

**ACCORDO PER L'AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA  
"STUDIO ASSOCIATO GORRIERI E PROIETTI" DEL PIANO DI PRESTAZIONI  
SPECIALISTICHE DI ODT PER L'ANNO 2012.**

**TRA**

**L'AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE - AREA VASTA N° 2 di Fabriano**

rappresentata dal Direttore Ing. Maurizio Bevilacqua

**E**

**LO STUDIO ASSOCIATO GORRIERI E PROIETTI** nella persona del Prof. Oliviero Gorrieri

per la stipula del seguente piano di prestazioni da valere per l'anno 2012.

**PREMESSO**

- A) che la struttura è presente sul territorio dell' **Area Vasta n. 2** con la struttura ubicata ad Ancona in Via Maratta n.8 bis;
- B) che la struttura ha ottenuto l'accreditamento istituzionale con Provvedimento n. 75 del 14.2.2003 e regolarmente rinnovato (accreditamento per l'erogazione di prestazioni ODT oggetto del presente accordo);
- C) che la struttura eroga prestazioni di odontoiatria a norma del DPR n.119/88 – "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con professionisti convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale per l'erogazione di prestazioni specialistiche sanitarie nei loro studi privati, ai sensi dell'art.48 della legge 23/12/78 n.833" – a seguito di specifico accordo con la ex USL 12 di Ancona ai sensi del D.G.R. n.° 7450 del 21/12/87
- D) 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;
- E) che per l'esercizio dell'attività di ODT oggetto della presente convenzione trovano applicazione, per quanto non previsto dalle norme specifiche, la normativa nazionale e regionale disciplinante in via generale l'attività degli studi odontoiatrici privati accreditati e la tenuta in esercizio degli stessi;

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
DOTT. O. GORRIERI-DOTT. P. PROIETTI  
Via B. 60123 ANCONA



F) che, in particolare per la disciplina dell'attività di ODT si richiamano le norme di legge vigenti in materia.

Premesso quanto sopra le parti convengono e stipulano quanto segue :

## ART. 1

### Oggetto del contratto

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

Le parti convengono che il budget assegnato per l'anno 2012 è pari ad **Euro 74.550** al netto del ticket per le attività effettuate per i residenti nella ex Zona Territoriale n. 7 e nel territorio della Regione Marche ed al netto della ritenuta di acconto e del versamento all'EMPAM per tale struttura, così come previsto nel preaccordo sottoscritto tra le parti in data 3/2/2009, prot. 11008, come da allegato a). Tale budget è comprensivo di una quota di € 1.050 per un progetto sperimentale di prevenzione e trattamento dei disordini cranio-mandibolo-posturali.

Pertanto il budget di partenza assegnato alla struttura per l'anno 2012 è pari a 74.550, in attesa che il Servizio Salute proceda secondo quanto previsto dalla DGR n.58 del 18/1/2010 che prevede:

al punto 1) ".....di confermare le indicazioni per la determinazione del budget 2009 delle strutture eroganti prestazioni ambulatoriali fornite dalla DGR 1804/2008 per le strutture di odontoiatria ..."

al punto 2) "...di prevedere con atti successivi o contestuali di rideterminare i criteri per la definizione dei budget 2009 per alcuni settori interessati da specifici accordi o provvedimenti in via di perfezionamento;..."

al punto 3) "...di considerare, in attesa di tali accordi o provvedimenti, come budget di partenza 2010 quelli derivanti dal punto 1) della DGR 1804/08 per l'attività di odontoiatria....."

Lo "Studio Gorrieri-Proietti" erogherà le medesime prestazioni, alle medesime condizioni e nei limiti della residua disponibilità di dotazione e mezzi, anche a pazienti residenti in altre Regioni italiane; esse verranno riconosciute dalla **AV 2** al di fuori dei tetti di spesa fissati nel presente atto con le stesse modalità e tariffe previste per le prestazioni agli assistiti della Regione Marche; la retribuzione di tali prestazioni è disciplinata dall'accordo regionale di riferimento, ed è in ogni caso subordinata al riconoscimento da parte delle regioni debentrici in sede di compensazione alla mobilità sanitaria.

Le prestazioni ambulatoriali vengono remunerate secondo il nomenclatore tariffario.

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



STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
DOTT. PROF. A. GORRIERI-DOTT. P. PROIETTI  
Via Marconi, 100 60129 ANCONA  
P.I. 02012900985

Le prestazioni rese per conto del SSN dovranno essere tariffate applicando uno sconto del 2%, ai sensi della L.27 dicembre 2006 pubblicata sulla G.U. n.299 del 27.12.2006, supplemento ordinario n.244, art.1, comma 796, lettera O.

Qualora la Regione Marche individui apposito tariffario che indichi tariffe già ridotte di tale sconto, le prestazioni rese dovranno essere tariffate con gli importi dalla Regione Marche così individuati.

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

## Art.2

### Prestazioni erogabili-Sistema tariffario

La Struttura eroga:

1. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica per le categorie di assistiti indicate nella DGRM 1323/2002 e DGRM n.165/2003, nel tetto massimo sopraindicato in base alle tariffe contemplate nello specifico D.Min.San. 22.7.1996 aggiornate con Deliberazione di GRM 1673 del 28/12/2004 e tenuto conto delle disposizioni della DGR 867/05.
2. Il complesso delle prestazioni erogabili nell'anno 2012 deve prevedere, rispetto a quanto erogabile previsto per le tipologie LEA, l'ordine prioritario di seguito esplicitato:

#### A) PRESTAZIONI DI ORTODONZIA PER L'ETA' EVOLUTIVA

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

- A) Diversamente abili collaboranti;
- B) Esente per reddito;
- C) Altri utenti LEA

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

**Tale numero è formalizzato congiuntamente entro massimo 300 pazienti.**

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

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

#### B) PROTESI FISSA E MOBILE

Le prestazioni di cui sopra vengono applicate nell'ambulatorio della Struttura, secondo liste di attesa che terranno conto prioritariamente di:

- A) Diversamente abili; Invalidi oltre i 2/3;
- B) Utenti ospiti presso le RSA;
- C) Esenti per reddito;
- D) Altri utenti LEA

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

#### C) ASSISTENZA DOMICILIARE ODONTOIATRICA

Progetto di assistenza odontoiatrica domiciliare per i pazienti valutati in ADI dalle



Unità Valutative della ex Z.T.7 – AV2 - , secondo il protocollo “assistenza Odontoiatrica Domiciliare” definito congiuntamente” di cui all'allegato **A1** (Completato dagli allegati A2 -A3-B).

- Progetto sperimentale di prevenzione e trattamento dei disordini cranio-mandibolo-posturali, come da Allegati **B1** e **C1**, con verifica al **31/12/2012**.

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

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

Il budget complessivo si intende insuperabile, salvo accordo sottoscritto o diverse determinazioni regionali, ma all'interno di questo, sulla base delle esigenze dell'utenza, è possibile compensare gli importi assegnati per ciascuna tipologia di prestazione LEA. Le prestazioni rese in favore di assistiti residenti fuori della Regione Marche saranno remunerate a parte, secondo i criteri della compensazione della mobilità extra regionale e loro eventuali modifiche ed integrazioni, e non rientrano nel budget assegnato.

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

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

Tale riepilogo dovrà indicare il totale dello sconto 2% previsto dalla Legge Finanziaria 2007 n.296 del 27.12.2006, all'art. 1, comma 796, lettera O.

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

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

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

### Art.3

#### Requisiti autorizzativi e di accreditamento

1. La Struttura è tenuta al rispetto dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie dal D. Lgs 502/92 e s.m. e i., dal DPR 14.1.97 e dalla L.R. 20/2000.
2. La Struttura si impegna altresì ad adeguare la propria attività agli ulteriori requisiti che saranno eventualmente determinati dalla Regione ai fini dell'accreditamento di cui all'articolo 8 quater del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.



STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
DOTT. PROF. A.C. O. GONNIGERI-DOTT. P. PROIETTI  
Via Maratta, 8 60123 ANCONA

3. La Struttura si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni, delle attività e dei servizi di cui al presente accordo con una dotazione di personale:
  - del ruolo sanitario, con titoli e specialità come da normative vigenti
  - tecnico ed amministrativo come da disposizioni nazionali vigenti .
4. Questa **Area Vasta 2 – U.O. Convenzioni e Prestazioni, Via C.Colombo n.106, Ancona** si riserva il diritto di compiere, in ogni tempo e senza comunicazione preventiva, ispezioni e controlli per verificare il mantenimento e il rispetto dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e dell' appropriatezza delle prestazioni erogate di cui ai commi precedenti.

#### ART. 4

##### Standards di qualità

I requisiti e gli standards di qualità da osservarsi per l' erogazione delle prestazioni, sono quelli stabiliti dalle norme nazionali e regionali in materia di prestazioni specialistiche di ODT, dai Manuali di Autorizzazione ed Accreditamento adottati dalla Regione Marche, nonché dagli

accordi quadro regionali con le rappresentanze di categoria raggiunti per l' anno di riferimento o in mancanza, dall'ultimo accordo sottoscritto.

In ogni caso la Struttura trasmetterà, alla stipula del presente accordo ed a fine anno 2012, **all'Area Vasta. n.2 – U.O. Convenzioni e Prestazioni – Via C.Colombo n.106 – Ancona** - , un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato distinto per qualifica e attività., e comunque invierà una volta l' anno un riepilogo di tutto il personale che ha effettivamente operato nella struttura medesima.

#### Art.5

##### Sistema per il miglioramento della qualità

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

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



STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
DOTT. PROF. A.C. O. GORRIERI-DOTT. P. PROIETTI  
Via Maratta, 8 60123 ANCONA  
P.I. 01102430426

## ART. 6

### Contabilizzazione

La Struttura si impegna ad inviare mensilmente **all'Area Vasta n. 2 – U.O. Convenzioni e Prestazioni, Via C.Colombo n.106, Ancona** - la contabilità mensile con distinzione per Zone di residenza del paziente.

Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dalla fattura commerciale;
- b) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- c) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni effettuate a pazienti extraregionali, che dovrà indicare il totale ammontare dello sconto 2% previsto dalla Legge Finanziaria 2007 n.296 del 27.12.2006, come sopradetto;
- d) dal riepilogo finale del File C come individuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria inviato mediante trasmissione telematica;
- e) dagli originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità.

La liquidazione e pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo sanitario e contabile, entro novanta giorni dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 5), sempre se la struttura privata avrà presentato una fatturazione mensile corrente o pregressa per l'attività espletata superiore all'importo da corrispondere a titolo di acconto. In caso contrario si pagherà la fattura per intero. In caso di ritardato pagamento dal 91° giorno decorreranno gli interessi nella misura del T.U.R., dal 181° giorno fino al 360° sarà dovuto il tasso di mora in misura del 4,50%, a partire dal 361° giorno in poi il tasso di mora sarà del 6,50%.

Il conguaglio finale sarà eseguito dalla **Area Vasta n. 2 – U.O. Convenzioni e Prestazioni, Via C.Colombo n.106, Ancona**, a favore della Struttura accreditata entro il 31 marzo dell'anno successivo.

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

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



STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
DOTT. PROF. A.C. O. GORRIERI-DOTT. P. PROIETTI  
Via Maratta, 8 60123 ANCONA  
PI 01102430426

## ART. 7

### Flussi informativi

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

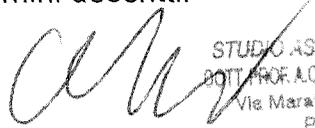
In merito alla resa del debito informativo relativo alle prestazioni erogate (File C), previsto dai tracciati unici regionali ex art. 50, comma 11, Legge 326/2003, da inviarsi, mediante sistema di trasmissione telematica, all'Agenzia Sanitaria Regionale, entro il giorno 7 del mese successivo a quello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

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

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

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

- la struttura è tenuta al rispetto delle indicazioni regionali e nazionali in ordine alle modalità di compilazione della documentazione sanitaria;
- la struttura raccoglie e registra nel rispetto della tutela della privacy le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella certificazione clinica e/o in altra documentazione amministrativa e clinica; è altresì assicurato il rispetto delle indicazioni e delle modalità di codifica e di trasmissione – anche in via informatica – fornite dal competente ufficio di competenza salute;
- Funzionari e incaricati dell' **Area Vasta 2** possono compiere, con preavviso non inferiore alle 48 ore lavorative, controlli ispirati a criteri di imparzialità e obiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con il Legale Rappresentante della struttura e con l'eventuale assistenza dei responsabili della documentazione in oggetto. Le modalità di controllo rispondono ai principi e alle linee guida fornite dalla Regione con DGRM 1212/04;
- Su richiesta scritta degli addetti al controllo deve essere rilasciata copia fotostatica della certificazione sanitaria, ovvero della documentazione oggetto di contenzioso;
- Qualora i rilievi non siano accolti, il Rappresentante Legale della struttura o suo delegato, potrà inoltrare entro 30 giorni le proprie contro-deduzioni alla **Area Vasta 2**. Nel caso in cui il controllo duri più giornate, i 30 giorni decorreranno dall'ultimo giorno di controllo. Non saranno prese in considerazione, ai fini del procedimento, le contro-deduzioni inviate oltre i termini descritti.



STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
DOTT. PROF. A.C. O. GORRIERI-DOTT. P. PROIETT  
Via Maratta, 8 60123 ANCONA  
PI 01102430426

## ART. 8

### Contenzioso

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

## ART. 9

### Tutela della privacy

La Struttura accreditata, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati relativi all'oggetto del presente accordo, si impegna a trattare i dati, di cui è titolare **l'Area Vasta n. 2 – U.O. Convenzioni e Prestazioni, Via C.Colombo n.106, Ancona**, e dei quali venga a conoscenza in esecuzione del contratto e nell'effettuazione delle operazioni e dei compiti ad essa affidati, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, di cui al D.Lgs. n.196 del 30.06.2003 e s.m.i..

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

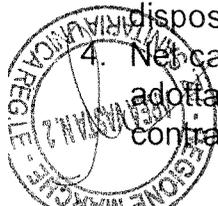
La Struttura accreditata assicura, in ogni caso, espressamente, che non effettuerà operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Ente committente, senza preventivo consenso dell'Ente stesso, laddove non rientrino tra quelle espressamente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

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

## Art. 10

### Durata

1. Il presente accordo ha validità dal 01/01/2012 al 31/12/2012.
2. L'accordo è redatto in duplice copia, una per ciascun contraente.
3. Per quanto non espressamente previsto dal presente contratto, si rinvia alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.
4. Nel caso in cui siano emanate norme legislative o regolamentari ovvero qualora siano adottati atti amministrativi o linee guida regionali incidenti sul contenuto del presente contratto, lo stesso deve ritenersi conseguentemente modificato ed integrato.



*[Signature]* STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA

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

## ART. 11

### Disposizioni transitorie e finali

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

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

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

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

La sottoscrizione da parte dell' **Area Vasta 2** diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente all'approvazione dell'accordo stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR e del relativo controllo da parte della Giunta Regionale Marche ai sensi dell'art. 28 della L.R. n. 26/96.

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

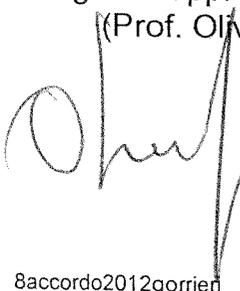
Nelle more della definizione dell'iter procedurale del piano delle prestazioni, al fine di assicurare la continuità nella erogazione del servizio, l' **Area Vasta 2**, sul piano dei rapporti economici, agirà conseguentemente alle disposizioni proprie della gestione provvisoria.

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

Il 26/04/2012

STUDIO ASSOCIATO GORRIERI E PROIETTI  
Il Legale Rappresentante della Struttura  
(Prof. Oliviero Gorrieri)

AREA VASTA N. 2  
Il Direttore  
(Ing. Maurizio Bevilacqua)

  
STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
DOTT. PROF. A.C.O. GORRIERI-DOTT. P. PROIETTI  
Via Maratta, 8 60123 ANCONA  
P.I. 01102430426



8accordo2012gorrien



ALLEGATO 00)

Prot. 11008

Ancona li 03/02/2008

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

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

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

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

### LE PARTI CONVENGONO

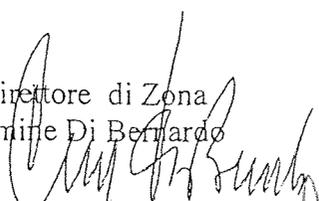
di ripartire il budget attualmente assegnato allo Studio Associato di Odontoiatria "Gorrieri-Proietti" di Ancona, pari ad €106.500,00, al netto del ticket, per le attività effettuate per i residenti nella ZT7 e nelle Zone Territoriali della Regione Marche, comprensivo di quota di € 1500 per un progetto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

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

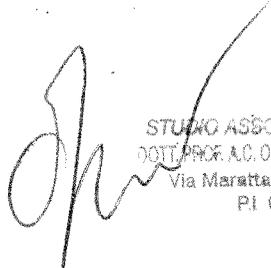
Il Legale Rappresentante  
Prof. Oliviero Gorrieri



Il Direttore di Zona  
Carmine Di Bernardo



STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
DOTT. PROF. A.C. O. GORRIERI-DOTT. P. PROIETTI  
Via Maratta, 8 60123 ANCONA  
PI 01102430426



1



102

## ALLEGATO A1

ASUR – AV 2 – EX Z.T.N. 7

**STRUTTURA ACCREDITATA**  
**“STUDIO ASSOCIATO dr GORRIERI – dr.ssa PROIETTI”**  
**(completato dagli allegati A2 – A3 – B)**

● **PROTOCOLLO ASSISTENZA ODONTOIATRICA DOMICILIARE**

**Art. 1: oggetto**

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

**Art. 2: assistiti inseriti in ADI**

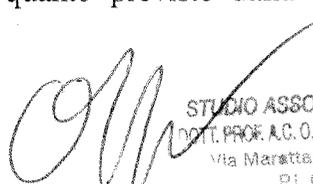
Per usufruire dell'assistenza odontoiatrica domiciliare l'assistito residente o domiciliato nella ex Z.T. 7 deve essere già inserito in ADI e deve appartenere alle categorie di assistiti per le quali è garantita l'assistenza odontoiatrica in “regime LEA” ai sensi delle DGRM 1323/2002, 165/2003 e successive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

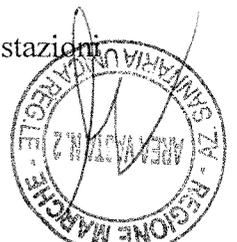
Per attivare l'assistenza odontoiatrica domiciliare è necessario che il MMG formuli la richiesta di visita specialista odontoiatrica domiciliare su ricettario regionale specificando che il pz è in ADI ed è esente ticket; pur essendo vero che per la branca specialistica di odontoiatria la normativa vigente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

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

L'odontoiatra inviato a domicilio dallo Studio Gorrieri:

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

  
STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
DOTT. PROF. A.C. O. GORRIERI-DOTT. P. PROIETTI  
Via Maratta, 8 60123 ANCONA  
P: 0510243042R



Lo Studio Gorrieri provvede ad effettuare le prestazioni a domicilio

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

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

### **Art. 3: assistiti ospiti di Residenze Protette**

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

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

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

Lo Studio Gorrieri, nei limiti di quanto previsto dall'art.1 del Piano delle Prestazioni anno 2012 (10% di prestazioni ripartite per il progetto di assistenza odontoiatrica domiciliare per un importo massimo di € 7.455,00), per le prestazioni erogate a domicilio dell'assistito ha diritto a un *compenso orario aggiuntivo (definito "accesso")* da *sommare* alla tariffa della prestazione ambulatoriale prevista dal DM 22/7/96.

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

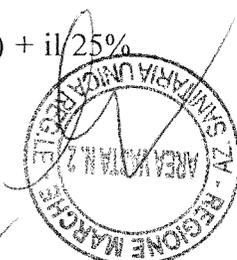
L'accesso per la prima visita viene calcolato una sola volta per ogni ciclo di terapia così come programmato alla visita stessa.

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

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

esempi:

- A) visita (cod. 89.7): tariffa € 16,50; accesso 90'  
+  
detartrasi (cod. 96.54.1): tariffa € 9,70; accesso 90'



STUDIO ASSOCIATO DI ODONTOIATRIA  
DOTT. M.F. G. O. GORRIERI-DOTT. P. PROIETTI  
Via Maratta, 8 60123 ANCONA  
PI 01102430426

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

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

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

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

#### Art. 5: compenso per prestazioni erogate in Residenze Protette

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

#### Art. 6: prestazioni protesiche

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

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

Gli accessi calcolati ai sensi degli art. 4 e 5 sono comprensivi anche delle spese sostenute con il proprio mezzo di trasporto per effettuare interventi domiciliari nel territorio del Comune di Ancona; per gli interventi domiciliari effettuati in altri Comuni appartenenti all'AV 2 - ex Z.T. 7 - è previsto un rimborso chilometrico secondo modalità e parametri già adottati per il personale dipendente dell'AV 2 - ex Z.T. 7 -; si precisa che anche i rimborsi chilometrici concorrono al totale dei compensi che debbono rientrare nei limiti previsti dall'art.1 del Piano delle Prestazioni anno 2012.



8allegato Algorrieri

STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
DOTT. PROF. A.C. O. GORRIERI-DOTT. P. PROIETTI  
Via Maratta, 8 60123 ANCONA  
051.831024/331595

Regione Marche  
Azienda Sanitaria Unica Regionale

**Zona Territoriale n. 7 – Ancona**  
Via C.Colombo, 106 60127 ANCONA – Tel. 071 87051  
Codice Fiscale e Partita IVA 01392080428

Servizio Odontoiatria Domiciliare

SCHEDA CLINICO-ANAMNESTICA  
a cura del MMG

Dati assistito:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

cod. reg./c.f.: \_\_\_\_\_

invalido civile:  100%  >2/3  altre invalidità \_\_\_\_\_

estremi documento invalidità \_\_\_\_\_

tutore per consenso informato \_\_\_\_\_

referente per eventuali informazioni amministrative e/o sanitarie:

\_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

Condizioni di rischio per trattamenti odontoiatrici ambulatoriali:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> insuff. cardiaca avanzata (cl. NYHA III o IV)  | <input type="radio"/> ipotensione  |
| <input type="radio"/> ev. ischem. coronar. acuto negli ultimi 6 mesi | <input type="radio"/> facilità shock vagale                                    |
| <input type="radio"/> cardiopatia ischemica                          | <input type="radio"/> grave insufficienza respiratoria                         |
| <input type="radio"/> gravi aritmie                                  | <input type="radio"/> grave ipertiroidismo                                     |
| <input type="radio"/> ipertensione                                   | <input type="radio"/> HBV <input type="radio"/> HCV                            |
| <input type="radio"/> ter. anticoagul. orale (TAO)                   | <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> TBC                            |
| <input type="radio"/> ter. antiaggregante piastrinica                | <input type="radio"/> altre m. infettive _____                                 |
| <input type="radio"/> pacemaker                                      | <input type="radio"/> immunodepressione  |
| <input type="radio"/> necessità profilassi antibiotica               | <input type="radio"/> diatesi emorragica                                       |
| <input type="radio"/> diabete insulino-dipendente                    | <input type="radio"/> grave anemia   |
| <input type="radio"/> insufficienza renale grave                     | <input type="radio"/> allergia ad anestetici locali                            |
| <input type="radio"/> crisi asmatiche                                | <input type="radio"/> allergia a farmaci o altre sostanze (specificare): _____ |
| <input type="radio"/> crisi epilettiche                              |  |

Altre condizioni di rischio o controindicazione al trattamento odontoiatrico:

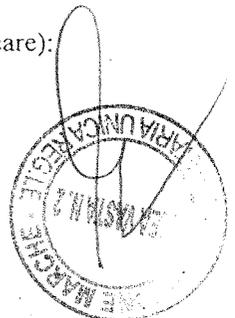
soggetto non collaborante  soggetto scarsamente collaborante  ipovedenza  ipoacusia

Stato di lucidità mentale:  assenza lieve  assenza grave

data compilazione \_\_\_\_\_

Il medico curante/compilatore

STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
DOCT. PROF. A.C. O. GORRIGERI-DOCT. P. PROIETTI  
Via Marzetta, 8 60123 ANCONA



ALLEGATO A3

SCHEDA ODONTOIATRICA a cura dell'odontoiatra

dr \_\_\_\_\_

data visita \_\_\_\_\_

Condizioni del cavo orale: presenza di:

gengivite

parodontopatia:  lieve  grave

ipersensibilità al caldo/freddo di cibi/bevande

per cui si consiglia:

igiene orale quotidiana con spazzolamento

risciacqui orali con \_\_\_\_\_

applicazione di fluorò con \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ sedute di igiene professionale

altro \_\_\_\_\_

PATOLOGIA ODONTOSTOMATOLOGICA

Ex = denti da estrarre/protesi fisse da rimuovere

R = residui radicolari da togliere

C = denti cariati da curare

Protesi mobile superiore:

nuova  da riparare  da ribasare  da rifare

Protesi mobile inferiore:

nuova  da riparare  da ribasare  da rifare

presenza di decubiti/lesioni da sorvegliare in zona:

\_\_\_\_\_

profilassi antibiotica: \_\_\_\_\_

sospensione terapia anticoagulante \_\_\_\_\_

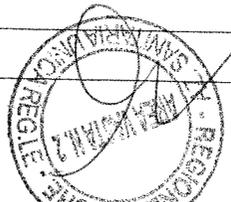
terapia antidolorifica \_\_\_\_\_

altro: \_\_\_\_\_

Diario clinico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*de*



*P. Proietti*

S. ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
DOTT. PROF. A.C. O. GORRIERI-DOTT. P. PROIETTI  
Via Maratta, 8 - 60123 ANCONA

L'odontoiatra

ALLEGATO B

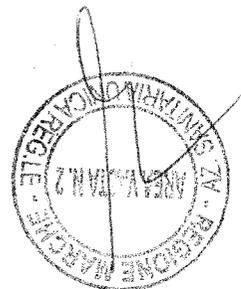
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE EROGABILI A DOMICILIO:  
TARIFFE, TEMPI DI ACCESSO

- CONSERVATIVA -

PRESTAZIONE	COD. PRONT.	EURO	ACCESSO
VISITA	89.7	16.50	90'
DETARTRASI/ULTRASUONI	96.54.1	9.70	90'
LEVIGATURA DELLE RADICI (per quadrante)	24.39.1	23.20	90'
OTTURAZIONE A 2 SUPERFICI	23.21	18.60	120'
OTTURAZIONE A 3 SUPERFICI	23.22	34.90	150'
MOLAGGIO SELETTIVO (x seduta)	23.49.1	16.30	90'
TERAP.CANAL.IN D.MONOR. (esclusa ricostruz.)	23.71.1	34.90	120'
TERAP.CANAL. IN D.PLUR. (esclusa ricostruz.)	23.71.2	53.50	150'

- CHIRURGIA -

PRESTAZIONE	COD.	EURO	ACCESSO
ESTRAZIONE CHIRURGICA DENTE	23.19	30.20	150'
ESTRAZIONE DENTE PERMANENTE	23.09	16.30	90'
ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA	23.11	16.30	120'
SUTURA LACERAZIONE DEL LABBRO	27.51	19.50	90'
SUT. LACER. ALTRA PARTE BOCCA	27.52	19.50	90'
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA BOCCA SENZA INCISIONE	98.01	8.40	90'
RIMOZIONE SUTURA (medicazione)	96.59	13.90	90'



- PROTESI -

23.43.2 INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE

EURO	ACCESSO
81.30(*)	600' (**)

(\*) = tariffa totale del trattamento per arcata

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

23.43.3 INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA MOBILE

EURO	ACCESSO
16.30(*)	450' (**)

(\*) = tariffa totale del trattamento per arcata

(\*\*) = tempo totale comprensivo delle seguenti fasi di trattamento separate:  
impronta - masticazione – consegna – n. 2 controlli/ritocchi

23.43.1 INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE

EURO	ACCESSO
129.10(*)	750' (**)

(\*) = tariffa totale del trattamento per arcata

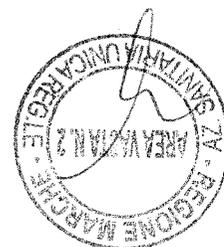
(\*\*) = tempo totale comprensivo delle seguenti fasi di trattamento separate:  
prima impronta – seconda impronta – masticazione – prova – consegna – n. 4  
controlli/ritocchi

97.35 RIMOZIONE PROTESI DENTALE (per elemento)

EURO	ACCESSO
6.50	90'

99.97.2 TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE:

	EURO	ACCESSO
a) Ribasamento diretto:	13.40(*)	90'



STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
DOTT. PAOL. A.C. O. GORRIERI - DOTT. P. PROIETT  
Via Maratta, 8 60123 ANCONA  
PI 01102430426

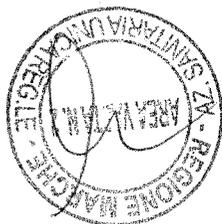
PROGETTO SPERIMENTALE DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEI DISORDINI  
CRANIO-MANDIBOLO-POSTURALI

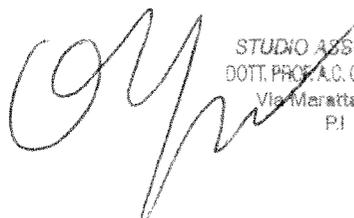
H) DIAGNOSI E TERAPIA ELETTRO-MYO KINESIOGRAFICA DELLE  
DISTURBI CRANIO-MANDIBOLO POSTURALI

	PRESTAZIONE	COD PRONTUARIO	IMPORTO
H1)	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	93.01.1	12,90
H2)	VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA	93.01.2	7,70
H3)	VALUTAZIONE ORTOTTICA	93.02	7,70
H4)	VALUTAZIONE PROTESICA	93.03	7,70
H5)	VALUTAZ. MAN. FUNZ. MUSCOL.	93.04.1	11,60
H6)	TEST POSTUROGRAFICO	93.05.4	8,00
H7)	TEST STABILOMETRICO STAT-DIN	93.05.5	9,70
H8)	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE	93.08.1	10,30
H9)	ELETTROMIOGRAFIA ANALGICA (per sed. Ciclo 10 s)	93.39.5	3,00
H10)	POLIGRAFIA	89.15.6	46,50
H11)	STIMOLAZIONE RIPETITIVA	93.08.6	10,30
H12)	INEZIONE ANESTET. NERVO PERIFER. PER ANALGESIA (escluso anest. Per ml.)	04.81.2	15,50
H13)	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACIALE	76.01	21,70
H14)	RIDUZ. CHIUSE DI LUSS. ATM	76.93	27,90
H15)	INEZ SOST. TERAP. IN ATM	76.96	27,90

MANUFATTI E MATERIALI

H1)	MODELLI IN GESSO PREPARATI CON PARABOLOIDE PER ESAME ELETTRO- MYO-KINESIOGRAFICO	154,94
H2)	MODELLI PER ESAME ELETTROMIOGRAFICO	77,47
H3)	SET MYO-TRODES PER TENS DEI MUSCOLI FACIALI	51,65
H4)	MODELLI PER MOLAGGIO SELETTIVO (per seduta)	51,65
H5)	SHAFFIRE PER REGISTRAZ. INTEROCCLUS. COMPUTERIZZ.	77,47
H6)	ORTOTTICO MYO-FUNZIONALE	309,87



  
 STUDIO ASSOC. DI ODONTOIATRIA  
 DOTT. PROF. A.C. O. CORRIERI - DOTT. P. PROIETTI  
 Via Maratta, 8 60123 ANCONA  
 P.I. 01102430426

102

## ALLEGATO C1

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

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

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

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

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

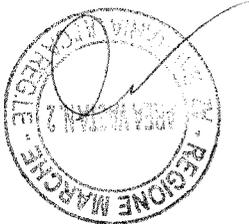
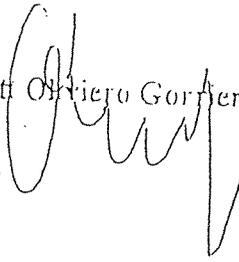
Altro esempio in cui questa metodica consente di ottenere risultati impensabili con altre tecniche, è quello delle patologie algico disfunzionali



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

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

Dot. Olyvio Gorrieri



STUDIO ASSOC. DI DONTOLATRI  
DOTT. PROF. C. O. GORRIERI - DOTT. P. PROIETTI  
Via M. ... 8 60123 ANCONA  
PI 01102430426

**ACCORDO PER L'AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA  
"SOC.POLIMEDICAL SRL" DEL PIANO DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI ODT  
PER L'ANNO 2012.**

**TRA**

**L'AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE - AREA VASTA N° 2 di Fabriano**

rappresentata dal Direttore Ing. Maurizio Bevilacqua

**E**

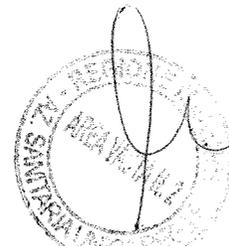
**LA SOC. POLIMEDICAL SRL** nella persona del Prof. Oliviero Guerrieri

per la stipula del seguente piano di prestazioni da valere per l'anno 2012.

**PREMESSO**

- A) che la struttura è presente sul territorio dell' **Area Vasta n. 2** con la struttura ubicata ad Ancona in Piazza Don Minzioni n.4;
- B) che la struttura ha ottenuto l'accreditamento istituzionale con Provvedimento n. 14 del 18.1.2006 e regolarmente rinnovato (accreditamento per l'erogazione di prestazioni di ODT, oggetto del presente accordo);
- 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 oggetto della presente convenzione trovano applicazione, per quanto non previsto dalle norme specifiche, la normativa nazionale e regionale disciplinante in via generale l'attività degli studi odontoiatrici privati accreditati e la tenuta in esercizio degli stessi;
- E) che, in particolare per la disciplina dell'attività di ODT si richiamano le norme di legge vigenti in materia.

POLIMEDICAL SRL  
Piazza Don Minzioni n. 4  
ANCONA  
P IVA 01586480426



Premesso quanto sopra le parti convengono e stipulano quanto segue :

## ART. 1

### Oggetto del contratto

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

Le parti convengono che il budget assegnato per l'anno 2012 è pari ad **Euro 31.950** = al netto del ticket, e di eventuali altri oneri dovuti, per le attività effettuate per i residenti nella ex Zona Territoriale n. 7 e nel territorio della Regione Marche, così come previsto nel preaccordo sottoscritto tra le parti in data 3/2/2009, prot. 11008, come da allegato a). Tale budget è comprensivo di una quota di € 450 per un progetto sperimentale di prevenzione e trattamento dei disordini cranio-mandibolo-posturali.

Pertanto il budget di partenza assegnato alla struttura per l'anno 2012 è pari a 31.950, in attesa che il Servizio Salute proceda secondo quanto previsto dalla DGR n.58 del 18/1/2010 che prevede:

al punto 1) ".....di confermare le indicazioni per la determinazione del budget 2009 delle strutture eroganti prestazioni ambulatoriali fornite dalla DGR 1804/2008 per le strutture di odontoiatria ..."

al punto 2) "....di prevedere con atti successivi o contestuali di rideterminare i criteri per la definizione dei budget 2009 per alcuni settori interessati da specifici accordi o provvedimenti in via di perfezionamento;..."

al punto 3) "....di considerare, in attesa di tali accordi o provvedimenti, come budget di partenza 2010 quelli derivanti dal punto 1) della DGR 1804/08 per l'attività di odontoiatria....."

La struttura erogherà le medesime prestazioni, alle medesime condizioni e nei limiti della residua disponibilità di dotazione e mezzi, anche a pazienti residenti in altre Regioni italiane; esse verranno riconosciute dalla **AV 2** al di fuori dei tetti di spesa fissati nel presente atto con le stesse modalità e tariffe previste per le prestazioni agli assistiti della Regione Marche; la retribuzione di tali prestazioni è disciplinata dall'accordo regionale di riferimento, ed è in ogni caso subordinata al riconoscimento da parte delle Regioni debentrici in sede di compensazione alla mobilità sanitaria.

Le prestazioni ambulatoriali vengono remunerate secondo il nomenclatore tariffario.

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

Le prestazioni rese per conto del SSN dovranno essere tariffate applicando uno sconto del 2%, ai sensi della L.27 dicembre 2006 pubblicata sulla G.U. n.299 del 27.12.2006, supplemento ordinario n.244, art.1, comma 796, lettera O.

POLIMEDICAL S.p.A.  
P.zza Don Minzoni, 4  
ANCONA  
P. IVA 01586480439



Qualora la Regione Marche individui apposito tariffario che indichi tariffe già ridotte di tale sconto, le prestazioni rese dovranno essere tariffate con gli importi dalla Regione Marche così individuati.

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

## Art.2

### Prestazioni erogabili-Sistema tariffario

La Struttura eroga:

1. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica per le categorie di assistiti indicate nella DGRM 1323/2002 e DGRM n.165/2003, nel tetto massimo sopraindicato in base alle tariffe contemplate nello specifico D.Min.San. 22.7.1996 aggiornate con Deliberazione di GRM 1673 del 28/12/2004 e tenuto conto delle disposizioni della DGR 867/05.
2. Il complesso delle prestazioni erogabili nell'anno 2012 deve prevedere, rispetto a quanto erogabile previsto per le tipologie LEA, l'ordine prioritario di seguito esplicitato:

#### A) PRESTAZIONI DI ORTODONZIA PER L'ETA' EVOLUTIVA

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

- A) Diversamente abili collaboranti;
- B) Esente per reddito;
- C) Altri utenti LEA

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

**Tale numero è formalizzato congiuntamente entro massimo di 130 pazienti.**

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

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

#### B) PROTESI FISSA E MOBILE

Le prestazioni di cui sopra vengono applicate nell'ambulatorio della Struttura, secondo liste di attesa che terranno conto prioritariamente di:

- A) Diversamente abili; Invalidi oltre i 2/3;
- B) Utenti ospiti presso le RSA;
- C) Esenti per reddito;
- D) Altri utenti LEA

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

#### C) ASSISTENZA DOMICILIARE ODONTOIATRICA

- Progetto di assistenza odontoiatrica domiciliare per i pazienti valutati in ADI dalle Unità Valutative della **ex Z.T. 7 - AV 2 -**, secondo il protocollo "assistenza Odontoiatrica Domiciliare" definito congiuntamente di cui all'allegato **A1**

(Completato dagli allegati A2 -A3-B).

- Progetto sperimentale di prevenzione e trattamento dei disordini cranio-mandibolo-posturali, come da Allegati **B1** e **C1**, con verifica al 31/12/2012.

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

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

Il budget complessivo si intende insuperabile, salvo accordo sottoscritto o diverse determinazioni regionali, ma all'interno di questo, sulla base delle esigenze dell'utenza, è possibile compensare gli importi assegnati per ciascuna tipologia di prestazione LEA. Le prestazioni rese in favore di assistiti residenti fuori della Regione Marche saranno remunerate a parte, secondo i criteri della compensazione della mobilità extra regionale e loro eventuali modifiche ed integrazioni, e non rientrano nel budget assegnato.

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

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

Tale riepilogo dovrà indicare il totale dello sconto 2% previsto dalla Legge Finanziaria 2007 n.296 del 27.12.2006, all'art. 1, comma 796, lettera O.

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

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

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

### Art.3

#### Requisiti autorizzativi e di accreditamento

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

POLIMEDICAL S.p.A.  
Via Don Minzoni 4  
ANCONA  
P IVA 01596480426



4. Questa **Area Vasta 2 – U.O. Convenzioni e Prestazioni, Via C.Colombo n.106, Ancona** si riserva il diritto di compiere, in ogni tempo e senza comunicazione preventiva, ispezioni e controlli per verificare il mantenimento e il rispetto dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e dell' appropriatezza delle prestazioni erogate di cui ai commi precedenti.

#### ART. 4

##### Standards di qualità

I requisiti e gli standards di qualità da osservarsi per l' erogazione delle prestazioni, sono quelli stabiliti dalle norme nazionali e regionali in materia di prestazioni specialistiche di ODT, dai Manuali di Autorizzazione ed Accreditamento adottati dalla Regione Marche, nonché dagli accordi quadro regionali con le rappresentanze di categoria raggiunti per l' anno di riferimento o in mancanza, dall'ultimo accordo sottoscritto. In ogni caso la Struttura trasmetterà, alla stipula del presente accordo ed a fine anno 2012, **all'Area Vasta. n.2 – U.O. Convenzioni e Prestazioni – Via C.Colombo n.106 – Ancona** - , un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato distinto per qualifica e attività., e comunque invierà una volta l' anno un riepilogo di tutto il personale che ha effettivamente operato nella struttura medesima.

#### Art.5

##### Sistema per il miglioramento della qualità

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

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

#### ART. 6

##### Contabilizzazione

La Struttura si impegna ad inviare mensilmente **all'Area Vasta n. 2 – U.O. Convenzioni e Prestazioni, Via C.Colombo n.106, Ancona** - la contabilità mensile con distinzione per Zone di residenza del paziente.

Polinazione S.p.A.  
P.zza Don Minzori 4  
ANCONA  
P IVA 01566480426



Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dalla fattura commerciale;
- b) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- c) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni effettuate a pazienti extraregionali, che dovrà indicare il totale ammontare dello sconto 2% previsto dalla Legge Finanziaria 2007 n.296 del 27.12.2006, come sopradetto;
- d) dal riepilogo finale del File C come individuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria inviato mediante trasmissione telematica;
- e) dagli originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità.

La liquidazione e pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo sanitario e contabile, entro novanta giorni dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 5), sempre se la struttura privata avrà presentato una fatturazione mensile corrente o pregressa per l'attività espletata superiore all'importo da corrispondere a titolo di acconto. In caso contrario si pagherà la fattura per intero. In caso di ritardato pagamento dal 91° giorno decorreranno gli interessi nella misura del T.U.R., dal 181° giorno fino al 360° sarà dovuto il tasso di mora in misura del 4,50%, a partire dal 361° giorno in poi il tasso di mora sarà del 6,50%.

Il conguaglio finale sarà eseguito dall' **Area Vasta n. 2 – U.O. Convenzioni e Prestazioni, Via C.Colombo n.106, Ancona**, a favore della Struttura accreditata entro il 31 marzo dell'anno successivo.

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

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

## ART. 7

### Flussi informativi

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

POLIMEDICAL S.p.A.  
Piazza Don Minzoni 4  
ANCONA  
P. IVA 01588480436



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

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

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

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

- la struttura è tenuta al rispetto delle indicazioni regionali e nazionali in ordine alle modalità di compilazione della documentazione sanitaria;
- la struttura raccoglie e registra nel rispetto della tutela della privacy le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella certificazione clinica e/o in altra documentazione amministrativa e clinica; è altresì assicurato il rispetto delle indicazioni e delle modalità di codifica e di trasmissione – anche in via informatica – fornite dal competente ufficio di competenza salute;
- Funzionari e incaricati dell' **Area Vasta 2** possono compiere, con preavviso non inferiore alle 48 ore lavorative, controlli ispirati a criteri di imparzialità e obbiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con il Legale Rappresentante della struttura e con l'eventuale assistenza dei responsabili della documentazione in oggetto. Le modalità di controllo rispondono ai principi e alle linee guida fornite dalla Regione con DGRM 1212/04;
- Su richiesta scritta degli addetti al controllo deve essere rilasciata copia fotostatica della certificazione sanitaria, ovvero della documentazione oggetto di contenzioso;
- Qualora i rilievi non siano accolti, il Rappresentante Legale della struttura o suo delegato, potrà inoltrare entro 30 giorni le proprie contro-deduzioni alla **Area Vasta 2**. Nel caso in cui il controllo duri più giornate, i 30 giorni decorreranno dall'ultimo giorno di controllo. Non saranno prese in considerazione, ai fini del procedimento, le contro-deduzioni inviate oltre i termini descritti.

## ART. 8

### Contenzioso

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

POLIMEDICAL S.r.l.  
P.zza Don Minzioni 4  
ANCONA  
P IVA 01586480426



## ART. 9

### Tutela della privacy

La Struttura accreditata, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati relativi all'oggetto del presente accordo, si impegna a trattare i dati, di cui è titolare **l'Area Vasta n. 2 – U.O. Convenzioni e Prestazioni, Via C.Colombo n.106, Ancona**, e dei quali venga a conoscenza in esecuzione del contratto e nell'effettuazione delle operazioni e dei compiti ad essa affidati, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, di cui al D.Lgs. n.196 del 30.06.2003 e s.m.i..

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

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

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

## Art. 10

### Durata

1. Il presente accordo ha validità dal 01/01/2012 al 31/12/2012.
2. L'accordo è redatto in duplice copia, una per ciascun contraente.
3. Per quanto non espressamente previsto dal presente contratto, si rinvia alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.
4. Nel caso in cui siano emanate norme legislative o regolamentari ovvero qualora siano adottati atti amministrativi o linee guida regionali incidenti sul contenuto del presente contratto, lo stesso deve ritenersi conseguentemente modificato ed integrato.  
A tal fine ciascun contraente entro 30 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, potrà dichiarare di recedere dal contratto, a mezzo di formale comunicazione da notificare all'altra parte contraente .

   
P. 01/03/2012



## ART. 11

### Disposizioni transitorie e finali

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

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

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

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

La sottoscrizione da parte dell' **Area Vasta 2** diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente all'approvazione dell'accordo stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR e del relativo controllo da parte della Giunta Regionale Marche ai sensi dell'art. 28 della L.R. n. 26/96.

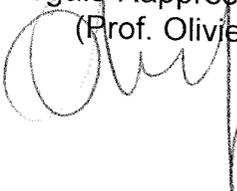
Le azioni di committenza definite nell'accordo, stanti le necessità di gestione e di continuità del servizio, trovano diretta ed immediata applicazione.

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

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

li, Aurea 26/04/2012

SOC. POLIMEDICAL SRL  
Il Legale Rappresentante della Struttura  
(Prof. Oliviero Gorrieri)

  
POLIMEDICAL S.r.l.  
P.zza Don Minzoni 4  
ANCONA  
P IVA 01566430426

AREA VASTA N. 2  
Il Direttore  
(Ing. Maurizio Bevilacqua)







ALLEGATO a)

Prot. 11008

Ancona li 03/02/2009

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

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

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

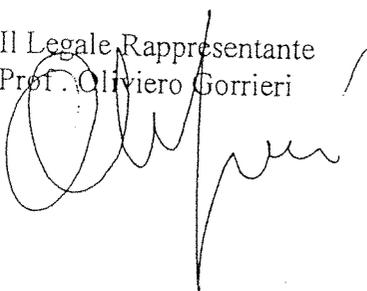
visti i pareri in merito della Regione Marche, espresso con nota prot.21686 SO4/OBB/CMM del 30/1/2008, e del Direttore Amministrativo ASUR, espresso con nota prot. 0008628 del 20/06/2008 ASUR/AAGG/P,

### LE PARTI CONVENGONO

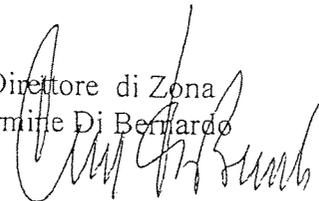
di ripartire il budget attualmente assegnato allo Studio Associato di Odontoiatria "Gorrieri-Proietti" di Ancona, pari ad €106.500,00, al netto del ticket, per le attività effettuate per i residenti nella ZT7 e nelle Zone Territoriali della Regione Marche, comprensivo di quota di € 1500 per un progetto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

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

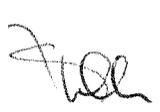
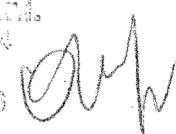
Il Legale Rappresentante  
Prof. Oliviero Gorrieri



Il Direttore di Zona  
Carmine Di Bernardo



POLIMEDICAL S.r.l.  
Piazza Don Minzioni 4  
ANCONA  
P IVA 01580430426



ASUR – AV 2 – EX Z.T. 7.

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

● **PROTOCOLLO ASSISTENZA ODONTOIATRICA DOMICILIARE**

**Art. 1: oggetto**

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

**Art. 2: assistiti inseriti in ADI**

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

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

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

L’odontoiatra inviato a domicilio dalla Struttura:

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

PROLIFERICO SRL  
Via Don Milani 4  
ANCONA  
P IVA 01598460428



La Struttura provvede ad effettuare le prestazioni a domicilio

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

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

### **Art. 3: assistiti ospiti di Residenze Protette**

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

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

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

La Struttura, nei limiti di quanto previsto dall'art.1 del Piano delle Prestazioni anno 2012 (10% di prestazioni ripartite per il progetto di assistenza odontoiatrica domiciliare per un importo massimo di € 3.195,00), per le prestazioni erogate a domicilio dell'assistito ha diritto a un *compenso orario aggiuntivo (definito "accesso")* da *sommare* alla tariffa della prestazione ambulatoriale prevista dal DM 22/7/96.

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

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

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

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

esempi:

- A) visita (cod. 89.7): tariffa € 16,50; accesso 90'  
+  
detartrasi (cod. 96.54.1): tariffa € 9,70; accesso 90'

POLIEDICAL S.p.A.  
P.zza Don Minzoni  
ANCONA  
P. IVA 01688480426



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

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

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

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

#### **Art. 5: compenso per prestazioni erogate in Residenze Protette**

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

#### **Art. 6: prestazioni protesiche**

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

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

Gli accessi calcolati ai sensi degli art. 4 e 5 sono comprensivi anche delle spese sostenute con il proprio mezzo di trasporto per effettuare interventi domiciliari nel territorio del Comune di Ancona; per gli interventi domiciliari effettuati in altri Comuni appartenenti alla AV 2 – ex Z.T. 7 - è previsto un rimborso chilometrico secondo modalità e parametri già adottati per il personale dipendente della AV 2 – ex Z.T. 7; si precisa che anche i rimborsi chilometrici concorrono al totale dei compensi che debbono rientrare nei limiti previsti dall'art.1 del Piano delle Prestazioni anno 2012.

8ALLEGATO A1 POLIMEDICAL

POLIMEDICAL S.N.L.  
Piazza San Minzoni 4  
ANCONA  
P IVA 01586480426



Regione Marche  
Azienda Sanitaria Unica Regionale

**Zona Territoriale n. 7 – Ancona**

Via C.Colombo, 106 60127 ANCONA – Tel. 071 87051  
Codice Fiscale e Partita IVA 01392080428

Servizio Odontoiatria Domiciliare

SCHEMA CLINICO-ANAMNESTICA  
a cura del MMG

Dati assistito:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

cod. reg./c.f.: \_\_\_\_\_

invalido civile:  100%  >2/3  altre invalidità \_\_\_\_\_

estremi documento invalidità \_\_\_\_\_

tutore per consenso informato \_\_\_\_\_

referente per eventuali informazioni amministrative e/o sanitarie:

\_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

Condizioni di rischio per trattamenti odontoiatrici ambulatoriali:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> insuff. cardiaca avanzata (cl. NYHA III o IV)  | <input type="checkbox"/> ipotensione  |
| <input type="checkbox"/> ev. ischem. coronar. acuto negli ultimi 6 mesi | <input type="checkbox"/> facilità shock vagale                                    |
| <input type="checkbox"/> cardiopatia ischemica                          | <input type="checkbox"/> grave insufficienza respiratoria                         |
| <input type="checkbox"/> gravi aritmie                                  | <input type="checkbox"/> grave ipertiroidismo                                     |
| <input type="checkbox"/> ipertensione                                   | <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV                         |
| <input type="checkbox"/> ter. anticoagul. orale (TAO)                   | <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> TBC                         |
| <input type="checkbox"/> ter. antiaggregante piastrinica                | <input type="checkbox"/> altre m. infettive _____                                 |
| <input type="checkbox"/> pacemaker                                      | <input type="checkbox"/> immunodepressione  |
| <input type="checkbox"/> necessità profilassi antibiotica               | <input type="checkbox"/> diatesi emorragica                                       |
| <input type="checkbox"/> diabete insulinodipendente                     | <input type="checkbox"/> grave anemia   |
| <input type="checkbox"/> insufficienza renale grave                     | <input type="checkbox"/> allergia ad anestetici locali                            |
| <input type="checkbox"/> crisi asmatiche                                | <input type="checkbox"/> allergia a farmaci o altre sostanze (specificare): _____ |
| <input type="checkbox"/> crisi epilettiche                              |   |

Altre condizioni di rischio o controindicazione al trattamento odontoiatrico:

soggetto non collaborante  soggetto scarsamente collaborante  ipovedenza  ipoacusia

Stato di lucidità mentale:  assenza lieve  assenza grave

data compilazione \_\_\_\_\_

POLICLINICAL S.p.A.  
Piazza Dei Minzoni 4  
ANCONA  
P IVA 01588480428



Il medico curante/compilatore \_\_\_\_\_

ALLEGATO A3

SCHEDA ODONTOIATRICA a cura dell'odontoiatra

dr \_\_\_\_\_

data visita \_\_\_\_\_

Condizioni del cavo orale: presenza di:

gengivite

parodontopatia:  lieve  grave

ipersensibilità al caldo/freddo di cibi/bevande

per cui si consiglia:

igiene orale quotidiana con spazzolamento

risciacqui orali con \_\_\_\_\_

applicazione di fluorù con \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ sedute di igiene professionale

altro \_\_\_\_\_

PATOLOGIA ODONTOSTOMATOLOGICA

Ex = denti da estrarre/protesi fisse da rimuovere

R = residui radicolari da togliere

C = denti cariati da curare

Protesi mobile superiore:

nuova  da riparare  da ribasare  da rifare

Protesi mobile inferiore:

nuova  da riparare  da ribasare  da rifare

presenza di decubiti/lesioni da sorvegliare in zona:

\_\_\_\_\_

profilassi antibiotica: \_\_\_\_\_

sospensione terapia anticoagulante \_\_\_\_\_

terapia antidolorifica \_\_\_\_\_

altro: \_\_\_\_\_

Diario clinico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MOLTEFIDAL S.r.l.  
Piazza Don Milioni 4  
ANCONA  
P IVA 01698491226



L'odontoiatra

ALLEGATO B

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE EROGABILI A DOMICILIO:  
TARIFFE, TEMPI DI ACCESSO

- CONSERVATIVA -

PRESTAZIONE	COD. PRONT.	EURO	ACCESSO
VISITA	89.7	16.50	90'
DETARTRASI/ULTRASUONI	96.54.1	9.70	90'
LEVIGATURA DELLE RADICI (per quadrante)	24.39.1	23.20	90'
OTTURAZIONE A 2 SUPERFICI	23.21	18.60	120'
OTTURAZIONE A 3 SUPERFICI	23.22	34.90	150'
MOLAGGIO SELETTIVO (x seduta)	23.49.1	16.30	90'
TERAP. CANAL. IN D. MONOR. (esclusa ricostruz.)	23.71.1	34.90	120'
TERAP. CANAL. IN D. PLUR. (esclusa ricostruz.)	23.71.2	53.50	150'

- CHIRURGIA -

PRESTAZIONE	COD.	EURO	ACCESSO
ESTRAZIONE CHIRURGICA DENTE	23.19	30.20	150'
ESTRAZIONE DENTE PERMANENTE	23.09	16.30	90'
ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA	23.11	16.30	120'
SUTURA LACERAZIONE DEL LABBRO	27.51	19.50	90'
SUT. LACER. ALTRA PARTE BOCCA	27.52	19.50	90'
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA BOCCA SENZA INCISIONE	98.01	8.40	90'
RIMOZIONE SUTURA (medicazione)	96.59	13.90	90'

COLIMEDIO S.R.L.  
P.zza Don Mirzani  
ANCONA



- PROTESI -

23.43.2 INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE

EURO	ACCESSO
81.30(*)	600' (**)

(\*) = tariffa totale del trattamento per arcata

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

23.43.3 INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA MOBILE

EURO	ACCESSO
16.30(*)	450' (**)

(\*) = tariffa totale del trattamento per arcata

(\*\*) = tempo totale comprensivo delle seguenti fasi di trattamento separate:  
impronta - masticazione – consegna – n. 2 controlli/ritocchi

23.43.1 INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE

EURO	ACCESSO
129.10(*)	750' (**)

(\*) = tariffa totale del trattamento per arcata

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

97.35 RIMOZIONE PROTESI DENTALE (per elemento)

EURO	ACCESSO
6.50	90'

99.97.2 TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE:

	EURO	ACCESSO
a) Ribasamento diretto:	13.40(*)	90'



CLINICA DENTALE  
P.zza Don Milani  
ANCONA  
P. IVA 01598410432

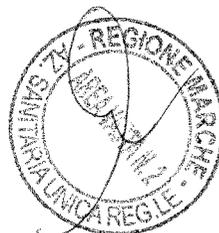
PROGETTO SPERIMENTALE DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEI DISORDINI  
CRANIO-MANDIBOLO-POSTURALI

H) DIAGNOSI E TERAPIA ELETTRO-MYO KINESIOGRAFICA DELLE  
DISTURBI CRANIO-MANDIBOLO POSTURALI

PRESTAZIONE	COD PRONTUARIO	IMPORTO
H1) VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	93.01.1	12,90
H2) VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA	93.01.2	7,70
H3) VALUTAZIONE ORTOTTICA	93.02	7,70
H4) VALUTAZIONE PROTESICA	93.03	7,70
H5) VALUTAZ. MAN. FUNZ. MUSCOL.	93.04.1	11,60
H6) TEST POSTUROGRAFICO	93.05.4	8,00
H7) TEST STABILOMETRICO STAT-DIN	93.05.5	9,70
H8) ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE	93.08.1	10,30
H9) ELETTROMIOGRAFIA ANTALGICA (per sed. Ciclo 10 s)	93.39.5	3,00
H10) POLIGRAFIA	89.15.6	46,50
H11) STIMOLAZIONE RIPETITIVA	93.08.6	10,30
H12) INIEZIONE ANESTET. NERVO PERIFER. PER ANALGESIA (escluso anest. Per int.)	04.81.2	15,50
H13) SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE	76.01	21,70
H14) RIDUZ. CHIUSE DI LUSS. ATM	76.93	27,90
H15) INIEZ SOST. TERAP. IN ATM	76.96	27,90

MANUFATTI E MATERIALI

H1)	MODELLI IN GESSO PREPARATI CON PARABOLOIDE PER ESAME ELETTRO- MYO-KINESIOGRAFICO	154,94
H2)	MODELLI PER ESAME ELETTROMIOGRAFICO	77,47
H3)	SET MYO-TRODES PER TENS DEI MUSCOLI FACCIALI	51,65
H4)	MODELLI PER MOLAGGIO SELETTIVO (per seduta)	51,65
H5)	SHAFFIRE PER REGISTRAZ. INTEROCCLUS. COMPUTERIZZ.	77,47
H6)	ORTOTTICO MYO-FUNZIONALE	309,87



POLIMEDICAL S.n.l.  
P.zza Don Minzoni 4  
ANCONA  
P IVA 01588480426

*Fa*

*oh*

ALLEGATO C1

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

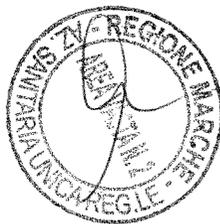
A seguito dei colloqui intercorsi è emersa la necessità di intraprendere una campagna di prevenzione per prestazioni protesiche ed ortodontiche correlate a problemi posturali ed algico-disfunzionali.

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

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

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

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

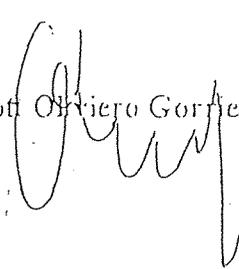


*Scia*

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

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

Dot. Oliviero Gorrieri



POLIMEDICAL  
Fazio Don Luigi  
ANCONA  
P IVA 01600430425

