

ATTO DI INTESA TRA L'A.S.U.R. - AREA VASTA 2 E LA "SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata" DI JESI PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PERIODO 23/09/2015 – 31/12/2015.

TRA

L' A.S.U.R. – Area Vasta n.2 , con sede in Fabriano (AN), Via Marconi n. 9, rappresentata dal Direttore dell'Area Vasta 2 Dott. Ing. Maurizio Bevilacqua giusta delega rilasciata con direttiva n. 1 prot. 2683 ASUR/DG del 22/02/2008 e confermata con nota prot. 36198 ASUR/DG del 23/10/2015,

E

La "SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata" di Jesi P.I. 00156780421 (fallimento con sentenza n. 93 del 27/07/2015), con sede operativa in Via Colle Onorato n. 2, qui legalmente rappresentata dal Curatore Fallimentare Dott.ssa Comm. Sabrina Salati c.f.: SLTSRN67P67A271G, con studio in corso Garibaldi 28, 60121 Ancona;

si stipula il seguente piano di prestazioni a valere dal 23/09/2015 – 31/12/2015, periodo di esercizio provvisorio di attività di impresa autorizzato con Provvedimento del Tribunale di Ancona in data 24/09/2015.

PREMESSO

- che la "SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata" di Jesi (c.f. e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Ancona 00156780421) avente sede legale ed amministrativa in via Colle Onorato n. 2 di Jesi ha stipulato, in data 17/04/2013, con la Casa di Cura Villa Serena S.pa. con sede in Jesi via Colle di Onorato n. 2 (c.f. e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Ancona 02581050420) un contratto di affitto di ramo di azienda (di cui al rogito Notaio Massimo Baldassarri numero di repertorio 25023 registrato in Jesi il 17/04/2013 al n. 501 serie 1T), in forza del quale la "Casa di Cura Villa Serena S.pa." di Jesi, ha preso in carico a partire dal 22/04/2013 la gestione dell'attività di degenza e specialistica ambulatoriale, già precedentemente in capo alla SALUS s.r.l.;

- che nell'anno 2015 il contratto è proseguito alle stesse modalità e condizioni con la medesima società affittuaria fino al 22/09/2015 data di recesso dal contratto di affitto esercitato dalla Curatela Fallimentare, giusta autorizzazione del Giudice Delegato del 23/09/2015; il medesimo Curatore della Procedura Fallimentare della SALUS s.r.l. (fallimento n. 93/2015 Reg. Fall.) Dott.ssa Comm. Sabrina Salati, a seguito dello scioglimento del contratto di affitto di Azienda, ha ottenuto dal Tribunale di Ancona 2^a Sezione Civile in data 24/09/2015, ai sensi dell'art. 104 L.F., l'autorizzazione all'esercizio provvisorio dell'attività di impresa fino al 31/12/2015, con conseguente voltura degli atti di autorizzazione (si cfr provvedimento del Comune di Jesi n. 3 del 01/10/2015 e nota prot. 697771/2015/R.Marche/GRM/SAS).

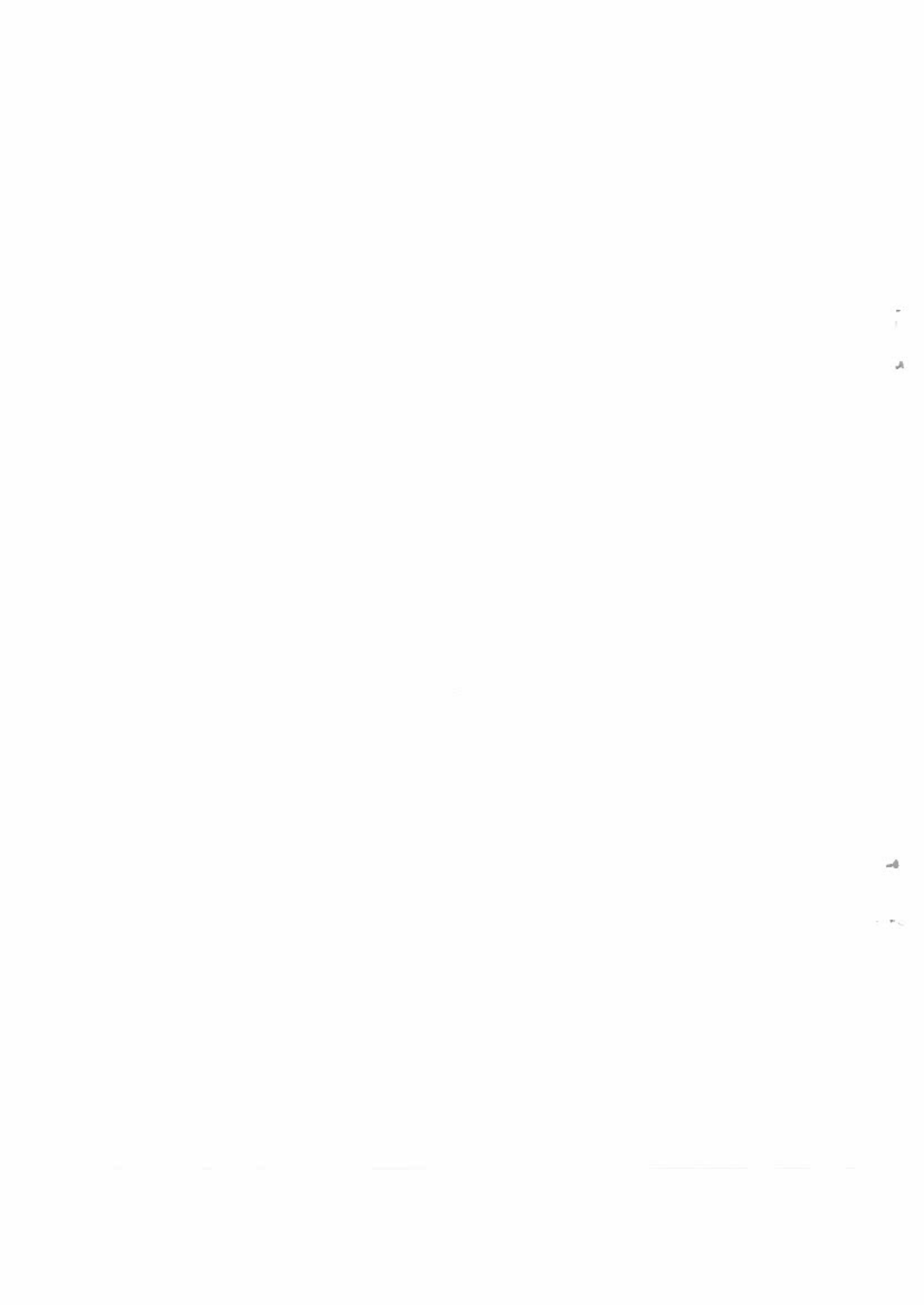
- che la struttura privata multi specialistica, già autorizzata con Decreto del Medico Provinciale prot n. 782 del 21/06/1963, ha ottenuto l'accreditamento istituzionale ai sensi dell'art. 16 L. R. 20/2000 con Decreto del Dirigente AIR della Regione Marche n. 311 del 28/11/2011 rinnovato con Decreto del Dirigente ACR n. 118 del 26/06/2014, per l'erogazione di prestazioni di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno con una dotazione di n. 105 p. l. - di cui AFO medica 20 p.l. per le seguenti discipline: medicina generale, neurologia, cardiologia;

- AFO chirurgica 25 p.l. per le seguenti discipline: chirurgia generale, ortopedia, urologia, oculistica, ginecologia, otorinolaringoiatria;

- LUNGODEGENZA post-acuzie 40 p.l.;

- cardiologia riabilitativa 20 p.l.

Inoltre lo stesso decreto accredita, senza prescrizioni, la Casa di Cura Privata per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le seguenti discipline: medicina generale (tutte le discipline ivi afferenti), medicina dello sport, chirurgia generale (tutte le discipline ivi afferenti), medicina di laboratorio, diagnostica per immagini, endoscopia digestiva, dermatologia,



otorinolaringoiatria, oculistica, urologia, recupero e rieducazione funzionale, nefrologia pediatrica, endocrinologia;

- 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 la Legge Regionale del 20 giugno 2003 n. 13 affida alla Regione, attraverso gli strumenti di programmazione, l'individuazione degli obiettivi da assegnare al Servizio Sanitario Regionale, assegnando le relative risorse e verificando il conseguimento degli obiettivi tramite l'impiego di idonei criteri di controllo gestionale e finanziario;

- 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 SSR;

- che, in particolare, per la disciplina in termini generali del rapporto con la "SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata" il presente accordo tiene conto, dei criteri, del budget e delle tariffe indicati negli Accordi raggiunti tra la Regione Marche e le Case di Cura multispecialistiche

- o DGRM 280 del 10/03/2014 ad oggetto "Accordo con le Case di cura private multispecialistiche della Regione Marche per gli anni 2011-2012 ed anni 2013-2014";
- o DGRM 1291 del 17/11/2014 avente ad oggetto "Intesa sugli aspetti attuativi e gestionali dell'accordo fra Regione Marche e case di cura multispecialistiche accreditate nella Regione aderenti ad AIOP - DGRM n. 280/2014. Determinazioni per il monitoraggio degli accordi regionali";
- o DGRM 1109 del 15/12/2015 "Case di Cura private multispecialistiche accreditate nella Regione Marche. Intesa con Associazione Aiop e singole Case di Cura sugli aspetti attuativi e gestionali dell'Accordo per l'anno 2014 (DGR n. 280/2014) e Accordo per l'anno 2015";
- o DGRM 1071 del 12/09/2016 "Case di Cura private multispecialistiche accreditate della Regione Marche. Intesa con Associazione AIOP e singole Case di Cura sugli aspetti attuativi e gestionali dell'accordo per l'anno 2015 (DGR n. 1109/2015). Approvazione";

- che il Presidio Ospedaliero di Alta Specializzazione "G.M. Lancisi" ha individuato la Casa di Cura Privata quale unica struttura della Regione dotata di posti letto di cardiologia riabilitativa, cui inviare il paziente in fase post-cardiochirurgica in modo da realizzare un programma assistenziale intensivo di recupero delle funzionalità e garantire, al contempo, un utilizzo appropriato dei posti letto di cardiocirurgia;

- che questa Area Vasta 2 è titolata per competenza territoriale, avendo la Casa di Cura sede nel proprio ambito, alla stipula e quindi alla gestione amministrativa del rapporto negoziale per la disciplina dell'attività di riabilitazione cardiologica svolta in favore di pazienti inviati dal P.O. "GM Lancisi";



- che, per converso, il P.O. "GM Lancisi" è competente, in quanto soggetto committente della attività di riabilitazione cardiologica, alla gestione del suddetto rapporto obbligatorio dal punto di vista clinico-sanitario;
- che lo svolgimento dell'attività di riabilitazione cardiologica avviene secondo il percorso diagnostico-terapeutico definito nel Protocollo di intesa relativo all'attivazione della cardiologia riabilitativa presso la Casa di Cura Privata approvato con determina del DG dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi n. 2062 del 30/12/2004 e successivamente modificato ed integrato con determina del DG n. 452 del 12/12/2008 e ad oggi vigente;
- che per l'anno 2015 risulta confermato il piano di prestazioni relativo all'accordo per il 2014 approvato con la Casa di Cura Villa Serena S.p.a. con determina DG/ASUR n. 734 del 22/10/2015 entro il tetto di spesa complessivo di struttura rideterminato con DGRM 1109 del 15/12/2015 in € 6.749.382,72 per i residenti, e in € 625.632,94 per i residenti fuori regione, e attribuito alla SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata fallimento 55/2016; in proporzione alla vigenza del presente accordo 23/09/2015- 31/12/2015;
- che il budget complessivo di struttura ammette l'ulteriore possibilità del trasferimento di budget tra le due attività per particolari criticità ed in funzione dell'abbattimento delle liste di attesa- come di fatto avvenuto sia per l'anno 2013, sia per l'anno 2014 secondo una azione programmatica già avviata nell'anno 2009 previa autorizzazione del Servizio Salute della Regione Marche e dell'ASUR- nell'ottica della riduzione e del contenimento delle liste di attesa e di una maggiore appropriatezza delle attività di ricovero;
- che su istanza della Casa di Cura Privata il Direttore dell'Area Vasta 2 con nota prot. 182036 del 29/09/2015 ha accolto la richiesta di trasferimento di una quota parte del budget assegnato all'attività di ricovero in favore a quello dedicato alle prestazioni di specialistica ambulatoriali, ciò fermo restando l'importo del budget complessivo di struttura;
- che, da ultimo, la DGRM 1071/2016 ha determinato la deroga alla mobilità attiva riconoscibile alle singole strutture multi specialistiche individuando (vds tab. 2 pag. 6 dell'accordo), segnatamente alla Casa di Cura Villa Privata, il tetto complessivo mobilità attiva ricoveri più ambulatoriale di € 706.810,00 comprensivo di un differenziale di € 81.177,00 rispetto al tetto ex DGRM 1109/2015; viceversa, per il progetto DRG ortopedia e altre discipline non vi sono quote riconosciute alla casa di Cura Privata di Jesi (vds tab. 1 pag. 6);
- che la deroga alla mobilità attiva risulta attribuibile per compensazione alla Casa di Cura Villa Serena S.p.a. (fallimento 55/2016) in quanto la SALUS S.r.l. non ha emesso contabilizzazioni tali da riconoscibili entro tale deroga;
- che tale possibilità di compensazione tra budget della Società S.p.a. e della SALUS S.r.l. è stata prevista espressamente con nota prot. 35027 del 14/10/2015 a firma del Direttore Generale dell'ASUR con la quale veniva comunicato al Curatore Fallimentare della SALUS S.r.l. l'ammontare del budget destinato all'esercizio provvisorio;
- che il presente accordo, considerata la data della sua formale stipula costituisce ad un tempo:
 - . il piano di committenza per le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale relativo all'anno 2015 (23/09/2015-31/12/2015);
 - . la regolazione definitiva dei rapporti economici tra l'ASUR/AV2 e la Curatela Fallimentare della SALUS S.r.l. (fallimento n. 93/2015) alla luce di tutti gli accordi regionali di cui alle DDGRM 280/2014, 1291/2014, 1109/2015 e 1071/2016 e tenuto conto, altresì, dei controlli effettuati dal CVPS.

Tutto ciò premesso e considerato

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1
Aspetti generali

 3

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 inoltre prendono atto di quanto previsto negli accordi regionali di cui alle DD.G.R.M. 280/2014, 1291/2014, 1109/2015 e 1071/2016 raggiunti tra la Regione Marche e le case di cura multi specialistiche convenzionate della Regione Marche, tra cui la Casa di Cura, i quali definendo i tetti di spesa per la Casa di Cura anche con riferimento a progettualità specifiche, rappresentano il punto di riferimento e lo strumento con cui costruire e articolare il presente piano delle prestazioni oggetto di committenza dall'ASUR/Area Vasta 2 alla Casa di Cura Privata (fallimento 93/2015) come legalmente rappresentata.

Le parti si riportano, pertanto, al contenuto degli accordi regionali cui la SALUS S.r.l. - Casa di Cura Privata ha aderito e recepiti con le ridette DGRM 280/2014, 1291/2014, 1109/2015 e 1071/2016 da intendersi qui integralmente riportati anche nelle parti non ivi espressamente richiamate.

Art. 2

Oggetto dell'Accordo – Prestazioni e tariffe

La SALUS S.r.l. - Casa di Cura Privata eroga prestazioni di ricovero per un totale di 105 posti letto convenzionati, come sotto indicati:

AFO medica 20 p.l. per le seguenti discipline: medicina generale, neurologia, cardiologia,

AFO chirurgica 25 p.l. per le seguenti discipline: chirurgia generale, ortopedia, urologia, oculistica, ginecologia, otorinolaringoiatria;

LUNGODEGENZA post-acuzie 40 p.l.:

RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA 20 p.l.

- La SALUS S.r.l. - Casa di Cura Privata eroga prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le seguenti discipline: medicina generale (tutte le discipline ivi afferenti), medicina dello sport, chirurgia generale (tutte le discipline ivi afferenti), medicina di laboratorio, diagnostica per immagini, endoscopia digestiva, dermatologia, otorinolaringoiatria, oculistica, urologia, recupero e rieducazione funzionale, nefrologia pediatrica, endocrinologia.

Le prestazioni di ricovero ordinario, di lungodegenza e di cardiologia riabilitativa e quelle di specialistica ambulatoriale sono erogate in favore di pazienti residenti nell'ambito della Regione Marche secondo le tariffe stabilite nella DGRM 280/2014 e nella DGRM 709 del 09/06/2014.

Relativamente alla lungodegenza (codice 60), per i pazienti inviati dagli stabilimenti dei Presidi unici di Area Vasta (ex ospedali di rete) e dalle Aziende Ospedaliere/INRCA, in considerazione delle particolari necessità assistenziali che si configurano come post acuzie, a ristoro dei costi aggiuntivi sostenuti dalle strutture private accreditate (a mero titolo esemplificativo, nutrizione parenterale, farmaci, diagnostica, ...), in considerazione del nuovo tariffario e dall'entrata in vigore dello stesso, per i primi 20 giorni di degenza saranno riconosciuti € 16,00 a giornata, omnicomprensivi e aggiuntivi rispetto alla tariffa stabilita dalla DGR 709/2014.

Tale riconoscimento avviene in ogni caso entro il tetto di spesa previsto per l'attività di ricovero.

Per la Cardiologia Riabilitativa la tariffa in base alle D.D.G.R.M. 280/2014 e 709/2014 è confermata nell'importo di € 233,23 e nel periodo 01/01/2015-22/09/015 sono riconoscibili gli invii effettuati dall'U.O. Ospedale Riuniti di Ancona oltre il tetto di € 721.674,14 ed entro il tetto produzione anno 2013 di € 1.151.190,59.

Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero il sistema tariffario è quello previsto al punto 3. dell'accordo di cui alla DGRM 280/2014 titolato "sistema tariffario" nonché le tariffe previste dalla successiva DGRM 709/2014 secondo la data di decorrenza ivi indicata.

Art. 3

Budget ricoveri e specialistica e compensazioni

Regione Marche e Fuori Regione (mob. Attiva)

La SALUS S.r.l. - Casa di Cura Privata erogherà prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale le quali saranno riconosciute entro i budget di spesa proporzionalmente calcolato per il periodo di vigenza del presente accordo (23/09/2015-31/12/2015) nel modo che segue:

23/09/2015-31/12/2015 (gg. 100)	BUDGET ex DGRM 1109/2015 L. 125/2015 art. 9 c.quater	FATTURATO RICONOSCIBILE
RICOVERI regione (SDO-LDG-CARD)	1.525.729,74	1.001.281,42
SPECIALISTICA	326.683,04	505.937,20
Card. Riab. Fatturata e riconoscibile oltre tetto di € 272.329,86	43.064,82	
abbattimento controlli CVPS come da nota prot. n. 58844 del 23/03/2016 (n.c. n.4 del 08/04/2016)		- 6.948,85
Nota credito n. 5 del 26/08/2016		- 116,60
BUDGET R.M. totale complessivo	1.895.477,60	1.500.153,17
riconcificabile ex DGRM 1109/2015 (tab. 3) Fuori regione - mob. Attiva ricoveri	165.376,23	36.829,62
riconcificabile ex DGRM 1109/2015 (tab. 3) Fuori regione - mob. Attiva specialistica	6.030,05	1.678,40
totale fuori regione	171.406,28	38.508,02
Deroga al tetto mob. Attiva 2015 ex DGRM 1071/2016 in ragione annua € 81.177,00	0	0
TOTALE	Euro 2.066.883,88	Euro 1.538.661,19
Mandati di liquidazione incluso incasso quota fissa		1.536.840,89
Da saldare		Euro 1.820,30

PIANO DELLE PRESTAZIONI PER L'ANNO 2015

Alla luce di quanto previsto all'art. 2 del presente accordo sulla capacità organizzativo-gestionale della Casa di Cura, il Piano delle Prestazioni 2015 si basa sui seguenti presupposti:

- *Sviluppare il fatturato attraverso la diversificazione e l'ottimizzazione delle prestazioni erogate, integrative e complementari alle attività del Servizio Sanitario Regionale;*
- *Contenere e/o ridurre le prestazioni (DRG) a maggior rischio di inappropriatazza previste dal Patto per la Salute 2010-2012, utilizzando più correttamente i diversi regimi di ricovero (ordinario, diurno e ambulatoriale) anche ai sensi di quanto previsto, a partire dall'1/03/2014, al punto 3 e 4 dell'Accordo di cui alla DGRM n° 280/2014;*
- *Consolidare la produzione dei DRG non ricompresi tra quelli a maggior rischio di inappropriatazza, integrandola con le necessità espresse dall'Area Vasta n° 2;*
- *Dimensionare l'offerta della post-acuzie (Lungodegenza e Cardiologia Riabilitativa) in funzione delle necessità espresse dall'Area Vasta n° 2 e dall'Ospedale Lancisi e rapportata alle reali esigenze organizzative e gestionali della Casa di Cura con le modalità e i criteri previsti ai punti 16 e 18 del ripetuto Accordo per l'anno 2014;*
- *Attivare e sviluppare i volumi e la produzione delle prestazioni e dei DRG a maggiore fuga extraregionale per i residenti marchigiani, utilizzando le risorse aggiuntive al budget 2014*

così come previsto alla lettera "B. Mobilità Passiva Interregionale" dell'Accordo 280/2014;

- Attivare e sviluppare i volumi e la produzione dei DRG e delle prestazioni per i residenti fuori dalla Regione Marche con le modalità e i criteri previsti alla lettera "A. Mobilità Attiva Interregionale" dell'accordo 280/2014 e al fine di favorire un progressivo riequilibrio tra le prestazioni, a budget, erogate per i pazienti marchigiani e le prestazioni, extrabudget, erogate a pazienti di altre regioni (punto 4 della lettera A);
- Sviluppare, sia dal punto di vista quantitativo che di complessità, la specialistica ambulatoriale operando una riallocazione economica del budget operativo assegnato alla Casa di Cura, anche nell'ottica della riduzione delle liste di attesa per le prestazioni più critiche (punto 5.- Compensazione dei budget - dell'Accordo per gli anni 2013-2014);
- Rendersi disponibile a partecipare al programma di potenziamento delle attività diagnostiche per la riduzione dei tempi di attesa, previo il pieno utilizzo, in via prioritaria, delle apparecchiature installate nelle strutture pubbliche e, in caso di necessità, previo l'apporto della Casa di Cura Villa Serena per quanto attiene, principalmente, alla diagnostica "TAC" e secondo quanto stabilito alla lettera "A", al punto 3) "Diagnostica" dell'Accordo per l'anno 2014.

Obiettivi per l'attività di ricovero anno 2015 conseguenti ai presupposti indicati

Discipline	obiettivi 2015
Chirurgia Generale e Urologia	Incrementare le prestazioni in Day Surgery e sviluppare la Chirurgia Ambulatoriale secondo le modalità espresse <i>al punto 10 dell'Accordo contrattuale per il 2014</i> . Eseguire gli interventi maggiori, in ricovero ordinario, per i pazienti a basso rischio anestesilogico e chirurgico (classificazione ASA)
Ortopedia	Eseguire, prevalentemente, interventi di Ortopedia maggiore e vertebrale per contrastare la mobilità passiva (<i>lettera B dell'Accordo 280/2014</i>) e per pazienti fuori regione (<i>lettera A dell'Accordo 280/2014</i>)
Oculistica	Ricondurre alla sola attività di Chirurgia Oculistica Ambulatoriale e di Day Surgery e incrementare i DGR 39 e 42 per il contrasto della mobilità passiva (<i>lettera B dell'Accordo 280/2014</i>)
Altro chirurgico	Riduzione LEA, ricondurre ad attività di Day Surgery o Chirurgia Ambulatoriale.
Area Medica per l'acuzie	Evitare i ricoveri per la somministrazione di chemioterapie. Effettuare esclusivamente Day Hospital autorizzati. I ricoveri con DRG medico sono ritenuti concettualmente inappropriati: - se non inviati dal Pronto Soccorso; - se non trasferiti da un Unità Operativa pubblica; - inviati dal MMG, se non coerenti con i criteri di appropriatezza di cui alla DGRM 781/2013.
Lungodegenza e Riabilitazione (Cod. 60)	Eseguire i ricoveri in Lungodegenza per pazienti provenienti da Ospedali Pubblici o da unità Operative interne alla Casa di Cura nel rispetto di quanto previsto <i>al punto 16 dell'Accordo Contrattuale per l'anno 2014</i> . Destinare almeno 15 p.l. dell'attuale dotazione per percorsi riabilitativi di media o bassa intensità così come previsto dall'ultimo capoverso del ripetuto <i>punto 16 dell'Accordo 280/2014</i> .
Riabilitazione Cardiologica	Eseguire i ricoveri secondo quanto previsto dal Protocollo Operativo, in essere, con l'Ospedale Lancisi e attenersi alle determinazioni declinate <i>al punto 18 Accordo 280/2014</i> .

Obiettivi per l'attività di specialistica ambulatoriale - anno 2015 - conseguenti ai presupposti indicati

Si stabilisce di incrementare anche per l'anno 2015 alcune prestazioni diagnostiche (Elettromiografia, Ecocolordoppler, Ecografia, RMN Neurologica e RMN Osteoarticolare), attraverso lo spostamento della quota di budget prevista in € 200.000,00/400.000,00 (vedesi nota prot. 161679 del 01/09/2015 e successiva prot. 182036 del 29/09/2015).

Art. 4

Standards di qualità

I requisiti e gli standards di qualità da osservarsi per l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo, sono quelli stabiliti dalle norme nazionali e regionali in materia di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale, dai manuali di autorizzazione e di accreditamento adottati dalla Regione Marche ex L.R. 20/2000 (D.G.R.M. n. 2200/2000 successivamente modificata dalla DGRM n. 1579/2001 afferente i requisiti per l'autorizzazione e DGRM n. 1889/2001 afferente i requisiti per l'accreditamento), nonché dagli Atti programmatici adottati dalla Regione Marche nel settore della specialistica ambulatoriale e 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 con la sottoscrizione del presente accordo deve produrre autocertificazione attestante il possesso dei requisiti minimi di qualità previsti dagli atti citati al comma che precede.

Art. 5

Documentazione e Controlli sull'appropriatezza

La SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata istituirà, terrà costantemente aggiornate e conserverà le cartelle cliniche personali degli utenti relative ad ogni ricovero, corredate della relativa documentazione amministrativa, nel rispetto delle norme in materia

L'Area Vasta 2 potrà in essere i controlli, generali e speciali, sulla qualità delle prestazioni erogate e sulla corretta applicazione dell'accordo sia per quanto riguarda il tetto di spesa sia per quant'altro attiene l'aspetto organizzativo e logistico.

L'Area Vasta 2 potrà effettuare presso la SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata, 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 l'appropriatezza delle prestazioni erogate, la corretta applicazione del presente Accordo e delle norme di legge su cui esso si basa.

Le funzioni di verifica e controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate avviene secondo quanto previsto dalla DGRM n. 781/2013, e tenuto conto della Determina del Direttore di Area Vasta 2 n. 86 del 23/01/2012 cui viene fatto espresso riferimento.

La attività di controllo delle prestazioni è svolta trimestralmente dal Comitato Misto composto dagli Incaricati del CVPS dell'Area Vasta 2 e dai Rappresentanti della Struttura Privata; il **Piano di controllo delle prestazioni sanitarie** e il relativo **Manuale**, predisposti dal CVPS Regionale, definiscono le indicazioni sull'ambito, i volumi, le casistiche, la tempistica e le modalità dei controlli, costituendo il minimo obbligatorio; è comunque possibile che il CVPS aumenti la quantità e la qualità dei controlli per casistiche o ambiti non specificamente ricompresi nel Piano, sulla base della specifica produzione della struttura.

Di tale attività verranno redatti appositi verbali.

Fanno eccezione i controlli sull'attività di riabilitazione cardiologica per i quali opera la seguente distinzione:

- o La Sede di Area Vasta svolge i controlli sulla regolarità amministrativo – contabile (corretta applicazione delle tariffe e dei previsti abbattimenti tariffari, tempestivo e corretto invio del flusso informativo...)



- o il P.O. "GM Lancisi" effettua il controllo sull'appropriatezza dell'intervento riabilitativo secondo quanto previsto dal punto 8 dello specifico Protocollo, allegato n. 2 al presente accordo, quale parte integrante e sostanziale; anche di tale attività verranno redatti appositi verbali da inviare al CVPS dell'Area Vasta 2.

Saranno comunque a disposizione della commissione di controllo le cartelle cliniche per il controllo sulla codifica DRG e per eventuali valutazioni che la stessa riterrà necessarie per la propria attività.

La SALUS S.r.l.-Casadi Cura Privata si impegna inoltre a trasmettere all'Area Vasta 2, entro 10 giorni dalla richiesta, copia di ogni documento conservato di cui ai precedenti commi.

Art. 6

Attività di ricovero- Modalità di accesso

L'ammissione al ricovero avviene per:

- richiesta del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta;
- richiesta del Medico Specialista del SSN;
- trasferimento dal Pronto Soccorso di struttura pubblica o per trasferimento da struttura pubblica;

La responsabilità circa l'appropriatezza del ricovero e la scelta del setting assistenziale fa in ogni caso capo al Medico della Casa di Cura che effettua l'accettazione.

La Casa di Cura non è dotata di servizio di Pronto Soccorso o di punto di primo intervento inseriti nel sistema di emergenza sanitaria regionale, quindi non può disporre autonomamente ricoveri a seguito di accettazione in urgenza; è fatto salvo il ricovero di pazienti che si presentino direttamente con una situazione clinica che non consenta il rinvio al Pronto Soccorso e, comunque, nei casi in cui possa prefigurarsi una omissione di soccorso, ci si riporta comunque a quanto previsto al punto 12. dell'accordo di cui alla 280/2014.

Art. 7

Degenza post-acuzie (si veda allegato n. 1)

Le prestazioni di degenza post-acuzie vanno considerate come una naturale prosecuzione delle cure ricevute dall'unità per acuti.

L'accesso alla degenza post-acuzie avviene per trasferimento dalle UU.OO. con posti letto dedicati agli acuti siano esse dei Presidi Ospedalieri di Jesi che dalla stessa Casa di Cura.

La richiesta di trasferimento deve essere inoltrata alla Unità di Valutazione Ospedaliera (UVO) avente sede nel Presidio Ospedaliero di Jesi mediante la compilazione di un modulo a seconda della patologia prevalente che determina l'ingresso.

Il ricovero si intende tacitamente autorizzato trascorsi n. 5 giorni dall'invio della proposta.

Le parti si danno atto della necessità di un appropriato utilizzo dei posti letto di degenza post-acuzie al fine del decongestionamento dei posti letto delle acuzie.

Si concorda che due sono gli elementi da considerare:

- . la condivisione dei percorsi di cura;
- . la continuità assistenziale fra acuzie e post-acuzie.

Le parti concordano di attenersi al Protocollo sul "Percorso assistenziale Ospedale-DPA", che si allega al presente accordo quale parte integrante e sostanziale (allegato n. 1), per la disciplina dei seguenti aspetti:

- . compiti dell'area post-acuzie;
- . modalità di ammissione;
- . composizione e funzionamento dell'UVO;
- . tipologia del paziente ammissibile, criteri di ammissione e criteri di esclusione;
- . trasferimento del paziente, documentazione di accompagnamento, adempimenti amministrativi, durata prevista di degenza;
- . modalità di dimissione, dimissione ordinaria, dimissione straordinaria

Art. 8

Cardiologia riabilitativa (si veda allegato n. 2)

La SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata è dotata di n. 20 posti letto di cardiologia riabilitativa per l'assistenza ai pazienti in fase post-cardiochirurgica inviati dal Presidio Ospedaliero di Alta Specializzazione "GM Lancisi".

La SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata si impegna ad attenersi alle linee di indirizzo sull'organizzazione dell'attività clinica assistenziale nei pazienti in fase post-cardiochirurgica che risultano dal "Protocollo di intesa relativo all'attivazione della cardiologia riabilitativa presso la Casa di Cura Villa Serena di Jesi" approvato con determina del DG dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi n. 2062 del 30/12/2004 e successivamente modificato ed integrato con determina del DG n. 452 del 12/12/2008.

Le parti prendono reciprocamente atto del contenuto del suddetto Protocollo, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (all. n. 2), che disciplina nel dettaglio i seguenti aspetti:

- . finalità dell'attività di cardiologia riabilitativa;
- . organizzazione del programma riabilitativo e i suoi sviluppi;
- . tipologia di paziente ammissibile al trattamento;
- . tipologia, modalità, durata di trattamento;
- . requisiti minimi, strutturali, impiantistici e tecnologici;
- . adempimenti amministrativi, coordinamento operativo e controlli.

La tariffa giornaliera per la degenza nei posti letto di cardiologia riabilitativa è quella corrispondente al codice disciplina 56, attualmente pari ad € 233,23 con abbattimento del 40% dopo il 60° giorno (vds DGRM 709/2014 pag. 52).

Le parti si riportano a quanto previsto al punto 18. dell'accordo 280/2014 titolato progetto riabilitazione cardiologica, secondo nel corso dell'anno 2015 saranno riconosciuti tutti i ricoveri di riabilitazione cardiologica inviati a Villa Serena su proposta dell'A.U.O. Ospedali Riuniti di Ancona nei limiti del tetto di produzione effettuata nel 2013.

Art. 9

Partecipazione ad eventi formativi

Le parti si danno atto della reciproca volontà di favorire la formazione e l'interscambio di esperienze professionali dei propri professionisti.

In tale ottica intendono ove possibile, consentire e favorire la partecipazione dei propri professionisti agli eventi formativi reciprocamente organizzati.

Art. 10

Contabilizzazione e debito informativo

La SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata presenterà all'Area Vasta 2 contabilità trimestrali/mensili con distinzione dell'attività prestata rispettivamente in favore della ex Zona di Jesi e delle altre ex ZZ.TT di appartenenza del paziente.

Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dalla fattura commerciale contenente un prospetto riassuntivo delle prestazioni legate a SDO emesse nel trimestre/mese;
- b) dalla distinta indicante per ogni paziente ricoverato i seguenti dati:
 - cognome e nome;
 - data di nascita;
 - comune di residenza;
 - codice fiscale;
 - tipologia di DRG e numero di giornate di degenza prestate;
 - valore economico del DRG;
 - tipologia di accesso e soggetto prescrittore;

(tale distinta recherà in calce la firma per validazione del legale rappresentante della Casa di Cura e l'attestazione che i medesimi dati sono stati trasmessi a mezzo posta elettronica inviati all' U.O. Gestione Flussi Informativi ed Informatici);

- c) dagli originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità mensilmente prodotta.



I dati relativi ai ricoveri eseguiti dovranno essere trasmessi, con cadenza mensile, all'Agenzia Regionale Sanitaria per il tramite dell'U.O. Flussi Informativi ed Informatici utilizzando il tracciato record (File A per le attività di ricovero) individuato dall'Agenzia medesima il cui contenuto la Casa di Cura Villa Serena dichiara di ben conoscere.

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

- Tempestività della trasmissione e completezza dei tracciati infrannuali;
- Presenza della data di prenotazione in tutti i ricoveri programmati ordinari e day hospital;
- Presenza del codice fiscale in tutte le SDO.

Il debito informativo sulla **specialistica ambulatoriale** prevede, in attuazione dell'art. 50 della L. n. 326 del 24/11/2003, la trasmissione al Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) dei dati dell'attività entro il 10° giorno del mese successivo a quello di erogazione della prestazione.

La Casa di Cura dovrà pertanto trasmettere almeno mensilmente alla Regione Marche il flusso relativo al file C "specialistica ambulatoriale" secondo le modalità vigenti.

Solo i dati correttamente acquisiti nel database regionale verranno considerati validi ai fini della fatturazione.

La Casa di Cura dovrà inoltre trasmettere i **dati di struttura e di attività** relativi ai Flussi Informativi Ministeriali (HSP e STS) che gli verranno periodicamente richiesti dall'U.O. Controllo Prestazioni Sanitarie dell'Area Vasta 2, per adempiere a quanto previsto dalla DGRM 498/2012.

Le parti inoltre si riportano a quanto previsto dal punto 15. dell'accordo DGRM 280/2014 intitolato "debiti informativi".

Art. 11

Modalità di pagamento

La liquidazione e il pagamento delle fatture saranno effettuate entro sessanta giorni (60 gg.) dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del budget complessivo di struttura, sempre se la struttura privata avrà presentato una fatturazione mensile per l'attività espletata superiore all'importo da corrispondere a titolo di acconto sul budget annuale accordato. In caso contrario si pagherà la fattura per intero. In caso di ritardato pagamento dal 61° giorno decorreranno gli interessi nella misura pari al tasso BCE e secondo quanto previsto dal D.Lgs. 192 del 09/11/2012.

Il mancato invio delle distinte e dei tracciati record di cui sopra, ovvero la loro incompletezza od imprecisione (codifica, tariffazione, etc.) nonché la mancata corrispondenza tra la fatturazione e le risultanze desunte dai Files A e C, qualora contestati formalmente dalla Sede di Area Vasta, danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con interruzione dei termini di pagamento sopra previsti.

Per quanto riguarda la liquidazione e il pagamento delle prestazioni erogante in mobilità attiva ci si riporta a quanto previsto all'art. 4 del presente accordo.

Art. 12

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 2 ha facoltà di proporre la procedura di revoca dell'accreditamento.

La SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata con la sottoscrizione del presente contratto rinuncia ad intraprendere azione/impugnazioni avverso i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di attribuzione dei budget, di determinazione delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto.

Art. 13

Privacy

La SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata, 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 30/06/2006 e s.m.i. e del Regolamento Organizzativo Privacy adottato con Determina n. DG/ASUR n. 148/2013.

La Casa di Cura garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dalla Zona 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 Casa di Cura assicura, in ogni caso, ed 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 Casa di Cura.

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

Art. 14

Disposizioni transitorie e finali

Il presente accordo spiega effetti dal 23/09/2015 al 31/12/2015.

La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta 2 diviene efficace e vincolante, con decorrenza retroattiva dal 23/09/2015, al momento e subordinatamente al recepimento dell'accordo stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR .

Le azioni di committenza, definite nel presente accordo, stanti le necessità di gestione e di governo del servizio, trovano diretta ed immediata applicazione.

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. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente accordo si fa rinvio agli accordi già sottoscritti dalla SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata. e recepiti con DGRM 280/2014, 1291/2014, 1109/2015 e 1071/2016.

La SALUS S.r.l.-Casa di Cura Privata è obbligata ad osservare gli indirizzi previsti dai piani socio-sanitari e dalle normative regionali e nazionali.

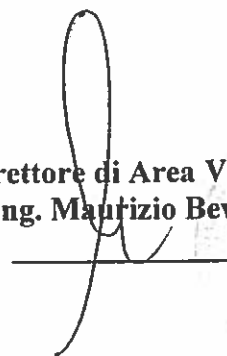
Il presente Accordo sarà registrato in caso d'uso a cura dell'Area Vasta 2 secondo le procedure previste dalla Legge.

Fabriano, li

**SALUS S.r.l.-Casadi Cura Privata
in persona del Curatore Fallimentare
Dott.ssa Comm. Sabrina Salati**



**Il Direttore di Area Vasta 2
Dott. Ing. Maurizio Bevilacqua**



Continuità Assistenziale

Ospedali AV2- Jesi – DPA – Lungodegenza (Villa Serena)

(Allegato 1)

MISSION	
	<ul style="list-style-type: none"> • Fornire un regime appropriato per l'assistenza a pazienti post-acuti che non possono essere gestiti in ambiente extra-ospedaliero • Garantire la continuità assistenziale • Caratterizzarsi come nodo della rete integrata Ospedale-Territorio
STANDARD ORGANIZZATIVO	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 40 posti letto in regime ospedaliero di degenza post-acuzie (codice 60, lungodegenza) all'interno della Casa di Cura Villa Serena di Jesi. 2. Copertura medica di n. 72 ore/settimana per assicurare la presenza in reparto dalle 8 alle 20 dal lunedì al sabato (riferimento manuale autorizzazione L.R. 20/2000). 3. Guardia intervisionale della Clinica a copertura di turni notturni e festivi (riferimento manuale autorizzazione L.R. 20/2000). 4. Medico Responsabile D.P.A. (riferimento manuale autorizzazione L.R. 20/2000). 5. Coordinatore Infermieristico (Caposala) (riferimento manuale autorizzazione L.R. 20/2000). 6. Equipe Assistenziale di nursing organizzata sulle 24 ore/die, con un carico di 120 minuti/die/paziente (riferimento manuale autorizzazione L.R. 20/2000). UU.OO. dell'Ospedale di Jesi e con le strutture territoriali.
PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA'	
	<p>Medici della Casa di Cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sono responsabile dell'assistenza medica. • Assicurano la presenza e la reperibilità secondo gli orari definiti. • Assicurano le consulenze specialistiche nelle urgenze. • Partecipano alla definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) integrandosi con le altre figure professionali nell'ambito delle riunioni dell'Unità Valutativa Ospedaliera (UVO) e dell'Unità Valutativa di Struttura (UVS) come di seguito rappresentata. <p>Medico Responsabile D.P.A. – Lungodegenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantisce l'uniformità ed il rispetto dei protocolli assistenziali concordati.



	<p>Coordinatore Infermieristico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partecipa alle riunioni di équipe per l'elaborazione del P.A.I. <p>Equipe assistenziale (Infermieri e Operatori Socio-Sanitari)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Punto 6 Standard Organizzativo • Si integra con il Terapista su specifici obiettivi di nursing. <p>Terapisti della Riabilitazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Punto 7 Standard Organizzativo • Dovranno perseguire gli obiettivi riabilitativi definiti dal Fisiatra nel PAI e concordati negli incontri dell'èquipe. <p>Fisiatra ZT n. 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concorda con il fisiatra della Casa di Cura gli obiettivi riabilitativi durante la degenza garantendo l'attuazione del progetto riabilitativo alla dimissione. • Alla dimissione e prescrive gli ausili e le protesi necessarie. • Coordina l'Unità di Valutazione di Struttura che, nell'ambito della "dimissione protetta" garantisce la continuità assistenziale attraverso l'attivazione della Unità Valutativa Distrettuale Integrata.
STRUMENTI	
	<p>Unità Valutativa Ospedaliera (UVO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • È costituita da tutte le figure professionali in équipe che concorrono nell'intervento assistenziale sul singolo paziente (Medico, Coordinatore Infermieristico e Infermiere dell'U.O. richiedente la dimissione protetta, Fisiatra, Terapista della riabilitazione, Assistente Sociale ospedaliero e altre figure, se necessarie). • È coordinata dal Fisiatra della U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione. • Si riunisce su richiesta del medico dell'U.O. di degenza. • Verifica la presenza dei requisiti clinico-assistenziali necessari per l'invio del paziente in DPA-Lungodegenza e attiva l'UVI negli altri casi. <p>Unità Valutativa di Struttura (UVS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • È costituita da tutte le figure professionali in équipe che concorrono nell'intervento assistenziale sul singolo paziente (Medico della lungodegenza, Fisiatra, Terapista della Riabilitazione, Caposala Infermieristico e/o Infermiere e Psicologo). • Viene coordinata dal Fisiatra della ZT n. 5. • Si riunisce, di norma, almeno 2 volte durante la degenza del paziente in esame.



	<ul style="list-style-type: none"> • Sottopone a verifica l'intervento assistenziale (PAI) e lo aggiorna. • Pianifica la dimissione dei soggetti e attiva l'UVI in caso di dimissione protetta. <p>Unità Valutativa Integrata (UVI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concorda con l'UVS la stesura dei programmi assistenziali individuali (PAI) del paziente in fase di dimissione protetta. • Predisporre, alla dimissione, adeguato setting assistenziale coordinando la realizzazione degli interventi in sede. <p>Piano Assistenziale Individuale (PAI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rappresenta la definizione degli obiettivi di salute ed è l'input indispensabile per la pianificazione delle attività. • È costituito dall'insieme articolato e integrato di processi operativi per l'erogazione delle prestazioni assistenziali socio-sanitarie e riabilitative. • Viene verificato almeno ogni 30 giorni. <p>Progetto di Struttura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programma la disponibilità e l'organizzazione degli spazi, del lavoro e delle modalità operative.
<p>PERCORSO ASSISTENZIALE</p>	
	<p>Tipologia di pazienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per il ricovero in Lungodegenza viene fatto riferimento alle "Linee guida per la programmazione e gestione delle aree di degenza post-acuzie" inseriti nella Deliberazione della Giunta Regionale del 19/12/2005. <p>Criteri di ammissione</p> <ol style="list-style-type: none"> Paziente con malattia ad andamento cronico-ricidivante, ben definita sul piano diagnostico, che necessita di accertamenti di primo livello per il controllo periodico della malattia, che siano difficilmente eseguibili in altro regime assistenziale. Paziente con pregressa malattia acuta e con stabilità dei Parametri Vitali non autosufficiente, nel quale persiste la necessità di verifica medica quotidiana anche per l'aggiustamento della terapia e il recupero dell'autonomia. Paziente convalescente con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomo, con deficit funzionali emendabili. Paziente con deficit funzionale lieve e prognosi favorevole per il recupero a breve termine che necessita prevalentemente di assistenza internistica oltre a interventi riabilitativi mirati.

Criteri di esclusione

- a) Pazienti terminali qualora possano essere previste altre forme di assistenza (Hospice, ecc.)
- b) Pazienti con disturbi comportamentali.

Percorso per l'ammissione

- Sono ammessi i pazienti provenienti:
 - dall'Ospedale di Jesi previa attivazione UVO.
 - da altri nosocomi regionali ed extra, limitatamente ai soggetti residenti nella ZT n. 5 (previa valutazione della richiesta da parte dell'UVO).

Modalità

- Percorso specifico "Dimissione protetta ospedali-ZT n. 5"
- Una volta effettuata la riunione dell'U.V.O. e approntato il PAI iniziale il Coordinatore della U.O. presso cui il paziente è degente inoltra la richiesta di ricovero al Responsabile dell'U.O. di degenza post-acuzie di Villa Serena.

Tempi di degenza

- La durata dei degenza massima è di 60 giorni, salvo i casi autorizzati dalla UVI - Z.T. 5.

Cartella Clinica

- In aggiunta deve contenere la seguente documentazione:
 - Copia scheda UVO
 - PAI
 - Scheda di attivazione UVS
 - Scala di Barthel
 - Le cause del protrarsi della dimissione prevista dal PAI:
 - Instabilità clinica e la necessità di assistenza medica continuativa
 - Criteri manuale CVPS

Dimissione

- Da programmare con congruo anticipo in ambito UVS e da concordare con UVI relativamente alla dimissione protetta.
- La degenza si conclude nel momento in cui si esaurisce la necessità di un controllo medico continuativo.
- Una copia della lettera di dimissione deve essere inviata alla segreteria UVO.
- La lettera di dimissione deve riportare oltre alle informazioni cliniche e strumentali, il tipo di assistenza



	<p>riabilitativa eroga e il numero totale delle sedute eseguite, l'eventuale presenza di lesioni da decubito in ingresso e in uscita e il relativo grado, la scala di Barthel, e il setting assistenziale previsto (RSA, Domicilio, ADI, etc.).</p>
VALUTAZIONI	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ogni trimestre l'attività clinico-assistenziale sarà valutata in base ai seguenti indicatori: <p>Indicatori qualitativi e quantitativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pazienti con degenza > 30 giorni/totale pazienti ricoverati • Pazienti con degenza > 60 giorni/totale pazienti ricoverati • Durata media della degenza • Tasso di occupazione • Pazienti ritrasferiti in reparti per acuti/totale pazienti ricoverati in DPA • Pazienti deceduti/totale pazienti ricoverati • Pazienti con piaghe da decubito all'ingresso/totale pazienti ricoverati • Pazienti con piaghe da decubito alla dimissione/totale pazienti dimessi • Pazienti affidati all'UVI/pazienti dimessi • Variazione disabilità globale all'ingresso/dimissione (Scala di Barthel). <p>Indicatori di processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero medio riunioni équipe assistenziali verbalizzate in cartella clinica per paziente/mese • Numero pazienti valutati con strumenti della VMD/ammessi in un anno (PAI-riunioni UVS)
NUCLEO DI VALUTAZIONE	
	<ul style="list-style-type: none"> • È costituito: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Per Villa Serena: dal Direttore Sanitario o suo delegato; ➤ Per la ZT5: dal Responsabile del Governo Clinico in qualità di coordinatore, da un medico Fisiatra e dal responsabile dell'U.O. Controllo Prestazioni Sanitarie. • Valuta l'esito degli indicatori. • Concorda gli obiettivi per il Miglioramento Continuo della qualità dell'assistenza. • Si riunisce con cadenza almeno semestrale.

Allegato E

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' CLINICA ASSISTENZIALE NEI PAZIENTI IN FASE POST - CARDIOCHIRURGICA

1. Premessa e finalità

L'evoluzione delle caratteristiche clinico-epidemiologiche della patologia cardiovascolare, che resta la prima causa di morte nel mondo nonostante le grandi differenze tra i diversi paesi, e delle acquisizioni tecniche scientifiche, con il relativo impatto economico, sta modificando, in modo positivo, la percezione del percorso assistenziale del paziente in fase post-cardiochirurgica quale componente essenziale del recupero della funzionalità del sistema cardiovascolare.

Tale fase ha il fine di favorire la stabilità clinica, di ridurre il rischio di successivi eventi e i deficit funzionali conseguenti alla cardiopatia, ovvero:

- Ridurre i sintomi legati alla malattia;
- Migliorare la capacità funzionale;
- Migliorare la qualità di vita;
- Favorire l'inserimento lavorativo;
- Definire e ridurre il rischio di nuovi eventi cardiovascolari.

Il PSR 2003-2006 prevede "lo sviluppo della rete ospedaliera regionale con un sistema integrato... che funzioni secondo il principio della massima integrazione e della razionale distribuzione delle attività in base alla loro complessità ed

Lo sviluppo di tale sistema deve avvalersi del modello hub and spoke, che prevede il collegamento tra una sede centrale di riferimento e più sedi periferiche per lo svolgimento di attività complementari necessarie al completamento del percorso assistenziale.

Il Dipartimento di alta specializzazione cardiovascolare dell'Ospedale "G.M. Lancisi" costituisce, di fatto, il punto di riferimento per la rete delle cardiologie della regione Marche (e per una certa quota di utenza extraregionale) alle quali garantisce l'accesso all'alta specializzazione.

Il Lancisi gestisce quindi un bacino di utenza di vaste proporzioni in cui le esigenze assistenziali devono essere contemperate con risposte appropriate sul piano quali-quantitativo.

Per far fronte all'incremento continuo della domanda di prestazioni interventive di cardiologia, la regione Marche, nell'ambito del potenziamento della rete cardiologica, ha autorizzato una struttura riabilitativa in grado di accogliere quei pazienti che necessitano di una degenza "post chirurgica" in modo da realizzare un programma assistenziale intensivo personalizzato allo scopo di ottenere un più rapido reinserimento nel contesto familiare/sociale e lavorativo. Questa funzione è tuttavia prioritaria per la necessità di utilizzare appropriatamente i posti letto di cardiocirurgia, per incrementare il numero degli interventi al fine far fronte alle lunghe liste di attesa, e per garantire un programma assistenziale al paziente cardio - operato di elevata qualità.

Pertanto la regione Marche, nell'ambito del contemporaneo processo di riqualificazione delle Case di Cura accreditate caratterizzato dalla disattivazione delle funzioni concorrenti e l'attivazione di funzioni complementari al sistema produttivo regionale a gestione diretta, ha provveduto all'accettazione della richiesta di attivazione di 24 posti letto di cardiologia riabilitativa da parte della Casa di Cura "Villa Serena" situata in Jesi via Colle Onorato n° 2 con Decreto del Direttore del Dipartimento dei Servizi alla Persona ed alla Comunità n.71/DP5 del 28/10/2004.

L'attività presso la suddetta Casa di Cura è iniziata nel mese di gennaio 2004 con l'attivazione dei primi 10 posti letto, ed è stata regolata da un primo protocollo operativo approvato con determine dei Direttori del Presidio Monospecialistico Lancisi e della Zona Territoriale n° 5 di Jesi, coordinato dal Direttore del Servizio Assistenza Ospedaliera del Dipartimento dei Servizi alla Persona ed alla Comunità. Lo scopo del presente atto è quello di mettere a regime, dopo la prima fase sperimentale di attivazione, il sistema di regole relativo alla definizione di adeguati standards qualitativi, stante anche l'imminente attivazione degli ulteriori 14 posti letto presso la Casa di Cura "Villa Serena".

1 bis - Situazione attuale

Situazione attuale organizzazione del programma riabilitativo postchirurgico il Lancisi prevede tre fasi: la prima fase postchirurgica viene effettuata presso il Lancisi nei primi giorni successivi all'intervento presso la SOD di Terapia Intensiva Postchirurgica (IIP) e successivamente presso la

SOD di Cardiocirurgia. Il programma riabilitativo è a carico della SOS di cardiologia riabilitativa del Lancisi;

- la seconda fase viene svolta a Villa Serena per la tipologia di pazienti con maggiore complessità clinica, definiti come categorie B, C e D nella tabella a pagina 2. I pazienti a minore complessità clinica (categorie A della tabella di cui sopra) vengono inviati ad un programma estensivo ambulatoriale, oppure riferiti al medico di medicina generale, oppure inviati ai sanitari dell'ospedale di provenienza.

La nuova organizzazione dovrebbe prevedere :

- il mantenimento della prima fase postchirurgica immediata al Lancisi;
- l'estensione del programma riabilitativo postchirurgico anche alle tipologie cliniche su valutazione del responsabile della SOS di cardiologia riabilitativa del Lancisi in regime di degenza presso Villa Serena;
- inoltre, è prevista l'attivazione di un programma riabilitativo intensivo a Villa Serena per pazienti con problematiche cardiologiche complesse, quali scompenso cardiaco cronico in fase avanzata, pazienti portatori di defibrillatore impiantabile, pazienti con infarto miocardico complicato.

2. Definizioni

L'assistenza ai pazienti post-cardiologici è l'insieme dei mezzi diagnostico - terapeutici finalizzati all'obiettivo di recupero funzionale e reinserimento socio - lavorativo.

Al fine di definire i profili clinici eleggibili a questo livello di trattamento, nella consapevolezza dei limiti derivanti da qualsiasi traduzione di una condizione clinica in una codifica preordinata, si sono individuati quattro tipologie di percorsi clinico - assistenziali che coinvolgono il trattamento cardiocirurgico, di seguito schematizzati (Tabella 1) :

Tipologia del paziente	Tipo di intervento	Decorso postchirurgico	Trattamento postchirurgico	Durata trattamento post-chirurgico	Indicatori di outcome
TIPO A : Paziente elettivo, età inferiore a 70 anni, normale funzione ventricolare, nessuna pre-ospedalizzazione	AMIS su IVA cuore battente Rivascolarizzazione multipla elettiva in CEC DIA adulto Mixoma atriale Monovalvolare (sostituzione valvolare aortica o mitralica, Bentall, riparazione mitralica)	Assenza di complicazioni Decorso rapido Ferite in ordine	Dimissibile a domicilio, poi programma cardiologia riabilitativa estensiva	Il paziente torna a casa con mezzi propri / 4-8 settimane con 3 sedute/sett	-Miglioramento funzionale -Guarigione ferite chirurgiche -Controllo fattori di rischio (FRC) -Assenza di complicazioni tardive
TIPO B : Paziente elettivo, disfunzione ventricolare, pregressa ospedalizzazione	Intervento chirurgico complesso chirurgia bi-ri-valvolare, valvulopatia associata a coronaropatia, coronaropatia con pregresso o recente infarto miocardico)	Assenza di complicazioni	Cardiologia riabilitativa estensiva	il paziente torna a casa con mezzi propri / 4-8 settimane con 3 sedute/sett	-Miglioramento funzionale -Guarigione ferite chirurgiche -Controllo fattori di rischio (FRC) -Assenza di complicazioni tardive
TIPO C : Paziente non elettivo, previa critica nel pre-ospedalizzazione prolungata	DIV postinfartuale; IMA complicato a shock in lieve; rottura di cuore; disfunzione	Presenza di complicazioni sistemiche, neurologiche, renali, emorragiche, scompenso cardiaco.	Cardiologia riabilitativa estensiva	2-3 settimane, durata da caso a caso estensiva	-Guarigione ferite chirurgiche -Miglioramento funzionale -Controllo rischio -Miglioramento

	ventricolare sinistra importante; presenza di pneumopatia cronica	idrotorace, infezione dello sterno, etc)			Funzione ventr -Controllo FRC -Controllo delle complicazioni
TIPO D: Paziente non elettivo, età avanzata, elevata criticità nel pre-operatorio, co-morbidità rilevanti ospedalizzazione prolungata	Come nel TIPO B e C	Complicazioni gravi, paziente non dimissibile	Cardiologia riabilitativa intensiva	3-4 settimane, seguita da riab. estensiva	-Guarigione chir. -Controllo arit -Miglioramenti funzionali -Miglioramenti funzione ventr -Controllo FRC -Controllo delle complicazioni

Come evidenziato nello schema, tutte le tipologie sono potenzialmente candidate a tale livello di trattamento.

3. Caratteristiche generali

L'attività assistenziale si connota per le seguenti caratteristiche generali:

- Deve essere garantita la continuità assistenziale fra la struttura inviante (solitamente la Cardiocirurgia del Lancisi) e la struttura ricevente (Casa di Cura "Villa Serena"), avendo cura di implementare fra le strutture medesime sia un adeguato flusso informativo focalizzato sul paziente che meccanismi di collaborazione interprofessionale diretta;
- Si caratterizza per la multidisciplinarietà dell'attività assistenziale;
- Deve essere inserita in un contesto organizzativo complessivo che consenta di accedere, anche in urgenza, ad indagini diagnostiche - strumentali in maniera continuativa nell'arco delle 24 ore;

4. Requisiti minimi strutturali, impiantistici - tecnologici ed organizzativi

I requisiti minimi strutturali, impiantistici - tecnologici ed organizzativi sono quelli per l'Area di Degenza di cui al punto 6.3 del Manuale di Autorizzazione di cui alla D.G.R.2200/00 così come modificata dalla D.G.R.1579/01).
I suddetti requisiti vengono modificati/integrati, come di seguito specificato.

Requisiti minimi strutturali

- Camere di degenza fino ad un massimo di 2 letti dedicati specificamente alla riabilitazione, possibilmente con servizio igienico autonomo ed aria condizionata;
- Presenza di palestra attrezzata di almeno 80 mq;

Requisiti minimi impiantistici - tecnologici

- I letti di degenza devono essere monitorati per almeno i seguenti parametri:
 - ▷ Elettrocardiogramma
 - ▷ Frequenza cardiaca
 - ▷ Pressione arteriosa sistemica
 - ▷ Frequenza respiratoria
 - ▷ Saturazione di ossigeno
- Attrezzature palestra:
 - ▷ materassi per esercizi a corpo libero in numero corrispondente al 50% dei posti letto;
 - ▷ cicloergometri a freno magnetico o elettromagnetico in numero corrispondente al 50% dei posti letto, di cui almeno 1 a pedana bassa;
 - ▷ tappeti rotanti in numero corrispondente al 25% dei posti letto;
 - ▷ attrezzo per circuit training;

- Centrale di monitoraggio
 - La centrale di monitoraggio deve essere in grado di visualizzare tutti i suddetti parametri per i posti letto e per Elettrocardiogramma e frequenza cardiaca per i pazienti durante l'attività fisica in palestra.
- Dotazione tecnologica
 - Sistema ergospirometrico per valutazione funzionale, interfacciato con ergometro (cicloergometro, tappeto rotante) e monitoraggio ECG a 12 derivazioni
 - Pompe di infusione farmaci
 - Presenza di defibrillatore in reparto di degenza, in palestra e nell'ambiente dell'ergometria;

Requisiti minimi organizzativi

A) Personale

- Personale medico
 - Il personale medico operante deve essere in possesso del titolo di specializzazione in cardiologia o cardiocirurgia;
 - Presenza di una guardia attiva sulle 24 ore con reperibilità integrativa;
 - Deve essere garantita la presenza di un Fisiatra.
- Personale infermieristico
 - Il numero totale degli infermieri deve assicurare una intensità assistenziale di 150 minuti per posto letto al giorno.
- Terapisti della Riabilitazione
 - Il numero totale dei terapisti della riabilitazione deve assicurare una intensità assistenziale di 40 minuti per posto letto al giorno.
- Personale tecnico
 - Deve essere assicurato un turno di operatori tecnici dedicati nelle 12 ore diurne, e comunque almeno 1 operatore ogni 6 posti letto. Nelle ore notturne deve essere assicurata la presenza di operatori tecnici nella struttura nella quale è inserita l'U.O. di Cardiologia Riabilitativa Intensiva.
- Altro personale
 - Psicologo: deve essere assicurata una intensità assistenziale di 120 minuti per ogni paziente ricoverato;
 - Dietista: deve essere assicurata una unità a part - time;
- Deve essere assicurata la possibilità di disporre delle seguenti tipologie di consulenza:
 - Cardiocirurgica;
 - Neurologica, nefrologica, infettivologica, pneumologica e internistica.



B) Logistica

- Deve essere garantita la possibilità di trasporto in emergenza con ambulanza tipo A (art.9 L.R.26/98) con assistenza medica cardiologica;

5. Definizione del profilo assistenziale del paziente

Al fine di completare lo standard assistenziale, nella seguente tabella 1) vengono descritte le prestazioni minime da erogare al paziente ricoverato durante il programma assistenziale con il relativo timing.

Tabella 2) Legenda Timing: 0 giornaliera, 1 all'ingresso, 3 alla bisogna

tipo intervento	figura professionale	prestazione erogata	Timing
diagnostico	cardiologo	esame obiettivo	1

Handwritten signature or initials.

		<ul style="list-style-type: none"> • Controllo ferite • Medicazione • Controllo eventuali complic. • Ecocardiogramma • Prescrizione terapia farm. • Impostazione e controllo del training fisico 	<ul style="list-style-type: none"> • G • G • G • I • G • G
Infermieristico	Infermiere Prof.	<ul style="list-style-type: none"> • Compilare la cartella inf. • Somministrare la terapia • Medicazione ferite • Attività da mansionario 	<ul style="list-style-type: none"> • G • G • G • G
Seduta fisioterapica	Fisioterapista	<ul style="list-style-type: none"> • Esercizi a letto • Mobilizzazione • Training in gruppo • Controllo FC e PA 	<ul style="list-style-type: none"> • G • G • G • G
Nutrizionale	Dietista	<ul style="list-style-type: none"> • Impostazione dietetica • Counseling nutrizionale 	<ul style="list-style-type: none"> • G • I - B
Psicologico	Psicologo	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione psicologica 	<ul style="list-style-type: none"> • I - B

Il programma assistenziale avrà una durata variabile dai 10 ai 18 giorni a seconda dei casi. In assenza di complicazioni, la dimissione del paziente verrà effettuata quando si sono raggiunti i seguenti risultati:

Miglioramento funzionale. Il paziente deve essere in grado di svolgere le normali attività quotidiane (alzarsi da solo, mangiare a tavola, andare in bagno, radersi, lavarsi). Inoltre, deve essere in grado di camminare nel corridoio e di effettuare il test dei 6 minuti. Tale capacità si traduce nella possibilità, da parte del paziente, di effettuare a domicilio attività fisiche classificate come leggere e che equivalgono ad almeno 3 METs;

Controllo delle aritmie. I pazienti devono essere stabilizzati dal punto di vista elettrico (fibrillazione atriale ben controllata, sporadiche extrasistoli ventricolari, assenza di turbe di conduzione maggiori).

Miglioramento della funzione ventricolare sinistra. I pazienti con disfunzione ventricolare sinistra devono migliorare la funzione sistolica e diastolica o, comunque, mantenere una disfunzione stabile qualora non sia possibile ottenere un miglioramento entro i termini previsti dal trattamento.

Cicatizzazione delle ferite chirurgiche. Le ferite chirurgiche devono essere guarite o in via di guarigione;

Stato generale soddisfacente. Il paziente deve essere apiretico, non deve avere complicazioni che richiederebbero la prosecuzione della cura in ambiente ospedaliero, e deve essere stabile dal punto di vista cardiocircolatorio.

All'atto della dimissione, il paziente dovrà essere sottoposto al set di prestazioni specificato nella seguente tabella 3).

Tabella 3)

Tipo di intervento	Figura professionale	Prestazione erogata
Cardiologico	Cardiologo	<ul style="list-style-type: none"> • Esame obiettivo • Controllo ferite • Medicazione • Controllo eventuali complicazioni • G

		<ul style="list-style-type: none"> • Rx torace • Ecocardiogramma • Prescrizione terapia farmacologica • Test dei 6 minuti • Test cardiopolmonare • Relazione su indicatori di outcome • Impostazione del training fisico • Suggerimenti sullo stile di vita e sulle attività • Lettera informativa al medico curante
Nutrizionale	Dietista	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrizione dieta personalizzata
Psicologico	Psicologo	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione psicologica • Counseling specifico

6. Documentazione

All'atto dell'invio del paziente presso la Casa di Cura "Villa Serena", dovrà essere compilata da parte della struttura inviante (solitamente la Cardiocirurgia del Lancisi) una scheda secondo lo schema di cui all'allegato 1 del presente atto, che al momento dell'ammissione sarà inserita nella cartella clinica.

La cartella clinica dovrà essere redatta sulla base dei requisiti di accreditamento punto 5 (dal requisito 16 al requisito 34) di cui alla D.G.R. 1889 ME/SAN del 31/07/2001, nella quale dovrà trovare evidenza il timing di prestazioni di cui alla tabella 1) del paragrafo 5 nonché il set di prestazioni da erogare all'atto della dimissione secondo quanto previsto dalla tabella 2) del paragrafo 5. A tal proposito è il caso di specificare che la prestazione denominata *Relazione su indicatori di outcome*, deve intendersi riferita agli indicatori individuati per ognuna delle tipologie di pazienti nella *tabella 1* del paragrafo 2, da redigere secondo lo schema di cui all'allegato 2.

7. Coordinamento operativo

La caratteristica peculiare della continuità assistenziale fra il Presidio Monospecialistico Lancisi e la Casa di Cura "Villa Serena" pone la estrema necessità di un coordinamento operativo continuo che si traduce nella capacità di sintesi fra le esigenze organizzative e professionali delle due strutture.

A tal fine il Presidio Monospecialistico Lancisi designerà come responsabile del coordinamento operativo il responsabile della SOS di Cardiologia Riabilitativa del Presidio Lancisi, al quale saranno assegnate le seguenti funzioni:

- Raccogliere le problematiche emergenti sul percorso assistenziale rilevate dalle due strutture;
- Convocare e coordinare gruppi di lavoro per problem solving e progetti di miglioramento;
- Proporre alle Direzioni delle due strutture le soluzioni alle criticità emergenti;

Il responsabile del coordinamento operativo effettuerà almeno due accessi settimanali presso la Casa di Cura, allo scopo di:

- impostare il programma riabilitativo personalizzato dei pazienti che verranno inviati a Villa Serena con il Primario di Cardiocirurgia e con i colleghi durante la fase postoperatoria;
- attuare il programma riabilitativo già impostato con il Cardiologo responsabile di Villa Serena e i medici coinvolti nel programma riabilitativo;
- suggerire eventuali variazioni dell'impostazione terapeutica proposta dai sanitari di Villa Serena nei casi in cui sia ritenuto necessario, al fine di ottimizzare il percorso clinico;
- prescrivere un programma terapeutico domiciliare per i pazienti dimessi, al fine di impostare il percorso riabilitativo ambulatoriale;
- organizzare riunioni interne con il personale del Reparto di Riabilitazione Cardiologica, ogni qualvolta si sia ritenuto necessario discutere sul percorso clinico dei pazienti, di problematiche organizzative, cliniche e didattiche;

88

- effettuare valutazioni diagnostiche nei pazienti a maggiore complessità o che presentino complicazioni durante la degenza;
- attivare i laboratorio di ergospirometria al fine di valutare la capacità funzionale dei pazienti sottoposti a riabilitazione, valutare l'efficacia del programma e prescrivere l'intensità di esercizio del programma riabilitativo nella fase di degenza e nella successiva fase ambulatoriale dopo la dimissione da Villa Serena.

Con cadenza annuale, il responsabile del coordinamento operativo redigerà una relazione descrittiva dell'attività svolta, da illustrare in una riunione con le Direzioni del Presidio Monospecialistico Lancisi, della Zona Territoriale n° 5 di Jesi, della Casa di Cura "Villa Serena" e gli attori professionali coinvolti nel percorso assistenziale.

8. Controllo prestazioni sanitarie

Il controllo delle prestazioni sanitarie rappresenta un fondamentale momento di verifica finalizzato al processo di miglioramento continuo della qualità del servizio.

L'ambito di azione di tale attività è principalmente la verifica della documentazione sanitaria, e sarà effettuata attraverso l'analisi della coerenza tra l'atteso, cioè il prefigurato dal profilo assistenziale di cui alle tabelle 1) e 2) del precedente paragrafo 5, e l'osservato nella documentazione sanitaria, che dovrà coinvolgere almeno il 10% delle cartelle cliniche prodotte in ragione di anno.

Stante la sostanziale unicità della struttura inviante (Presidio Monospecialistico Lancisi) e della struttura erogante (Casa di Cura "Villa Serena"), la titolarità dei controlli è posta a carico del committente, cioè il Presidio Monospecialistico Lancisi, che a tal fine designerà il responsabile del coordinamento operativo di cui al precedente paragrafo 7. Tale attività verrà svolta attraverso accessi diretti presso la struttura erogante, cioè la Casa di Cura "Villa Serena".

Per ogni cartella clinica esaminata verrà redatto un verbale di verifica secondo lo schema di cui all'allegato 3 del presente atto, sottoscritto dal medico designato dal Presidio Monospecialistico Lancisi, dal Direttore Sanitario della Casa di Cura "Villa Serena" e dal Responsabile della CRI della casa di Cura stessa, o suo delegato.

Eventuali cartelle cliniche oggetto di disaccordo valutativo, saranno sottoposte ad un collegio formato dai tre suddetti sanitari, integrato da un sanitario designato dalla Zona Territoriale n° 5. Le decisioni verranno assunte a maggioranza, con la specifica che in caso di parità, prevale il giudizio del medico designato dal Presidio Monospecialistico Lancisi.

I verbali originali di verifica saranno trasmessi alla Zona Territoriale n° 5, anche ai fini della liquidazione contabile dei corrispettivi economici, che terrà conto delle eventuali giornate di degenza da non assoggettare a pagamento rilevabili dai verbali medesimi.

Copia dei verbali sarà trattenuta a cura della Direzione Sanitaria della Casa di cura "Villa Serena".

9. Tariffa e piani delle prestazioni

L'attività clinica assistenziale dei pazienti post-cardiochirurgici è afferente al livello ospedaliero e, nelle ipotesi di ulteriori atti finalizzati ad una specifica codificazione, viene assegnato il codice disciplina 56. La tariffa alla quale fare riferimento è quella della D.G.R. n° 1321 del 16/07/2002, pari a € 226,6 per giornata di degenza.

Il volume economico derivante dall'attivazione di tale livello di trattamento presso la Casa di cura "Villa Serena" sarà definito annualmente in sede di accordo regionale con le Case di Cura multispecialistiche, e costituirà parte integrante del budget di struttura della predetta Casa di Cura, sul quale la Zona Territoriale n° 5 è competente secondo l'Accordo annuale del piano delle prestazioni.

Tabella. Indicatori di outcome alla dimissione e Classificazione in base allo Score.

Indicatori	Risultati ottenuti	Score
Ferite chirurgiche	Guarigione completa	Si=1 No=0
Capacità funzionale	Migliorata	No=0 <10%=1 10-20%=2 >20%=3
Turbe del ritmo	Assenti	Assenti=1 Presenti=0
Funzione ventricolare sinistra	Normale	Si=1 No=0
Fattori di rischio coronarico	Controllo	Ottimale=2 Discreto=1 Insufficiente=0
Sindrome postpericardiotomica	Assente	Assente=1 Presente=0

Somma dei singoli Score

Score = 9 : risultato ottimale

Score tra 6 e 9 : risultato buono

Score tra 4 e 6 : risultato discreto

Score tra 2 e 4 : risultato sufficiente

Score < 2 : risultato insufficiente



Stampa: UNITA' CARDIOLOGICA
 15/11/2011
 Firmato: Sergio Lamberti

Handwritten signature.

Handwritten notes: T-SITLUS...
 [Signature]

Stampa: DIRETTORE UO ZONA
 Dott. Carlo Ugione

Handwritten initials.