qualora si verificasse una riacutizzazione della patologia in trattamento o una nuova emergenza sanitaria non gestibile dalle UU.OO. di degenza per acuti presenti all'interno della struttura

- j) contattare precocemente, in previsione della dimissione, i servizi territoriali attraverso il Punto Unico di Accesso - PUA - (FAX: 0735 793614; telefono: 0735 793604) per condividere bisogni assistenziali, modalità e tempi di dimissione ed elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI);
- k) redigere la documentazione di dimissione secondo lo schema allegato (allegato 6)
- l) consegnare il documento di dimissione all'interessato;
- m) trasmetterne copia al Punto Unico di Accesso (PUA) ed al Medico di Medicina Generale, fatti salvo i casi in cui l'interessato esprima, in maniera documentabile, parere contrario.

Valutazione dei risultati

Il sistema di remunerazione della LPA è computato sulle giornate di degenza. Tale remunerazione risulta indipendente dai risultati funzionali o dalla stabilizzazione del quadro morboso (ricoveri ripetuti entro tre mesi dalla dimissione dalla LPA). Nonostante ciò, al fine di migliorare l'offerta dei servizi sul territorio, si ritiene utile implementare un sistema di valutazione multidimensionale compilato dal personale del CGA prima dell'ammissione in LPA e verificarlo alla dimissione a cura dell'Unità Valutativa Distrettuale. Il delta tra le rilevazioni, compatibilmente con il diverso assortimento di patologie, che di volta in volta saranno presenti nelle LPA, costituirà motivo di confronto e contribuirà a migliorare i servizi offerti.

Consulenze specialistiche, esami strumentali, esami di chimica clinica.

Le consulenze specialistiche, gli esami strumentali e quelli di chimica clinica, necessari al raggiungimento degli obiettivi esplicitati nel PAI debbono essere garantiti dalla struttura sede della LPA e sono a totale carico della struttura suddetta, fatto salvo per eventuali accessi da parte del personale del CGA e delle UU.OO. invianti, aventi come scopo quello di condividere, aggiornare e verificare l'attuazione del PAI, secondo i progetti-obiettivo elaborati dall'Area Vasta 5 con le singole UU.OO..

Fornitura di materiali, presidi, terapia sostitutiva(trasfusione di sangue o emoderivati, prodotti nutrizionali) e farmaci

La fornitura di materiali, terapia sostitutiva, presidi e farmaci deve essere uguale a quella degli standard ospedalieri e deve essere assicurata dalla struttura sede della LPA, ad eccezione dei farmaci per la cui concessione è richiesta la redazione di piani terapeutici da parte di specialisti individuati da leggi nazionali o disposizioni regionali.

Cicli di trattamento fisioterapico in regime estensivo

La struttura sede della LPA si impegna a fornire personale idoneo alla conduzione di cicli di trattamento fisioterapico necessari al raggiungimento degli obiettivi esplicitati dal Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) redatto dai medici dell'U.O.C. di Medicina Riabilitativa dell'Area Vasta 5 .

Assistenza di base

L'assistenza di base (attività relativa alla vita quotidiana, alla prevenzione delle piaghe da decubito, deambulazione assistita, corretto utilizzo di strumenti protesici, ecc.) viene eseguita dal personale dipendente della struttura sede della LPA.

Revisioni periodiche

Il ricovero in LPA è parte integrante del processo di continuità assistenziale. La struttura sede di LPA si impegna a garantire la possibilità di accessi programmati da parte del CGA o suo delegato, degli specialisti delle UU.OO. invianti e dei componenti l'UVD, al fine di: valutare la realizzazione del PAI, procedere agli aggiornamenti resi necessari dall'evoluzione clinica, programmare la dimissione.

Progetto formativo

Saranno favorite e coordinate iniziative formative su temi di interesse per la corretta attuazione dei piani assistenziali previsti.

Monitoraggio

Si istituisce un tavolo di monitoraggio che valuterà trimestralmente i casi per i quali siano emersi problemi di gestione.

Requisiti di autorizzazione ed accreditamento

La struttura sede della LPA dichiara ai fini del presente protocollo d'intesa e per tutta la sua durata, il possesso ed il mantenimento dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento della propria struttura in conformità alle vigenti disposizioni normative (L.R. 20/2000) e regolamentari (DGR2090/2000, DGR 1889/2001) in materia di requisiti necessari per l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private.

Per l'attività di Lungodegenza(cod. 60) per i primi 20 giorni di degenza, saranno riconosciuti €. 16,00 a giornata, omnicomprensivi e aggiuntivi rispetto alla tariffa stabilita dalla DGRM n° 709/2014. Il valore soglia è individuato in 60 giorni, superati i quali si applicherà un abbattimento del 30% della tariffa. I ricoveri che supereranno tale limite, dovranno essere adeguatamente motivati.

E' compito dell'Area Vasta n.5 verificare il rispetto di quanto sopra con appositi controlli.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

Tutta l'attività erogata in regime convenzionale dovrà essere effettuata all'interno del Budget assegnato previa prenotazione tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP) secondo agende condivise tra le parti, al fine di contenere le liste di attesa.

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

CARDIOLOGIA

(Visite, ECG, Ecocardiogrammi, Ecocolordoppler, Test da Sforzo,) circa n° 9.000

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

(Rx Tradizionale -RM senza mezzi di contrasto -Tac senza mezzi di contrasto-Ecografia)
circa n° 16.000

ORTOPEDIA

Visite ortopediche - circa n° 1.000

OCULISTICA

Visite oculistiche - circa n° 1.000

GINECOLOGIA

Visite ginecologiche - circa n° 500

CHIRURGIA

Visita chirurgiche – circa n° 300

ENDOSCOPIA

Gastroscopia e Colonscopia circa n° 1.000

AREA VASTA n. 5

Le prestazioni ambulatoriali sono quelle previste dal Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

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

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

Inoltre, nel rispetto della normative nazionali e regionali sul monitoraggio delle liste di attesa, la casa di cura dovrà comunicare eventuali fermo macchine e dovrà garantire la continuità delle agende attive.

ART. 3

Requisiti e modalità di accesso

L'accesso agli utenti per l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo, è subordinato per l'attività specialistica e ambulatoriale complessa a prescrizione, su ricettario del S.S.N. da parte del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di libera scelta o di Medico Specialista di struttura pubblica e per l'attività di ricovero secondo le disposizioni previste nelle DGRM n.572/2011, 280/2014, n.1291/2014, n° 1109/2015 e n° 1071/2016 a cui si fa espresso richiamo.

ART. 4

Requisiti strutturali ed organizzativi

La Casa di Cura s'impegna a possedere locali, attrezzature e personale idoneo per l'effettuazione dell'attività di ricovero e dell'effettuazione degli interventi chirurgici e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui al piano delle prestazioni, nonché al rispetto di requisiti e standard di qualità stabiliti dalle norme nazionali e regionali, ivi compreso quanto alla L.R. n.20/2000, in materia di ricovero ospedaliero, dal manuale 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. La Casa di Cura si obbliga, altresì, a garantire per il personale, che deve essere in possesso dei titoli per l'assunzione presso la Pubblica Amministrazione e non deve versare in situazioni di incompatibilità, il rispetto degli accordi nazionali di lavoro vigenti di categoria.

In ogni caso la struttura trasmetterà, alla stipula del presente accordo all'Area Vasta n. 5, un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato distinto per qualifica e attività.

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

ART. 5

Documentazione e controlli sull'appropriatezza

La funzione di verifica e controllo sull'erogazione delle prestazioni avviene secondo quanto previsto dalla DGRM n.781/2013 cui viene fatto espresso riferimento. Qualora in sede di verifica da parte del personale all'uopo preposto si riscontrassero prestazioni inappropriate si provvederà agli abbattimenti così come previsto dal Manuale di controllo delle prestazioni sanitarie vigenti.

ART. 5 Bis

Controlli amministrativi e sanitari

Ai sensi del comma 8 opties del D.L.gvo 502/92 s.m.i., l'Area Vasta n° 5 si riserva comunque di effettuare presso la Casa di Cura, a sua discrezione nei tempi e nel numero i controlli

ritenuti più opportuni, sia a livello sanitario che amministrativo, al fine di verificare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate, la corretta applicazione del presente contratto e delle norme di legge su cui esso si basa.

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

ART.6
Tariffe delle prestazioni

Le tariffe per le prestazioni di ricovero sono quelle previste dalla DGRM 709/2014 a cui si fa espresso richiamo.

Le tariffe per le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono quelle di cui alla DGR 1468/2014 modificata dalla DGR 5/2015 ed integrata dalla DGR 193/2015.

La Casa di Cura dovrà, inoltre, osservare le disposizioni in materia di partecipazione al costo per le prestazioni sanitarie contenute nella Manovra Finanziaria 2011, che prevedono il pagamento, da parte degli assistiti non esenti, di una quota fissa per singola ricetta pari a € 10,00, con decorrenza 18 luglio 2011.

Le tariffe relative alle prestazioni di Chirurgia in regime ambulatoriale sono quelle previste nelle DD.GG.RR.MM. n.ri 858 del 25/05/2009, 61 del 18/01/2010, 1515 del 14/11/2011 e 1793/2012 e s.m.i.

ART.7
Budget

L'Area Vasta n.5 si rende disponibile a riconoscere per l'anno 2015 alla Casa di Cura in argomento i tetti di spesa stabiliti nella Tabella 3 della DGRM n.1109/2015 come di seguito specificati:

Degenze Residenti	Ambulatoriali residenti	Totale tetto anno 2015 Residenti	Degenze mobilità Attiva interregionale	Ambulatoriali Mobilità attiva Interregionale	Totale tetto anno 2015 Mobilità attiva Interregionale
4.368.171,90	754.900,47	5.123.072,37	8.039.861,80	1.409.047,94	9.448.909,74

Resta inteso che, come indicato dalla DGRM n° 1109/2015 la compensazione dei Budget tra l'attività specialistica ambulatoriale e di Ricovero, sarà ritenuta valida purché richiesta ad ASUR entro il 15 ottobre e concordata con la stessa entro il 31 Ottobre.

Ai sensi della DGRM n. 1071/2016, l'Area Vasta riconosce altresì alla Casa di cura, per il programma sperimentale per il recupero della mobilità passiva interregionale per il progetto di Ortopedia e altre discipline, (TAB I) e per la deroga ai tetti di spesa anno 2015 in mobilità attiva interregionale (Tab II) come segue:

(TAB 1) QUOTA MASSIMA RICONOSCIBILE DEI DRG ORTOPIEDIA E ALTRE DISCIPLINE E SPECIALISTICA ANNO 2015	(TAB 2) QUOTA MOBILITA' ATTIVA INTERREGIONALE
229.532,00	781.107,00

AREA VASTA n. 5

La liquidazione in acconto delle prestazioni erogate in mobilità attiva interregionale sarà effettuata nella misura del 95% dei tetti indicati nella Tab.3 (DGRM n° 1109/2015) o del 95% del fatturato delle singole strutture ove quest'ultimo risulti inferiore al tetto assegnato nella richiamata tabella. Il saldo sarà erogato al termine del percorso di definizione del valore della produzione che terrà conto delle risultanze derivanti dalla formalizzazione della matrice della mobilità interregionale, sia degli effetti economici prodotti dagli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, obbligatoriamente previsto dal Patto per la Salute 2014-2016.

ART.8

Progetto di recupero della mobilità passiva

La Regione Marche in continuità con le disposizioni contenute nella DGR n.280/2014 ha riproposto anche per il 2015 il progetto di recupero della mobilità passiva con determina n.1109/2015. Tale delibera esplicita la metodologia relativa all'attuazione dei progetti di recupero della mobilità passiva e stabilisce le soglie minime ai fini dell'accesso alla progettualità. Pertanto l' Area Vasta 5 si rende disponibile a riconoscere alla Casa di Cura per l' anno 2015 il valore economico correlato ai progetti di contrasto della mobilità passiva nel rispetto della programmazione e degli indirizzi contenuti nel punto 4 della DGRM n.1109/2015. L'individuazione della quota massima riconoscibile relativa a tale progettualità è stata riconosciuta a seguito di intesa tra la Regione Marche e le Case di Cura Multispecialistiche aderenti all'AIOP approvata e recepita con DGRM n° 1071 del 12/09/2016.

ART. 9

Contabilizzazione e Pagamenti

La Casa di Cura invia mensilmente all'Area Vasta n. 5 contabilità mensili con distinzione in base alla residenza del paziente. Ogni contabilità sarà costituita da:

- a) fatture commerciali distinte per ospedalità, prestazioni specialistiche ambulatoriali e per assistiti dell'Area Vasta n.5, altre Aree vaste dell'ASUR e altre ASL fuori regione;
- b) Prospetti riassuntivi delle prestazioni di ospedalità distinti per Area vasta ed Asl di residenza degli assistiti con relative SDO;
- c) Prospetti riassuntivi delle prestazioni specialistiche effettuate divisi per branche e distinti per Area Vasta ed ASL;
- d) originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità;
- e) distinte e tracciati record così come individuati dalla Regione Marche.

Ciascuna fattura deve essere emessa in conformità alle indicazioni regionali in atto e secondo quanto prescritto dalla normativa in materia. Le fatture relative alle prestazioni specialistiche devono riportare il numero delle impegnative, l'importo lordo, il ticket versato dagli assistiti, la quota ricetta, l'importo netto.

A far data dal 31/03/2015 la Casa di Cura è tenuta ad adeguarsi all'obbligo di fatturazione elettronica ottemperando a quanto richiesto dalla normativa vigente ed in particolare l dalla Legge n.244/2007, D.M. Economia e Finanze n.55/2013 e Legge n.89/2014.

La liquidazione delle fatture mensili sia dell'attività di ricovero che ambulatoriale avviene ai sensi del D.Lgs.192/2012 nel rispetto della normativa vigente in materia e/o a nuove disposizioni regionali, ed ai controlli amministrativo-contabili nonché sanitari previsti per l'attività di ricovero ai sensi della DGRM n.781/2013; e, comunque, per gli assistiti della Regione Marche, nei limiti di un dodicesimo del tetto di spesa, sopra definito.

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

La liquidazione degli addebiti per prestazioni di ricovero ad assistiti di altre regioni italiane

(mobilità attiva extra regione) avverrà secondo le disposizioni contenute nelle DGRM n. 1109/2015 e n° 1071/2016, a cui si fa espresso richiamo. Il tutto con esplicita riserva di ogni conguaglio attivo e passivo che dovesse derivare a seguito delle verifiche sanitarie e amministrative definitive, fino alla formale chiusura della contabilità annuale sulla base di eventuali indicazioni previste dalla Giunta Regionale.

ART. 10
Flussi informativi

Il debito informativo sulla specialistica ambulatoriale prevede in attuazione all'art.50 della L.326/2003 la trasmissione al Ministero dell'Economia e delle finanze dei dati dell'attività entro il settimo giorno del mese successivo a quello di erogazione della prestazione: pertanto la Casa di Cura dovrà trasmettere all'ARS il flusso relativo al file C secondo le modalità specificatamente stabilite.

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

- tempestività della trasmissione e completezza dei tracciati infrannuali delle SDO, nel rispetto della tempistica prevista dal DM Salute n.135 del 08/07/2010;
- presenza nella SDO della data di prenotazione in tutti i ricoveri programmati, ordinari e day hospital;
- presenza del codice fiscale del paziente in tutte le SDO.

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

ART.11
Validità

Il presente accordo ha validità dal 01/01/2015 al 31/12/2015 senza possibilità di rinnovo tacito, saranno comunque riconosciute le prestazioni nel frattempo erogate nelle more del rinnovo contrattuale.

ART.12
Contenzioso

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

ART. 13
Tutela della privacy

La Casa di Cura, 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 n.5 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.L.gs. n.196/2003 e s.m.i. e del regolamento organizzativo Privacy adottato con determina DG/Asur n.148/2013. La Casa di Cura garantisce altresì la compiuta osservanza di quanto disposto dall'Area Vasta nel regolamento Privacy e l'adozione di tutte le misure di sicurezza idonee ad evitare rischi di distruzione o perdita anche

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

La Casa di cura assicura che non farà operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Ente committente, senza preventivo consenso dell'ente stesso, laddove non rientrino tra quelle espressamente affidate alla Casa di cura medesima.

L'Area Vasta n.5 per il tramite del referente privacy e/o dei responsabili del trattamento, ha facoltà di richiedere alla Struttura e verificare, in qualunque momento, lo stato di applicazione della normativa sulla privacy.

ART.14

Norme di garanzia

Le prestazioni di cui al presente accordo, dovranno essere conformi a quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza e pertanto, quelle che dovessero risultare escluse dai livelli essenziali di assistenza, non verranno remunerate dall'Area vasta n.5. Inoltre la Casa di Cura si obbliga ad osservare gli indirizzi previsti dai piani socio-sanitari e dalle specifiche normative regionali e nazionali

ART.15

Disposizioni transitorie e finali

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente contratto si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia. Le spese di bollo e di registrazione saranno a carico della parte che ne farà uso.

La sottoscrizione del presente accordo da parte della struttura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione. La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta n.5 diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente all'approvazione dell'accordo stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR.

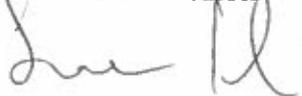
Le azioni di committenza definite nel presente accordo, stante la necessità di gestione e di continuità del servizio, trovano diretta ed immediata applicazione. Nelle more della definizione dell'iter procedurale del piano di prestazioni, al fine di assicurare la continuità dell'erogazione del servizio, l'Area Vasta n.5, sul piano dei rapporti economici, agirà conseguentemente alle disposizioni proprie della gestione provvisoria.

Ascoli Piceno li

Per la Casa di Cura Villa Anna SpA

Il Legale Rappresentante

Avv. Simone Ferrajoli



Per l'ASUR MARCHE/Area Vasta n° 5

Il Direttore

Avv. Giulietta Capocasa

