

ACCORDO CON LA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA CASA DI CURA "VILLA IGEA - ANCONA" PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO PER ACUTI, LUNGODEGENZA, DISURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE (D.C.A.), E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE ANNO 2013-2014 E DEFINIZIONE RAPPORTI ECONOMICI ANNI 2011-2012

TRA

L'AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE — AREA VASTA N° 2 sede di FABRIANO rappresentata dal Direttore Area Vasta 2 Ing. Maurizio Bevilacqua

E

LA CASA DI CURA "VILLA IGEA - ANCONA", della S.p.A. Labor rappresentata dal Presidente del Consiglio di Amministrazione e Legale Rappresentante Prof. Ugo Salvolini si stipula, il seguente accordo da valere per gli anni 2013-2014.



PREMESSO

- a) che la Casa di Cura "Villa Igea" è presente sul territorio della Area Vasta n. 2 di Fabriano con struttura ubicata in Ancona, Via Maggini n.200;
- b) che la Casa di Cura "Villa Igea" è stata accreditata - ai sensi della L.R. 20/2000 - per la erogazione della tipologia di prestazioni oggetto del presente accordo con Decreto del Dirigente della P.F. "Accreditamenti, Investimenti, Attività Ispettiva e Ricerca" della Regione Marche n. 103/AIR del 14/03/2011;
- c) che la Casa di Cura ha ottenuto
- con Decreto del Dirigente n 108/ACR del 25/02/2015 il rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale senza prescrizioni, con l'assegnazione della classe 5, per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per n. 124 posti letto di cui:
- AFO Medica 18 posti letto di medicina generale
 - AFO Chirurgica 91 posti letto di chirurgia generale, ortopedia
 - LUNGODEGENZA POST ACUZIE 15 posti letto
- 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 ricovero per acuti, lungodegenza - post-acuzie, DCA e specialistica ambulatoriale trova applicazione, per quanto non previsto dalle norme specifiche, la normativa nazionale e regionale disciplinanti in via generale l'attività di ricovero ospedaliero e la tenuta in esercizio delle case di cura private;
- f) che, in particolare, per l'attività prevista al precedente punto "c" si richiamano le seguenti norme e disposizioni:
- DGR 800 del 18/05/2009 : "Accordo per l'anno 2008 con le case di cura private multispecialistiche della Regione Marche"
 - DGR 55 del 18/01/2010: "Accordo per l'anno 2009 con le case di cura private multispecialistiche della Regione Marche"

- DGR 58 del 18/01/2010: "Criteri generali per la determinazione da parte delle zone territoriali del limite di spesa sostenibile con il fondo sanitario regionale per l'acquisto di prestazioni specialistiche da privati nell'anno 2009 (art.132 L.n.449/97)"
- DGR 59 del 18/01/2010: "Attivazione sperimentale della disciplina di ortopedia presso la casa di cura Villa Igea di Ancona"
- DGR 61 del 18/01/2010: "Trasferimento del livello erogativi della prestazione oculistica di "iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche" dal regime di ricovero ordinario e DH a regime ambulatoriale"
- DGR 572 del 19/4/2011: "Recepimento dell'accordo per l'anno 2010 con le Case di Cura private firmatarie" , per quanto di seguito citato al punto h)
- DGR 280 del 10/2014: "Accordo con le Case di Cura private multispecialistiche della Regione Marche per gli anni 2011-2012 ed anni 2013-2014"
- DGR 1291 del 17/11/2014 : "Intesa sugli aspetti attuativi e gestionali dell'accordo fra Regione Marche e Case di Cura Multispecialistiche accreditate nella Regione aderenti ad AIOP - DGR n.280/2014. Determinazioni per il monitoraggio degli accordi regionali"
- Decreto del Direttore del Dipartimento per la Salute e i Servizi Sociali n19 DSS del 28/06/2011: "DGR n.59 del 18 gennaio 2010. Definizione del numero dei posti letto e del budget assegnati, per l'anno 2010, alla Casa di Cura convenzionata Villa Igea di Ancona per l'attivazione sperimentale della disciplina di ortopedia."
- Decreto del Direttore del Dirigente della PF Accreditamenti, Investimenti attività Ispettiva e Ricerca n. 103 AIR del 14 marzo 2011: "L.R.20/2000-Art16- Accreditamento Istituzionale Casa di Cura Villa Igea- Erogazione di prestazioni di ricovero ospedaliero con n.124 pl e ass.spec.amb.le- situata nel comune di Ancona3 e 201 -via Maggini,200", assegnando la classe 4 di accreditamento

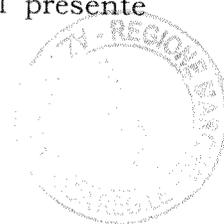
g) che il presente accordo viene stipulato nel rispetto della programmazione e degli indirizzi contenuti nell'accordo regionale con le rappresentanze di categoria della sanità privata, valevole per gli anni 2011-2012 e 2013-2014 come previsto dalla DGRM 280/2014 e dalla DGRM n.1291/2014 (Approvazione accordo con le Case di Cura Private multispecialistiche);

h) che la Casa di Cura "Villa Igea" - non avendo sottoscritto l'accordo per l'anno 2010 con le case di Cura Private recepito con DGR 572 del 19-4-2011 - prende atto nel presente accordo di quanto di specifico viene definito dalla DGR 280/2014 in termini di budget complessivo assegnato alla struttura a decorrere dall'anno 2010, costituendo il presente accordo una sanatoria, sia in termini di definizione del quadro economico di riferimento che della regolamentazione della materia, per i piani di prestazioni non sottoscritti relativi agli anni precedenti al 2013;

i) che la Casa di Cura si impegna, in conseguenza della sottoscrizione del presente accordo, a ritirare tutti i contenziosi pregressi in essere.

Premesso quanto sopra le parti convengono e stipulano quanto segue:

Art. 1
Azioni di committenza e livelli di offerta



Si da atto preliminarmente che il presente accordo viene adottato "a ratifica" dell'attività effettuata dalla Casa di cura Villa Igea negli anni 2013 e 2014 e che, in assenza di preventiva committenza, ci si attiene a quanto previsto dalla DGR 280/2014, che ha fornito indicazioni, unitamente ai correlati criteri attuativi e gestionali indicati nella DGR

1291/2014, sui tetti di spesa, sulle attività da espletare e sulle tariffe da applicare nei suddetti anni.

Si prende, altresì, atto dei volumi di attività effettivamente erogati dalla struttura negli anni 2011 e 2012 e che, in termini di valorizzazione della produzione, hanno determinato nei singoli anni un'eccedenza rispetto al Budget riconoscibile e liquidabile, con conseguente richiesta di emissione di note di credito.

Dal combinato disposto delle summenzionate Delibere Regionali si stabilisce per la Casa di Cura Villa Igea:

- Il riconoscimento per gli anni 2011 e 2012 dei seguenti tetti di spesa e valori della produzione:
 - Anno 2011
Tetto di spesa residenti regione: €. 10.008.224,22 Fatturato: €. 11.163.459,37
richiesta nota di credito €. 1.155.235,15
Tetto di spesa extra regione: €. 1.060.771,81 Fatturato: €. 1.110.848,98 richiesta
nota di credito €. 50.077,17
 - Anno 2012
Tetto di spesa residenti regione: €. 9.959.533,10 Fatturato: €. 10.565.702,46
richiesta nota di credito €. 606.169,36
Tetto di spesa extra regione: €. 1.034.079,35 Fatturato: €. 1.053.912,13 richiesta
nota di credito €. 19.832,78
- Una quantificazione del tetto della produzione a favore di residenti della regione per gli anni 2013-2014 pari a € 8.248.351,35 per l'attività di ricovero, di € 270.000 per il progetto DCA e per un importo di € 1.197.726,14 per l'attività di specialistica ambulatoriale;
- la possibilità per gli anni 2013-2014, prevista al punto 5 (pag. 10) dell'Accordo ex DGRM 280/2014, di trasferire parte del budget dall'attività ospedaliera all'attività ambulatoriale fermo, restando il budget complessivo di struttura;
- un tetto per la mobilità attiva programmata nell'anno 2014 indicato nella tabella 5 dell'Allegato A alla DGR 1291/2014 complessivamente quantificato (attività di ricovero + attività ambulatoriale) in € 1.034.079,35;
- l'ammontare delle risorse economiche finalizzate al programma sperimentale di recupero della mobilità passiva interregionale per l'anno 2013 (tabella 1 dell'Allegato A alla DGR 1291/2014), quantificato in €. 218.452,01, che porta il totale tetto riconoscibile e liquidabile per le prestazioni per residenti (ricovero + ambulatoriali) a €. 9.934.529,50;
- l'ammontare delle risorse economiche per l'incremento della mobilità attiva per l'anno 2013 (tabella 4 dell'Allegato A alla DGR 1291/2014) quantificato in € 445.900,03, che porta il totale tetto (ricovero + ambulatoriali) riconoscibile e liquidabile per la mobilità attiva a €. 1.465.395,74.

Art. 2

Prestazioni oggetto dell'accordo

La Casa di Cura è stata accreditata per l'erogazione di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per n.124 posti letto di cui:

- AFO medica n.18 pl per le seguenti discipline: medicina generale, disturbi del comportamento alimentare, endocrinologia
- AFO Chirurgica n.91 pl per le seguenti discipline: chirurgia generale, ortopedia, urologia, oculistica, ostetricia e ginecologia, chirurgia vascolare;
- Lungo degenza post-acuzie/riabilitazione n.15 pl

E, INOLTRE, accreditata per l'erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale per le seguenti discipline: medicina generale (tutte le discipline ivi afferenti), chirurgia generale



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

(tutte le discipline ivi afferenti), medicina di laboratorio, diagnostica per immagini, anatomia, istologia e citologia patologica, endoscopia digestiva, dermatologia, otorinolaringoiatria, oculistica, urologia, analgesia.

Le prestazioni sono erogate in favore di pazienti residenti nell'ambito territoriale dell'AV 2, nonché di pazienti residenti in ambiti di altre Aree Vaste della Regione Marche.

La CASA DI CURA eroga le medesime prestazioni, anche a pazienti residenti in altre regioni italiane. Esse vengono riconosciute dalla AV 2 sulla base di quanto previsto dalla DGR 280/2014 nei limiti dei tetti della Mobilità Attiva Programmata.

Dette prestazioni sono, altresì, soggette ai requisiti di appropriatezza di cui alla normativa regionale vigente.

A) ATTIVITA' DI RICOVERO

1. ASPETTI QUANTITATIVI

Si evidenziano di seguito sinteticamente le tipologie e la quantità delle prestazioni effettivamente erogate nel corso del triennio 2012- 2014.

Casa di Cura Villa Igea -Attività anni 2012-2014

	Consuntivo Attività 2012	Consuntivo Attività 2013	Consuntivo attività 2014
Totale ricoveri	4325	4579	2887
PROVENIENZA RICOVERI			
Regione	3899	3863	2600
Fuori Regione	426	716	287

UNITA' FUNZIONALI - (Totale produzione)			
Chirurgia generale	594	593	675
Chirurgia vascolare	339	351	179
Medicina generale	112	91	77
Oculistica	2050	2136	464
Ostetricia e Ginecologia	423	304	326
Urologia	313	316	399
Lungodegenza	114	103	152
Ortopedia	380	668	615
Otorinolaringoiatria		17	
Totale	4325	4579	2887

La produzione totale, dall'anno 2014, in coerenza con quanto disposto dalla DGR 280/2014, fa registrare il trasferimento del livello erogativo delle prestazioni chirurgiche, in particolare di oculistica e di chirurgia vascolare, dal regime di ricovero ordinario e DH e a regime ambulatoriale, consolidando contestualmente l'attività ortopedica.

Tale operazione oltre a consentire di fatto il conseguimento di una migliore appropriatezza prestazionale, in coerenza con gli indirizzi regionali, ha determinato un impatto economico sostanziale, evidenziato da un miglior controllo della produzione extrabudget, sia in termini di riduzione del trend incrementale dei volumi che della tipologia di prestazioni erogate.



Si prende atto, altresì, del programma sperimentale di recupero della mobilità passiva interregionale (DRG ortopedici e DRG afferenti alle altre discipline) che ha visto per l'anno 2013 un riconoscimento di un valore economico pari ad euro 218.452,01 correlato all'incremento di produzione, rispetto all'anno 2011, nelle due specifiche aree, riconducibili prevalentemente ad incremento della disciplina ortopedica e delle altre discipline.

Considerato il valore strategico di tale progettualità, evidenziato anche dal fatto che la quota parte del budget storico della struttura dell'anno 2011, correlato alle attività delle due aree oggetto del progetto, deve essere mantenuta dalla struttura indipendentemente dalla partecipazione al progetto, pena la decurtazione pari all'attività non realizzata, in termini di committenza, si individua nei DRG ortopedici e DRG afferenti alle altre discipline di cui alla DGR 280/2014 - Allegato 4, una linea produttiva di alta priorità.

Attività di lungodegenza post-acuzie

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 Pubblici che dalla stessa Casa di Cura.

L'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 05 "Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 05 giugno 2003, n° 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 04, n° 311" individua, in attesa che le regioni stabiliscano un valore soglia per le giornate di ricovero in lungodegenza post-acuzie oltre il quale applicare gli abbattimenti tariffari, il valore soglia in 60 giorni.

Pertanto le giornate eccedenti i 60 gg verranno valorizzate con una riduzione del 30% della tariffa prevista.

I ricoveri che superano tale limite andranno, comunque, dettagliatamente motivati in cartella clinica e dovranno essere comunicati entro tre giorni dalla scadenza del limite temporale al Direttore del Distretto, che potrà disporre il non riconoscimento del proseguimento del ricovero in regime di lungodegenza.

Il Controllo delle cartelle cliniche relative, prevede l'estrazione di quelle con codice disciplina 60 e con degenza superiore alla degenza media regionale.

A completamento del percorso di cura previsto nei progetti sperimentali di cui all'allegato A punto B della DGR 280/2014, è consentito effettuare percorsi riabilitativi di media o bassa intensità (riabilitazione estensiva), nei letti autorizzati come lungodegenza codice 60.

Attività di cure per pazienti inguaribili in lungodegenza

Non possono essere trasferiti direttamente dal MMG, dal medico oncologo e dal medico dell'ADI pazienti che abbiano le caratteristiche sanitarie tali da definirsi "pazienti inguaribili in lungodegenza".

Nelle more dell'organizzazione in rete delle cure palliative, di cui all'Intesa del 25 luglio 2012, che ha definito i requisiti minimi e le modalità organizzative, necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore, sarà comunque possibile prevedere l'inserimento in strutture private accreditate solamente nel caso in cui lo stesso sia autorizzato dal Responsabile delle cure Palliative di Area Vasta, che garantirà l'uniformità del trattamento del paziente agli standard previsti dalle reti cliniche. Tali ricoveri verranno valorizzati con la tariffa della lungodegenza.

Disturbi Comportamento Alimentare (D.C.A).

Per l'attività relativa ai D.C.A. si ratifica quanto previsto dalla DGR 280/2014 con riconoscimento di un budget specifico annuo pari ad euro 270.000, con le stesse tariffe

applicate dall'inizio del rapporto contrattuale, in attesa della loro rideterminazione parallelamente alla coerente classificazione della relativa attività, in coerenza con i criteri generali di riorganizzazione del sistema tariffario regionale.

2. ULTERIORI ASPETTI

In termini di attività di ricovero si ritiene altresì di specificare quanto segue:

Area Materno Infantile

Si da atto che la Casa di Cura, sulla base delle linee guida nazionali e delle DGRM 1088/2011 e DGRM1405/2011, ha sospeso l'attività del punto nascita a far data dal 01/04/2012, procedendo contestualmente alla riconversione dell'offerta residuale derivante dalla produzione del Punto Nascita stesso in attività di area chirurgica.

Progetto I.V.G.

In applicazione del punto 9 della DGRM n.280/2014 e del punto 12 dell'Allegato A della DGR 1291/2014, allo scopo di garantire l'applicazione della legge 194/1978 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" è stato approvato con Determina n. 1344/AV2 del 08/09/2014 un Protocollo operativo "Percorso IVG Distretto n. 7 di Ancona e Casa di Cura Villa Igea di Ancona". Pertanto, nell'anno 2014 una quota del budget storico assegnato alla struttura, pari a €. 200.000 euro, è stato destinato a tale attività.

ATTIVITA' IN REGIME AMBULATORIALE

Con riferimento a quanto previsto al punto 5 della DGR 280/2014, come richiamato e modificato nel punto 7 della DGR 1291/2014, previa formale comunicazione da parte delle singole Strutture, è stata resa operativa la possibilità di concordare compensazioni tra il Budget delle degenze ospedaliere e quello della specialistica ambulatoriale, fermo restando l'invarianza del tetto di spesa complessivo di struttura.

In particolare, per l'anno 2014 è stato concordato di suddividere il Budget complessivo di struttura per i residenti della Regione Marche pari a **€.9.716.077,49** nella misura seguente:

Tetto per Degenze Ospedaliere	€. 6.546.077,49
Tetto per DCA	€. 270.000,00
Attività Ambulatoriale	€. 2.900.000,00

Su tale base e previa autorizzazione della Direzione ASUR, orientata ad intervenire sulle prestazioni per le quali si registrano liste di attesa rilevanti e forte disagio per i cittadini, la Casa di Cura si è resa disponibile a partecipare ad un programma di potenziamento delle attività diagnostiche di Endoscopia Digestiva, incrementando la propria offerta settimanale (prestazioni di Colonscopia) e consentendo di erogare prestazioni ai cittadini in lista di attesa nelle strutture pubbliche dell'AV2.

Tale programma attuato nei mesi di novembre e dicembre 2014 potrà essere consolidato nel 2015.

Art. 3

Mobilità passiva inter regionale

Le parti si richiamano a quanto previsto dall'accordo DGRM 280/2014 punto B. titolato "Mobilità Passiva Interregionale" in merito al programma sperimentale di contrasto della mobilità passiva interregionale con l'utilizzo appieno delle potenzialità delle strutture pubbliche e private.

Il programma che ha valore sperimentale fino al 31/12/2014, salvo deroghe, è quello dettagliato al punto B. dell'accordo testé citato sia per l'anno 2013 sia per l'anno 2014.



Per quanto riguarda la suddivisione delle risorse economiche finalizzate al programma sperimentale di recupero della mobilità passiva interregionale per l'anno 2013, si è proceduto secondo la metodologia espressamente indicata al punto 4. dell'accordo DGRM 1291/2014 cui integralmente si fa rinvio.

Le parti si danno reciprocamente atto che, con determina del Direttore AV2 n. 1897 del 29/12/2014, l'ASUR/AV2 ha dato seguito agli impegni assunti dalla rappresentanza istituzionale pubblica in merito alla emissione di mandati di pagamento entro il 31/12/2014 a totale chiusura di quanto previsto nell'accordo allegato alla DGRM 1291/2014 relativamente, tra l'altro, al punto 4 della tab. 1 (relativa alla quota riconoscibile per il programma sperimentale di recupero della mobilità passiva interregionale per l'anno 2013).

Per quanto attiene ai progetti relativi al recupero della mobilità passiva per l'anno 2014 si procederà con la metodologia espressamente indicata al punto 5. dell'accordo DGRM 1291/2014, cui integralmente viene fatto rinvio con riserva di procedere al riconoscimento della quota di spettanza per la Casa di Cura Villa Igea all'esito della valutazione positiva di tutte le condizioni ivi stabilite per l'accesso alla progettualità di contrasto alla mobilità passiva interregionale.

Art. 4 **Mobilità attiva inter regionale**

Le prestazioni potranno essere effettuate solo nell'ambito di discipline per le quali la struttura sia già accreditata con il SSN e, per le prestazioni di ricovero, nei limiti della capacità dei posti letto accreditati.

Per tutte le prestazioni ambulatoriali erogate in favore del SSN dovrà essere tenuta una unica lista d'attesa, escludendo percorsi preferenziali per gli utenti in ragione della loro regione di residenza. La regione si impegna a verificare che analogo comportamento sia tenuto dalle regioni limitrofe, anche mediante revisione degli accordi di confine

I requisiti di appropriatezza individuati dalla Giunta Regionale valgono sia per la produzione in favore di utenti residenti che per quella in favore di utenti non residenti nella Regione.

Il Servizio Sanità con l'Agenzia Regionale Sanitaria comunicherà le contestazioni effettuate dalle altre Regioni sia relativamente ai dati anagrafici che ai controlli di appropriatezza previsti dal Testo Unico della Mobilità Sanitaria vigente al momento.

La Casa di Cura dovrà fornire la documentazione necessaria nei tempi previsti per il rispetto delle scadenze per l'invio delle controdeduzioni secondo le indicazioni del Testo Unico.

Il Servizio Sanità provvede ad informare preventivamente l'AIOP sui documenti di intesa relativi agli Accordi di Confine con le altre Regioni fermo restando quanto previsto nell'allegato.

In applicazione dell'art.29, comma 1, lettera h, del D.lgs. n.118 del 23/06/11, che prevede l'utilizzo della Matrice della Mobilità Extraregionale, all'erogatore privato per la contabilizzazione delle prestazioni erogate potrà essere riconosciuto nell'esercizio al massimo un controvalore complessivo di prestazioni, valorizzate a tariffa TUC, pari a quello risultante dalla Matrice della Mobilità Extraregionale a titolo di mobilità attiva extraregionale (di seguito definita Mobilità Attiva Programmata) con riferimento alla quota di produzione assegnata.

Il tetto di mobilità attiva programmata di pertinenza dell'a Casa di Cura per gli anni 2013 e 2014 è stata definita dalla DGR n. 280/2014 e dalla DGR n. 1291/2014.

Tetti di produzione per l'anno 2013.

Le parti si danno reciprocamente atto che, con determina del Direttore AV2 n. 1897 del 29/12/2014, l'ASUR/AV2 ha dato seguito agli impegni assunti dalla rappresentanza istituzionale pubblica in merito alla emissione di mandati di pagamento entro il 31/12/2014 a totale chiusura di quanto previsto dalla DGRM 1291/2014 al punto 8 All.

A e nella misura massima indicata nella tab. 4 (relativa all'incremento della produzione di mobilità attiva interregionale anno 2013 fino al 10% rispetto alla quota di produzione assegnata di Mobilità Attiva Programmata).

La Casa di Cura da atto che con la corresponsione dei suddetti importi soddisfa ogni aspettativa e/o pretesa relativa alla mobilità attiva anno 2013, senza non aver null'altro a pretendere.

Tetti di produzione per l'anno 2014.

A partire dall'anno 2014, sulla base della DGR n.280/2014, la quota di mobilità attiva di pertinenza della Casa di Cura è pari alla produzione anno 2012 valorizzata a tariffa TUC (Tab. 5 All. A della DGR 1291).

Anche per l'anno 2014 tale tetto di mobilità attiva programmata potrà essere derogato nella misura del 10% (Tab. 6 dell'Accordo ex DGR 1291). Inoltre, incrementi ai tetti di produzione potranno essere riconosciuti da parte della Regione fino al raggiungimento del tetto regionale complessivo di Mobilità Attiva Programmata, nel caso si verifichi una minore produzione da parte dei soggetti erogatori pubblici.

Le due quote incrementali non saranno tra loro cumulabili: verrà riconosciuto alla struttura l'importo di maggior valore tra le due.

I tetti di mobilità attiva programmata per attività ambulatoriale e di ricovero, comprensivi delle quote incrementali, sono da intendersi tra di loro comunicanti.

Fatturazione quote eccedenti di mobilità attiva.

L'eventuale produzione di mobilità attiva interregionali eccedente la mobilità attiva programmata potrà essere fatturata dai soggetti erogatori privati nell'anno di competenza, ma sarà riconosciuta, liquidata e pagata alle condizioni previste dalla DGR 1291/2014, cioè se:

- a. sia stata ufficialmente riconosciuta alla regione Marche mediante la c.d. matrice della mobilità extraregionale
- b. i soggetti erogatori privati abbiano rispettato quanto previsto nei progetti di recupero della mobilità passiva interregionale)
- c. non esistano incompatibilità con gli effetti economici prodotti dagli accordi bilaterali fra le regioni previsti nel Patto per la Salute 2014-2016.

Fino al verificarsi delle condizioni di cui sopra tale eccedenza non costituirà debito per la regione nei confronti di ASUR e, di conseguenza, di ASUR-AV2 nei confronti della casa di Cura..

Il pagamento delle prestazioni erogate in mobilità attiva sarà effettuato nella misura del 95% della mobilità attiva programmata. Il saldo sarà erogato al termine del percorso di definizione del valore della produzione così come formalizzato dalla matrice della mobilità extraregionale.

Art. 5 **Modalità di accesso**

Gli utenti potranno accedere alla struttura della Casa di Cura per l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo, a libera scelta e dietro prescrizione su ricettario SSN, da parte del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta o di medico specialista di struttura pubblica, fatto salvo quanto stabilito negli articoli successivi.

Può essere, inoltre, disposto da un Pronto Soccorso di struttura pubblica o richiesto per trasferimento da una struttura pubblica o essere un trasferimento interno alla medesima struttura privata (ad es. passaggio da ricovero per acuti a lungodegenza/postacuzie codice 60).

Tali ricoveri, comunque, sono da considerarsi appropriati se coerenti con le motivazioni per cui è stato inviato.

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.



Nel caso di paziente che, senza essere transitato da Pronto Soccorso o dal medico di medicina generale o specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale, si presenti alla Casa di Cura in condizioni cliniche che non consentono il rinvio al Pronto Soccorso, lo stesso deve essere messo in condizioni di sicurezza attraverso una stabilizzazione e quindi la struttura privata potrà procedere al successivo trasferimento presso una struttura pubblica; le prestazioni correlate saranno rimborsate secondo il vigente tariffario.

L'ammissione alle prestazioni della Casa di Cura avviene sulla base di liste di attesa, tenute secondo le disposizioni regionali vigenti così come applicate e comunicate dall'Area Vasta 2.

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

- acquisizione di idonea prescrizione su ricettano del S.S.N.;
- classificazione delle prestazioni secondo le codifiche previste dai tariffari regionali vigenti ed applicabili alla tipologia, nonché secondo il tracciato unico regionale per la documentazione delle prestazioni sanitarie (file C);
- acquisizione delle autocertificazioni o titoli che secondo le disposizioni di legge vigenti in materia danno diritto alla esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione al costo delle prestazioni;
- applicazione, fatturazione e riscossione delle quote di partecipazione al costo delle prestazioni.

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

- a. Le prestazioni preliminari al ricovero
- b. I controlli e le medicazioni post-dimissione

Tale criterio è esteso anche alle prestazioni trasferite al livello ambulatoriale)

Per tutte le attività di cui sopra la Casa di Cura osserverà le norme di legge vigenti in materia e tutte le disposizioni che l'Area Vasta n. 2 impartirà per una loro corretta applicazione.

Al fine di eliminare contenziosi e comportamenti non omogenei, i casi di dubbia definizione verranno regolati con appositi protocolli.

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

Art. 6 **Standards di qualità**

I requisiti e gli standard 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. 7
Standards di personale

Gli standard di personale previsti dalle norme di cui all'art. 2 (DGR 2200/2000) sono da intendersi come requisito minimo.

Al fine del costante monitoraggio sul rispetto degli standard organizzativi e di personale, la Casa di Cura trasmetterà all'AV 2 - Direzione Amministrativa Territoriale, U.O. "Gestione Amministrativa Privati Accreditati", alla stipula del presente accordo ed entro il 31 gennaio dell'anno successivo, un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato nell'assistenza distinto per qualifica e corredato della aggregazione per posti letto e tipologia di attività.

Lo stesso prospetto attesterà che il medesimo personale non è impiegato in altre attività, in regime di accreditamento o meno, svolte dalla Struttura, o ne terrà scorporata l'aliquota corrispondente alla porzione di orario impiegato in altre funzioni.

Tale prospetto sarà corredato dalla relazione descrittiva sui principali assetti organizzativi quali: turno tipo di personale infermieristico, sistema di copertura medica su 24 ore, turni delle reperibilità, funzionamento delle sale operatorie.

In ragione d'anno verrà trasmesso un ulteriore prospetto riepilogativo di tutto il personale che comunque ha operato nella Struttura.

Qualora si rilevassero standard di personale ed organizzativi significativamente al di sotto dei minimi fissati ed auto-certificati, l'Area Vasta 2 si riserva la facoltà, previo contraddittorio con la Casa di Cura, di segnalare la situazione alla Regione Marche, nonché di sospendere l'operatività del presente accordo.

Art. 8
Altri Standards di qualità

La Casa di Cura Villa Serena s.r.l., in attuazione delle disposizioni concernenti i principi sulle erogazione dei servizi pubblici adotta e costantemente aggiorna la "Carta dei Servizi" sulla base dei principi indicati dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27/01/1994 e dello schema generale di riferimento adottato con DPCM del 19/05/1995 pubblicato nella G.U. 31/05/1995, n. 125 S.O.

Art 9
Sistema tariffario

Per le attività di ricovero:

- per l'anno 2013 in considerazione dell'introduzione del sistema di contabilizzazione della mobilità attiva di cui al D.lgs 118/2011, si applica la TUC anno 2012, con le premialità per i residenti regionali per le prestazioni di alta complessità, così come specificato nell'allegato 4 della DGR 280/14;
- per l'anno 2014 le tariffe sono rideterminate, tenendo conto di quanto previsto dal D.lgs 118/2011, sulla base della DGR 709/2014.

Per la chirurgia ambulatoriale, in applicazione alla DGR 61/2012 le parti convengono che relativamente al sistema tariffario per l'anno 2013 si applicano le DDGRR 61/2010, 1515/2011 e 1793/2012 (dalla loro entrata in vigore) con le seguenti specificazioni:

- a. iniezione intravitale di sostanze terapeutiche (DRG 42) si conferma la tariffa della DGR 61/2010, non comprensiva del costo del farmaco fino al 30 aprile 2012. Dal 1° maggio 2012 si applica la tariffa di euro 385 comprensiva del farmaco, tenuto conto dell'incremento del costo dei farmaci utilizzabili; dalla stessa data viene riconosciuto un valore soglia per i ricoveri in regime di day surgery motivato da quadri polipatologici complessivi e specifiche condizioni di rischio clinico (difficoltà a dimettere in giornata il paziente) fino ad un massimo del 10% di tutti gli interventi;





- b. interventi sul cristallino di cui ai codici nomenclatore 13.19.1, 13.70.1, 13.72, 13.8, 13.41 (euro675 se non c'è inserzione della lente ed euro 850se prevista l'inserzione della lente l'eventuale costo aggiuntivo della lente superiore al differenziale di euro 175rimane a carico del paziente). Gli interventi di cui sopra devono essere effettuati quasi esclusivamente a livello ambulatoriale fatta salva una quota massima per interventi effettuati in regime di ricovero, motivati da quadri polipatologici complessi e specifiche condizioni di rischio clinico (difficoltà a dimettere in giornata il paziente), fino ad un massimo di tutti gli interventi;
- c. interventi "endovascolari sulle varici con tecnica laser" (cod.38.59.2) dall'anno 2012 si applica la tariffa di euro 1483 abbattuta del 10% (1334,71), comprensiva di materiale.
- d. per le prestazioni di cui alle DDGGRR 61/2010, 1515/2011 e 1793/2012, nel limite del budget complessivo di struttura, la riduzione del budget delle degenze costituirà parimenti un incremento di quello ambulatoriale. Per quest'ultime prestazioni si applicano le tariffe concordate nel presente accordo senza lo sconto previsto dalla DGR509/2008.

Relativamente ai controlli introdotti dalla DGR 1370/2011 le parti convengono che l'applicazione sia a far data dal 1° gennaio 2012 al primo semestre 2013.

Per quanto riguarda i DRG chirurgici si conviene che l'applicazione delle soglie previste avvenga senza prendere in considerazione le eccedenze di cui all'allegato 3 salvo i casi in cui ciò determini una riduzione della produzione riconosciuta al di sotto del budget assegnato.

Per quanto riguarda i DRG medici, dato atto della difficoltà oggettiva nell'utilizzare i criteri previsti nell'allegato 3 di cui alla DGR 1370/2011 si stabilisce che i criteri previsti siano adottati con riferimento all'intero territorio regionale in modo da individuare uno standard di riferimento per singolo DRG di livello regionale con cui confrontare le performance della struttura. Si conviene altresì di limitare tale analisi a quei DRG, compresi tra i 64 citati nella delibera, chedanno l'impatto economico almeno pari al 70%. Dal secondo semestre 2013 si applicano le disposizioni di cui alla DGR 781/2013 e successivo decreto applicativo n.33del 18 settembre 2013.

La tariffa giornaliera per la degenza post-acuzie è la seguente:

- dal 22/04/2013 al 30/06/2014 è pari ad € 167,37 secondo la DGRM n. 55/2010 (codice disciplina 60), con abbattimento del 30% sulle giornate di ricovero in degenza post-acuzie eccedenti i 60 giorni;
- dal 01/07/2014 fino al 31/12/2014 è pari ad € 154,00 secondo la DGRM 709/2014, con abbattimento del 40% sulle giornate di ricovero in degenza post-acuzie eccedenti i 60 giorni
- per i pazienti inviati dalle strutture ospedaliere pubbliche, in considerazione delle particolari necessità assistenziali che si configurano come post-acuzie, a ristoro dei costi aggiuntivi sostenuti (quali nutrizione parenterale, farmaci, diagnostica, etc.), per i primi 20 giorni di degenza saranno riconosciuti euro 16 a giornata onnicomprensivi 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

Con riferimento all'attività di lungodegenza (cod. 60) le parti prendono atto e si allineano a quanto riportato ai punti 16. e 17. dell'accordo DGRM 280/2014 e al punto 6. della DGRM1291/2014 nel loro contenuto integrale.



Art 10 **Sconti (ex L.Finanziaria 2007)**

Per il periodo di validità del presente accordo, le parti si impegnano ad osservare le disposizioni, già emanate o che verranno in futuro emanate dalla Regione Marche, alle quali è obbligo uniformarsi, in merito alle modalità di applicazione della percentuale di sconto di cui all'art. 1, c. 796 lett. O) della Legge n. 296/2006 (Finanziaria 2007).

Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, diverse da quelle di laboratorio analisi, l'abbattimento tariffario del 2% sarà calcolato ed applicato sull'importo complessivo del fatturato, al lordo del ticket.

Per le prestazioni di laboratorio analisi lo sconto è pari a 12,64% calcolato sul fatturato lordo determinato in base alle tariffe Marche *ratione temporis* vigenti, con esclusione delle prestazioni a totale carico del cittadino.

Art. 11 **Contabilizzazione e debito informativo**

La Casa di Cura Villa Igea presenterà contabilità trimestrali/mensili con distinzione dell'attività prestata, a seconda della residenza del paziente, rispettivamente per l'Area Vasta 2, per le altre Aree Vaste della Regione Marche e per i residenti extra regione.

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 Igea dichiara di ben conoscere.

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

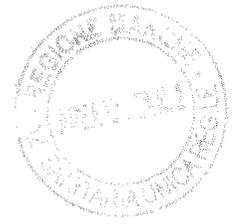
- Tempestività della trasmissione e completezza dei tracciati infrannuali;
- Presenza della data di prenotazione in tutti i ricoveri programmati ordinari e day hospital;
- Presenza del codice fiscale in tutte le SDO.

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

E' fatta salva la facoltà dell' ASUR-AV2 – U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale di sospendere i pagamenti nei limiti esclusivi delle contestazioni elevate, ogni qual volta siano in corso contestazioni formali ai sensi degli artt. 13-14-15-16 o accertamenti di gravi violazioni della normativa vigente in materia sanitaria.



Art. 12
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.

La liquidazione delle competenze fatturate e dovute alla Casa di Cura Villa Igea relativamente alla mensilità di dicembre di ciascun anno di vigenza del presente accordo, sarà effettuata nei limiti del 90% di 1/12 del budget con riserva di procedere al saldo alla luce ed all'esito dei controlli di regolarità amministrativa e sanitaria sulla documentazione prodotta, con riserva, quindi, di ogni conguaglio attivo e/o passivo fino alla definitiva regolazione dei rapporti economici per l'anno di competenza.

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

Art. 13
Documentazioni e Controlli sull'appropriatezza

La Casa di Cura Villa Igea 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 quanto attiene l'aspetto organizzativo e logistico.

L'Area Vasta 2 potrà effettuare presso la Casa di Cura Villa Igea, 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, mediante apposito Comitato di Verifica e Controllo Prestazioni Sanitarie (C.V.P.S.).

Le parti prendono atto e riportano a quanto previsto nell'accordo di cui alla DGRM 280/2014 con riferimento in particolare ai controlli di appropriatezza di cui al punto 11. dell'accordo per gli anni 2013 e 2014.

I controlli saranno effettuati dal personale incaricato in contraddittorio con un rappresentante della struttura; di tale attività verranno redatti appositi verbali.

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

Art. 14
Contenzioso

Nel caso di contenzioso, trovano applicazione i seguenti principi:

- In caso di mancato invio delle contro deduzioni, da parte del legale rappresentante della Casa di Cura, avranno comunque luogo gli effetti economici conseguenti all'attività di controllo.

- 
- Il Direttore di AV 2 ha la facoltà di giungere ad una conciliazione con la Casa di Cura e le conclusioni di detta conciliazione saranno oggetto di apposito provvedimento. Nel caso in cui non si arrivasse ad un accordo, le pratiche non definite saranno poste all'attenzione di un Collegio di valutazione, all'uopo costituito, che si pronuncerà obbligatoriamente nel termine di 90 gg. dall'affidamento del mandato.
 - Il collegio di valutazione sarà composto da tre componenti di cui uno nominato dal Direttore dell' Area Vasta 2, uno dalla Casa di Cura ed il terzo di comune accordo tra le parti che lo presiede. Nel caso di mancato accordo il terzo componente sarà nominato dal Direttore del Servizio Salute.
 - Il parere reso dal Collegio sarà trasmesso a cura del presidente agli organi competenti del Servizio Salute.
 - La definizione della procedura di conciliazione deve concludersi entro un periodo non superiore a 6 mesi dal momento della contestazione.
 - Resta ferma la facoltà delle varie Aree Vaste di richiedere all' AV 2 di effettuare controlli sulla documentazione relativa ai propri assistiti.

La Casa di Cura Villa Igea 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.15 **Privacy**

La Casa di Cura Villa Igea, 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 dall'ASUR/Area Vasta 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.16 **Disposizioni transitorie e finali**

La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta 2 diviene efficace e vincolante, con decorrenza retroattiva 2013-2014, 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 Casa di Cura Villa Igea e recepiti con DGRM 280/2014 e 1291/2014.
La Casa di Cura è obbligata ad osservare gli indirizzi previsti dai piani socio-sanitari e dalle normative regionali e nazionali.

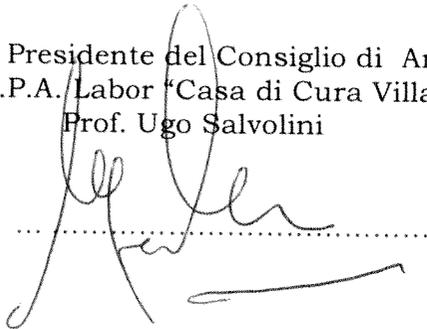
Il presente accordo sarà adeguato, ovvero, se necessario ricontrattato, qualora sopravvenuti accordi regionali con le rappresentanze di categoria, ovvero disposizioni regionali, introducano modifiche delle tariffe vigenti, variazioni dei tetti massimi di spesa, ristrutturazioni o modifiche degli ambiti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

Alla scadenza del presente contratto, in continuità con quanto disposto dalla DGR 280/14, salvo diversa disposizione da provvedimento regionale e di sottoscrizione di nuovo contratto, il budget è da considerarsi unico per la struttura.

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

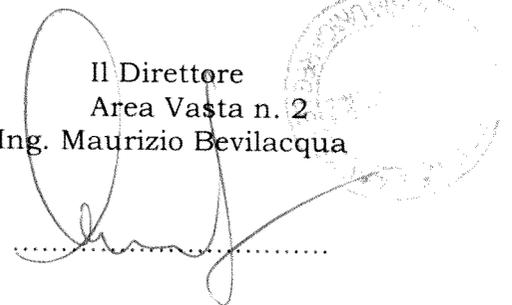
li,

Il Presidente del Consiglio di Amm.ne
S.P.A. Labor "Casa di Cura Villa Igea"
Prof. Ugo Salvolini



A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'U' followed by a horizontal line and a short vertical stroke.

Il Direttore
Area Vasta n. 2
Ing. Maurizio Bevilacqua



A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'M' followed by a horizontal line and a short vertical stroke. To the right of the signature is a circular official stamp with illegible text.