

ACCORDO TRA L'A. S. U. R. AREA VASTA N.5 DI ASCOLI PICENO E LA "CASA DI CURA VILLA S. GIUSEPPE" DI ASCOLI PICENO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI, DI RICOVERO E RESIDENZIALI ANNI 2015-2018.

ALLEGATO _____
DETERMINAZIONE N. 92/A4
DEL 14 FEB. 2018

TRA

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

E

La Provincia Italiana della Congregazione delle Suore Ospitaliere del Sacro Cuore di Gesù "Casa di Cura Villa S. Giuseppe", con sede legale a Roma, via Urbisaglia 3/a e sede operativa ad Ascoli Piceno, Via degli Girasoli n.6, CF: 02341270581, partita IVA: 01045701008, (in seguito denominata Casa di Cura) rappresentata da Suor Agata Villadoro, come legale rappresentante

per la stipula del piano di prestazioni di ricovero, residenziali, ambulatoriali anni 2015-2018

Premesso

- a) che la Struttura Privata (codice Istituto n. 110071 e n.113600) è presente sul territorio dell'Area Vasta n. 5 con sede operativa ad Ascoli Piceno, Via degli Girasoli n.6;
- b) che la Regione Marche con decreto n.305/ACR del 06/08/2015 ha accreditato istituzionalmente senza prescrizioni con classe n.5, la struttura sanitaria Casa di Cura Villa S. Giuseppe di Ascoli Piceno, per l'erogazione di prestazioni in regime residenziale nei quattro moduli così specificati:
 - un primo modulo residenziale psichiatrico di n. 20 posti letto destinati alle post acuzie, inquadrabili tra la tipologia Struttura Residenziale Terapeutica (SRT/SRP1) codice ORPS 601930 ;
 - un secondo modulo di n.20 posti letto destinabili a riabilitazione intensiva in regime di ricovero (cod. 56) Pl ospedalieri) codice ORPS 603780
 - un terzo modulo di n. 15 posti letto destinabili a Lungodegenza post-acuzie in regime di ricovero (cod. 60 Pl ospedalieri) codice ORPS 603785;
 - un quarto modulo residenziale psichiatrico di n. 20 posti letto inquadrabili nella tipologia SRP3.1 (comunità Protetta) codice ORPS 600340;
- e prestazioni di specialistiche mediche in regime ambulatoriale;
- c) che il Comune di Ascoli Piceno ha autorizzato la Casa di Cura Privata "S. Giuseppe " all'esercizio di Residenza Protetta per Demenze (R3.1) per .20 Pl. con autorizzazione rilasciata dal Comune di Ascoli Piceno, ai sensi della L.R. 20/2002, con determina n.836 del 08/06/2017, posti letto parzialmente convenzionati in base alla Determina del Direttore Generale ASUR n. 660 del 13/11/;
- d) che le parti hanno preso atto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia sulle strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni per conto e con oneri a carico del SSN;
- e) che per l'esercizio dell'attività di ricovero, residenziale, ambulatoriale, oggetto del presente atto, trova applicazione per quanto non previsto dalle norme specifiche, la normativa nazionale e regionale disciplinante in via generale l'attività di ricovero ed ambulatoriale, residenziale la tenuta in esercizio delle case di cura private;
- f) che in particolare si richiamano le seguenti norme e disposizioni:
 - DGRM n.1575/2009 di "Attuazione della DGR N.76/2009-Riconversione dei posti letto della Casa di Cura Villa S. Giuseppe di Ascoli Piceno" e DGRM n.56/2010" "sull'Accordo per l'anno 2009 con le case di cura private monospecialistiche del settore neuropsichiatrico della Regione Marche";
 - per l'attività ambulatoriale DGRM n.58/2010 sul "limite di spesa sostenibile con il fondo sanitario regionale per l'acquisto di prestazioni specialistiche da privati nell'anno 2009";
 - art.15, comma 14 del Decreto Legge 6/07/2012 n.95, convertito in Legge n. 135 del 07/08/2012 che stabiliscono in materia di acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e di ricovero, la riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto rispetto alla spesa del 2011 dell'1% per cento per il 2013 e del 2% per il 2014;
 - DGRM n. 1011/2013 Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitarie extraospedaliere e socio-sanitaria nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale;
 - DGRM n. 1195/2013 Determinazione delle quote di compartecipazione a carico dell'utente in conformità a quanto disposto dal DPCM 29 novembre 2001 (definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza) per accesso a strutture sociali e socio-sanitarie per anziani, disabili e salute mentale;
 - DGRM 709/2014 Aggiornamento tariffe per prestazione di assistenza ospedaliera per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche;

- DGRM n. 1292/2014:” Approvazione accordo regionale con le case di cura monospecialistiche accreditate della Regione Marche per gli anni 2010-2013 e 2014-2015”
- DGRM n.1331/2014 sull’Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori - modifica della DGR 1011/2013
- DGRM n.5 del 13/01/2015 “Modifiche DGR 1468/2014 Definizione del Nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione marche e relative tariffe”
- Nota Asur prot. n. 36198 del 23/10/2015;
- Legge n.125/2015
- DGRM n.633/2015 ad oggetto: Accordo regionale con le case di cura monospecialistiche accreditate della Regione Marche per gli anni 2010-2013 e 2014-2015 approvato con DGR n. 1292 del 17.11.2014 - Modifica punto 15
- DGRM n.n.908/2015 ad oggetto: D.M. 70/2015. Applicazione Accordi regionali per la riorganizzazione delle Case di cura private accreditate multispecialistiche (DGR n. 559/2015) e delle Case di cura private accreditate monospecialistiche (DGR n. 1292/2014)
- Nota Asur prot. n. 28029 del 29/09/2016
- DGRM n. 1009 del 04/09/2017:” Approvazione accordo con le case di cura monospecialistiche accreditate della Regione Marche per gli anni 2016-2017-2018 “.
- Determina del Direttore Generale ASUR n. 660 del 13/11/2017 avente il seguente oggetto: AV5 – DGRM n. 1009/2017 – Recepimento Accordo con la Casa di Cura Privata “Villa San Giuseppe” di AP per prestazioni di assistenza residenziale – RPD (R3.1) – codice ORPS 604606 – periodo dal 01/11/2017 al 31/12/2017.

Le parti convengono e stipulano quanto segue

ART.1

Prestazioni oggetto dell’accordo

L’ASUR Marche Area Vasta n.5 si avvale della Casa di Cura Villa S. Giuseppe, istituzionalmente accreditata come in premessa, sita in Ascoli Piceno, Via dei Girasoli 6, per l’erogazione di

a) Piano di prestazioni ambulatoriali

previste dal nomenclatore tariffario del 22/07/96 relative a visite neurologiche e psichiatriche. Le prestazioni di cui sopra dovranno essere erogate nel rispetto dei requisiti fissati con particolare riferimento all’accessibilità, all’appropriatezza clinica ed organizzativa, ai tempi d’attesa.

b) Prestazioni di ricovero/residenziale (moduli primo, secondo e terzo)

a favore dei pazienti residenti nell’ambito territoriale dell’Area vasta 5, di pazienti residenti in ambiti di altre Aree Vaste della Regione Marche, nonché residenti fuori Regione, le cui prestazioni a carico del SSR vengono liquidate dall’Area Vasta n° 5 in regime di mobilità sanitaria attiva, nelle forme e nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione Marche con DGRM n.1009/2017 a cui si fa espresso richiamo.

c) Prestazioni residenziale (modulo quarto)

a favore di soggetti affetti da patologie psichiatriche inseriti dal Dipartimento di Salute Mentale dell’AV5 (per n. 20 posti letto inquadabili nella tipologia SRP3.1 esclusivamente a residenti nel territorio dell’AV5.

ART. 2

Piano delle prestazioni

Si riconoscono:le prestazioni di ricovero, residenziali ed ambulatoriali compatibili con l’accreditamento istituzionale vigente assegnato ed al fabbisogno previsto dagli indirizzi di programmazione regionale, nonché con le dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni ed alle necessità assistenziali dei fruitori dei servizi nonché con le condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione del personale effettivamente impiegato.

Si stabilisce inoltre che l’erogazione di prestazioni residenziali per soggetti affetti da patologie psichiatriche inseriti dal Dipartimento di Salute Mentale dell’AV5 (per n. 20 posti letto inquadabili nella tipologia SRP3.1) sia riservata esclusivamente a residenti nel territorio dell’AV5.

ART. 3

Requisiti e modalità di accesso

L’accesso degli utenti alla Casa di Cura per la erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo avviene:

- a) per l’attività ambulatoriale dietro prescrizione, su ricettario del S.S.N. da parte del Medico di medicina Generale o di Medico Specialista di struttura pubblica e per l’attività di ricovero secondo le disposizioni previste nella DGRM n.1575/2009, n.56/2010,1292/2014 e n.1009/2017 a cui si fa espresso richiamo.

b) **per l'attività residenziale terapeutica (SRT/SRP1) (modulo primo):**

è disposto dal DDP e/o DSM secondo le indicazioni di cui alla DGRM n.1292/2014 e n.1009/2017a cui si fa espresso richiamo; nel caso di ricovero da fuori regione gli stessi potranno essere disposti da dipartimento analogo.

c) **per l'attività di ricovero : (modulo secondo e modulo terzo):**

- **per la lungodegenza (cod.60)** è disposto su segnalazione e previ accordi con i Direttori delle UU.OO. per acuti dei presidi ospedalieri dell' Area Vasta 5 redatta su apposito modulo concordato con l'Area Vasta n.5. Il ricovero presso le strutture di LPA presenti sul territorio, avviene in base a criteri di disponibilità di posti letto, dando la priorità ai pazienti in dimissione ospedaliera residenti nell'ambito dell'Area Vasta n.5. Nel caso di ricovero da fuori regione gli stessi potranno arrivare da struttura ospedaliera situata fuori regione;
- **per la riabilitazione intensiva (cod 56):** è disposto dal DDP e/o DSM secondo le indicazioni di cui alle DGRM n.1292/2014 e n.1009/2017 a cui si fa espresso richiamo. Nel caso di ricovero da fuori regione gli stessi potranno essere disposti da dipartimento analogo.

Nelle more della definizione dei nuovi manuali di autorizzazione ed accreditamento di cui alla L.R. 21/2016, i posti letto in doppia diagnosi possono essere utilizzati in base all'invio effettuato dalle strutture competenti (dipartimento delle dipendenze e Dipartimento di salute mentale) nel rispetto dei requisiti delle autorizzazioni di accreditamento per corrispondenti servizi residenziali di cui alla DGR 1221/2014. La base di riferimento per gli standards assistenziali e sotto il profilo tariffario potrà essere ricondotta a quella prevista per i medesimi assistiti in cod.56. Pertanto invia provvisoria, anche allo scopo di comprendere meglio le esigenze dei territori, si consente di accogliere pazienti in comorbilità psichiatrica nelle strutture SRP1.

- d) **per l'attività residenziale psichiatrico (SRP 3.1) (modulo quarto):** è disposto dal DSM previa valutazione multidisciplinare del bisogno ed il percorso assistenziale definito congiuntamente ed in modo integrato dai competenti servizi sanitari e sociali (UVI), nel rispetto della normativa vigente in materia, assicurando l'informazione ed il coinvolgimento dell'assistito, dei suoi familiari e/o del tutore o amministratore di sostegno. Le specifiche per le modalità di accesso sono indicate nell'art.3 BIS.

Art.3 BIS

Modalità di accesso per le prestazioni residenziali psichiatriche (SRP 3.1) (modulo quarto):

Il DSM cura le liste di attesa per garantire all'assistito la collocazione più adeguata al caso, definisce il Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), cura la supervisione clinica degli assistiti psichiatrici e, prima delle liquidazioni, esprime il parere di congruità e regolarità dell'attività svolta dalla Struttura sulla specifica documentazione prodotta dalla stessa.

Per ciascun ospite deve essere tenuta una cartella diario. Essa deve riportare sia il piano di trattamento individualizzato concertato sia tutti i fatti che si verificano giornalmente o settimanalmente durante il periodo di accoglienza ed inoltre deve essere aggiornata riguardo all'esito dell'attuazione e della verifica dei piani individuali.

La AV5 verifica per quanto attiene al profilo sanitario e socio-assistenziale di natura sanitaria dei suoi assistiti, l'esatta, corretta ed appropriata attuazione da parte della Casa di Cura di quanto al presente contratto oltretutto di quanto altro previsto dalla normativa vigente in materia, tramite personale proprio o incaricato dalla stessa. Per detta finalità la Casa di Cura assicura l'accesso alla struttura senza alcuna limitazione in ordine alla frequenza, agli orari ed alla documentazione sanitaria, sociale ed amministrativa e provvede al rilascio immediato degli atti richiesti dalla AV5 o da suoi delegati.

La cartella assistenziale integrata (medica, infermieristica, tutelare) deve essere aperta al momento dell'ingresso dell'ospite.

In particolare tale documentazione deve contenere:

- i dati personali
- i dati anamnestici
- eventuali caratteristiche e/o specificità
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare)
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla dei professionisti che hanno erogato la prestazione, i risultati raggiunti, etc.);
- spazi per consulenze, note, osservazioni, etc.

Inoltre tutti i professionisti sono tenuti alla puntuale e completa registrazione sulle cartelle di tutte le attività sanitarie e prestazioni socio assistenziali erogate, compresi eventuali comportamenti o reazioni dell'ospite.

L'Istituto utilizza all' uopo la modulistica concordata con l'AV5.

Art.3 TER

Prestazioni assicurate per l'attività psichiatriche (SRP 3.1) (modulo quarto) ed organizzazione

La Casa di Cura assicura i servizi di tipo sanitario, socio- assistenziale, alberghiero con protezione dell'ospite e sorveglianza nelle 24 ore, tale da rendere possibile la rilevazione dei bisogni emergenti e la risposta immediata in collegamento con i servizi sanitari compresi quelli di pronto intervento. Le attività effettuate sono descritte in fascicolo personale contenente la documentazione sanitaria e piano Terapeutico riabilitativo.

In particolare la Casa di Cura:

- assicura programmazione e coordinamento dei trattamenti da rendersi a cura del personale a favore dei pazienti, in relazione allo stato di bisogno e di protezione psico fisica di ciascuno;
- provvede con proprio personale medico a garantire l'assistenza agli ospiti della struttura secondo le effettive necessità in base a quanto previsto dai programmi riabilitativi individuali;
- provvede al controllo sull'osservanza delle attività rese dal personale impiegato dalla a favore dei pazienti e sulla regolare tenuta delle cartelle cliniche individuali;
- provvede, attraverso la farmacia ospedaliera, ad approvvigionare tutti i farmaci e presidi (pannoloni e traverse) prescritti dai mmg erogabili dal SSN di cui i pazienti hanno bisogno;
- provvede al controllo della corretta tenuta della cartella clinica integrata e della appropriata e corretta applicazione di tutto quanto al presente contratto.

La Casa di Cura si obbliga a prestare nelle 24 ore agli assistiti della AV5 l'assistenza prevista dalla DGRM 1331/14 per il codice SRP3.1.1 h24 con i seguenti standard assistenziali:

- Medico/psicologo: 15m/pz/die
- Infermiere: 45m/paz/die
- OSS: 30m/paz/die
- Personale educativo riabilitativo (educatori-tecnici riabilitazione psichiatrica): 40m/paz/die
- Attività di animazione: 13m/paz/die

Si obbliga, altresì, a prestare detta assistenza assicurando la cura dei bisogni personali con appropriatezza e nel rispetto della dignità delle persone assistite con i modi ed i criteri previsti dall'etica e dalla normativa vigente in materia attraverso l'impiego di apposito personale qualificato, in possesso dei titoli per l'assunzione presso la pubblica amministrazione; infermieri, operatori socio-sanitari, ausiliari, educatori, terapisti della riabilitazione psichiatrica, ecc. nonché , a garantire per il detto personale il rispetto degli accordi nazionali di lavoro di categoria vigenti.

Il Responsabile della struttura sovrintende alla organizzazione della medesima si fa carico di tutte le necessità inerenti il suo buon funzionamento, sia sotto l'aspetto assistenziale che amministrativo ed è responsabile della organizzazione delle prestazioni assistenziali e sanitarie.

Elabora un programma annuale delle attività giornaliere degli ospiti, che viene inviato al DSM.

E' responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Inoltre, si fanno carico:

- del monitoraggio e della documentazione delle attività
- della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale
- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, alla AV 5
- della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR
- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale compresi i turni di servizio effettuati.

Vigila sul buon andamento delle attività svolte dagli operatori e sulla compilazione corretta e completa della documentazione clinica e assistenziale.

Attiva forme di collaborazione con associazioni di volontariato per attività di supporto, socializzazione e interazione con il territorio.

ART. 4

Standards di qualità

La Casa di Cura s'impegna a garantire gli standard previsti dalle vigenti disposizioni in materia. I requisiti e gli standard di qualità da osservarsi per le erogazioni delle prestazioni oggetto del presente accordo, sono quelli stabiliti dalle norme nazionali e regionali in materia di ricovero ospedaliero e di assistenza sanitaria in forma residenziale, dai manuali di autorizzazione ed accreditamento adottati dalla Regione Marche, nonché dagli accordi quadro regionali con le rappresentanze di categoria raggiunti per gli anni di riferimento. Relativamente agli standard assistenziali per le strutture residenziali si fa riferimento inoltre alle DGRM n.1011/2013 e n.1331/2014. La Casa di Cura con la sottoscrizione del presente accordo si impegna a rispettare gli standards organizzativi, organizzativi, di personale ed assistenziali in vigore e si impegna altresì ad adeguare gli atti di autorizzazione ed accreditamento ai nuovi requisiti che saranno stabiliti dalla Regione Marche in attuazione alla L.R.21/2016.

Al fine del costante monitoraggio sul rispetto degli standards di personale, la Casa di Cura trasmetterà contestualmente alla stipula del presente accordo un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato nell'anno di riferimento con relativa qualifica ed attestazione che parte medesimo personale non si trova nelle situazioni di incompatibilità previste dalle leggi in vigore.

ART. 5
Documentazione e controlli sull'appropriatezza

La funzione di verifica e controllo sull'erogazione delle prestazioni avviene secondo quanto previsto dalla DGRM 781/2013 e decreti applicativi, cui viene fatto espresso riferimento. L'Area Vasta n. 5 si riserva comunque di effettuare presso la Casa di Cura, a sua discrezione nei tempi e nel numero e senza preavviso, i controlli ritenuti più opportuni, sia a livello sanitario che amministrativo, al fine di verificare la corretta applicazione del presente accordo e delle norme di legge su cui esso si basa. Qualora in sede di verifica da parte del personale all'uopo preposto si riscontrassero prestazioni inappropriate si provvederà agli abbattimenti così come previsto dal Manuale di controllo delle prestazioni sanitarie vigenti.

ART.6
Budget

L'Area Vasta n.5 riconosce alla Casa di Cura una quota di prestazioni di ricovero, residenziali ed ambulatoriali, a carico del SSR, i seguenti tetti di spesa, livelli assistenziali e tariffe per le annualità 2015, 2016, 2017 e 2018 come segue:

LIVELLI ASSISTENZIALI E TARIFFE

	Riab. Alcologica cod 56	Lungodegenza cod.60	Struttura res.le terap. (SRT/SRP1)	Struttura res.le psichiatrica (SRP.3.1)
Posti letto	20	15	20	20
Tariffe	202*	154/170 **	170*	80,5

* con abbattimento oltre valore soglia

** Sulla base delle disposizioni regionali sulle tariffe di cui alle DGRM n.1292/2014 e n.1009/2017

Anno 2015	BUDGET Ricoveri Ospedalieri e residenziali (Residenti Regionali)	BUDGET Spec. ambulatoriali (Residenti Regionali)	BUDGET Ricoveri Ospedalieri e residenziali (Residenti fuori regione)	BUDGET Spec. ambulatoriali (Residenti fuori Regione)	BUDGET ex Comunità Protetta . SRP.
Importo	2.005.987,88	4.861,32	1.076.701,75	2.081,16	587.650

Anno 2016	BUDGET *Ricoveri Ospedalieri/ residenziali e ERP (Residenti Regionali)	BUDGET Spec. ambulatoriali (Residenti Regionali)	BUDGET Ricoveri Ospedalieri e residenziali (Residenti fuori regione)	BUDGET Spec. ambulatoriali (Residenti fuori Regione)
Importo	2.593.637,88	7.482,00	1.076.701,75	3.842,00

* il budget è comprensivo di n.20Pl. SRP3.1

Anni 2017-2018	BUDGET ***Ricoveri Ospedalieri/ residenziali e ERP (Residenti Regionali)	BUDGET Spec. ambulatoriali (Residenti Regionali)	BUDGET Ricoveri Ospedalieri e residenziali (Residenti fuori regione)	BUDGET Spec. ambulatoriali (Residenti fuori Regione)
Importo	2.653.637,88	7.482,00	1.076.701,75	3.842,00

*** il budget 2017-2018 è incrementato di €. 60.000 anche per il parziale convenzionamento di 20 Pl. RPD (R3.1)

Q

Tali tetti di spesa sono stati definiti come segue

ANNO 2015

- attività di ricovero (cod.56 e cod.60) /residenziale (SRT/SRP.1) ai sensi della DGRM n.1292/2014
- attività residenziale psichiatrica (SRP 3) ai sensi della DGRM n.1292/2014 e n.1331/2014;
- attività di specialistica ambulatoriale sulla base delle disposizioni di cui alla Legge n. 125/2015 che prevedono rispettivamente la riduzione dell'1% sulla spesa consuntivata dell'anno 2014 e comunque non oltre il tetto massimo di spesa dell'anno 2014

ANNI 2016-2017-2018

- attività di ricovero ospedaliero (cod.56 e cod.60) e /residenziale (SRT/SRP.1) e SRP.3.1 ai sensi della DGRM n.1009/2017

-attività residenziale psichiatrica (SRP3.) sulla base della DGRM n.1292/2014 e n.1331/2014;

- attività di specialistica ambulatoriale: in adesione alle disposizioni di cui nota ASUR n. 28029/2016 che prevedono la riduzione dell'0,5% del tetto di spesa anno 2015 ai sensi della DGRM n.1224/2015.

I tetti di spesa di cui sopra si riferiscono alle prestazioni erogate agli assistiti di tutte le Aree Vaste della ASUR Marche. Per le prestazioni erogate a cittadini residenti in altre Regioni d'Italia si applicano le disposizioni relative alla disciplina della mobilità attiva (per le sole prestazioni ospedaliere e per la specialistica).

Potranno essere effettuate redistribuzioni di budget con le modalità previste nella DGRM n.1438/2016 (accordo ARIS) e DGRM n. 1636/2016 (accordo AIOP Regione) nel termine del 15% anche nella compensazione tra le differenti attività e le differenti strutture appartenenti al medesimo gruppo.

Relativamente ai n. 20Pl. di RPD (R3.1) è previsto per gli anni 2017 e 2018 l'incremento di € 60.000.

MOBILITA' ATTIVA

Con riferimento alle prestazioni erogate e/o da erogare a titolo di Mobilità si precisa quanto segue:

- per le prestazioni di ricovero le stesse saranno valutate solo nell'ambito di discipline per le quali la struttura sia già accreditata con il SSN e nel limite della capacità dei posti letto accreditati;
- per le prestazioni ambulatoriali le stesse verranno erogate attraverso un' unica lista di attesa, escludendo percorsi preferenziali per gli utenti in ragione della loro regione di residenza. In applicazione dell'art. 29, comma 1, lettera h) del D.Lgs n. 118 del 23/06/2011, che prevede l'utilizzo della matrice di mobilità extraregionale, approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome e inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento risultante, a ciascun erogatore privato, per la contabilizzazione delle prestazioni erogate potrà essere riconosciuto al massimo il controvalore complessivo di prestazioni, pari a quello risultante dalla matrice della mobilità Extraregionale a titolo di mobilità attiva extraregionale (Mobilità Attiva Programmata) con riferimento alla quota di produzione assegnata.

Il tetto di mobilità attiva programmata per gli anni 2016 viene mantenuto in euro 2.958.501,78 corrispondente alla produzione extraregione dell'anno 2014, ripartito in base alla Tabella soprariportata. A seguito degli accordi di confine attualmente in corso, i tetti di mobilità potranno essere rivisitati nello specifico per gli anni 2017-2018.

In conformità alle linee guida sulla Mobilità attiva di cui alla DGRM 279/2014, la Mobilità attiva per l'anno 2015 si definisce pari alla produzione riconosciuta attraverso le Matrici della Mobilità Extraregionale approvate dal CIPE, cosiddetta Mobilità Attiva Programmata, come comunicata dalla Regione in sede di assegnazione del budget.

L'Eventuale produzione di Mobilità Attiva Interregionale eccedente la Mobilità Attiva Programmata potrà essere fatturata dai soggetti erogatori privati nell'anno di competenza, entro i limiti massimi previsti ma sarà riconosciuta, liquidata e pagata soltanto al verificarsi delle seguenti tre condizioni:

- a. se, quando e nella misura in cui sia stata ufficialmente riconosciuta alla Regione marche mediante la c.d. Matrice della Mobilità Extraregionale;
- b. se non esistano incompatibilità con gli effetti economici prodotti dagli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, obbligatoriamente previsti dal Patto per la Salute 2014-2016. Pertanto, fino al verificarsi delle condizioni di cui sopra, tale eccedenza non costituirà debito per la Regione nei confronti dell'ASUR e di conseguenza dell'ASUR nei confronti dei soggetti erogatori privati

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 formalizzata dalla matrice della mobilità extraregionale.

Regolazione diretta tra la Casa di Cura e la ASL della regione di Riferimento per le prestazioni erogate in regime residenziale (SRT) a pazienti residenti fuori Regione.

ART.7

Tariffe delle prestazioni

Si applicano le tariffe definite dalla D.G.R. 1331 del 25/11/2014 "Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori -modifica della D.G.R. 1011 12013" e dalla D.G.R. 1221 del 30/12/2015 "Approvazione dello schema di accordo quadro per U triennio 2015-2017 tra fa Regione Marche, il Coordinamento regionale degli Enti ausiliari Accreditati (CREA) delle Marche, l'Associazione italiana per la Cura Dipendenze Patologiche (ACUD(PA)) e l'ASUR Marche relativo alle prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a persone cori dipendenze patologiche".

Dal 1° gennaio 2016 si mantengono, per l'attività ospedaliera (cod 56, 60 e 75) le tariffe già definite con D.G.R. 709/2014.

Solo a valere per l'anno 2016 e fino al 30 giugno 2017 e relativamente alla lungodegenza (codice 60), sono riconosciuti per i primi 20 giorni di degenza cura 16,00, omnicomprensivi e aggiuntivi rispetto alla tariffa stabilita

dalla D.G.R n.709/2014. Per il secondo semestre 2017 e per l'anno 2018 si riconfermano le tariffe della D.G.R. n. 709/2014 così come concordato per la medesima tipologia assistenziale, tra Regione Marche ed ALOP (D.G.R..N. 1636 del 27/11/2016) e ARIS.

Le tariffe per le prestazioni ambulatoriali sono quelle di cui alla DGRM n. 5 del 13/01/2015.

ART. 8

Contabilizzazione e Pagamenti

La Casa di Cura si impegna ad inviare all'Area Vasta n. 5 contabilità mensili con distinzione dell'attività prestata in base alla residenza del paziente. Ogni contabilità sarà costituita da:

- a) fattura elettronica e un prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinte per tipologia quali: residenziali, di ricovero, prestazioni specialistiche ambulatoriali distinte per Area Vasta o USL di appartenenza dell'utente;
- b) originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità;
- c) distinte e tracciati record così come individuati dalla Regione Marche.

Ciascuna fattura deve essere emessa in conformità alle indicazioni regionali in atto e secondo quanto prescritto dalla normativa in materia.

La liquidazione delle fatture mensili sia delle attività di ricovero, residenziali che ambulatoriali avviene ai sensi del Dlgs.192/2012 nel rispetto della normativa vigente in materia e/o a nuove disposizioni regionali, ed ai controlli amministrativo-contabili nonché sanitari previsti per l'attività di ricovero ai sensi della DGRM n.781/2013; e, comunque, per gli assistiti della Regione Marche, nei limiti di un dodicesimo del tetto di spesa, sopra definito. Per gli eventuali maggiori importi del fatturato che dovessero eccedere il tetto di spesa la Casa di Cura si obbliga ad emettere le note di credito. La liquidazione degli addebiti per prestazioni di ricovero ad assistiti di altre regioni italiane (mobilità attiva extra regione) avverrà secondo le disposizioni contenute nella DGRM n.1292/2014 e nella DGRM n.1009/2017 a cui si fa espresso richiamo. Il tutto con esplicita riserva di ogni conguaglio attivo e passivo che dovesse derivare a seguito delle verifiche sanitarie e amministrative definitive, fino alla formale chiusura della contabilità annuale sulla base di eventuali indicazioni previste dalla Giunta Regionale.

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 privata, il danno verrà posto a carico della medesima, salvo possibilità di rettifica.

La liquidazione delle prestazioni residenziali psichiatriche modulo quarto (SRP.3.1) avviene dietro la presentazione dell'elenco del personale che ha operato nella struttura distinto per qualifica e con l'indicazione delle ore di servizio prestate da ciascuno e dell'allegato "E" compilato nella colonna "Consuntivo".

Qualora l'ospite si assenti per ricovero in ospedale, il posto sarà conservato fino alla dimissione ospedaliera, eccetto che, a seguito di rivalutazione non sia stabilito un ricovero presso un altro tipo di struttura residenziale. In detto periodo l'ASUR AV5 corrisponderà il 50% della quota sanitaria. In caso di assenza volontaria, debitamente documentata, il posto viene conservato per un massimo di n. 15 giorni complessivi nell'anno di competenza.

ART. 9

Flussi informativi

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

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

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

Il debito informativo definito con i tracciati unici regionali, oltre che essere obbligatorio nei riguardi della regione e dello Stato, rappresenta per l'Area vasta il principale strumento per la programmazione, la verifica ed il controllo delle prestazioni erogate dalla struttura. Il mancato invio delle distinte e dei tracciati record di cui sopra, ovvero la rilevazione della loro incompletezza o imprecisione (codifica, tariffazione ecc.) anche a seguito del confronto con quanto effettivamente accertato dall'Agenzia Sanitaria Regionale a seguito dell'invio e delle procedure di controllo previste qualora contestati formalmente da parte dell'Area Vasta n.5 danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con interruzione dei termini previsti.

ART 10

Contenzioso

Eventuali inadempienze agli accordi di cui alla presente intesa saranno contestate dall'Area vasta n.5 per iscritto e con fissazione del termine perché le stesse siano rimosse; trascorso inutilmente il termine concesso, l'Area vasta n.5 ha facoltà di proporre la procedura per la revoca dell'accreditamento.

ART. 11
Tutela della privacy

La Casa di Cura, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati relativi all'oggetto del presente accordo, si impegna a trattare i dati, di cui è titolare l'Area Vasta n.5 e dei quali venga a conoscenza in esecuzione del contratto e nell'effettuazione delle operazioni e dei compiti ad essa affidati, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, di cui al D.L.gs. n.196/2003 e s.m.i. e del regolamento organizzativo Privacy adottato con determina DG/Asur n.148/2013. La Casa di Cura garantisce altresì la compiuta osservanza di quanto disposto dall'Area vasta nel regolamento Privacy e l'adozione di tutte le misure di sicurezza idonee ad evitare rischi di distruzione o perdita anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità di raccolta.

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

L'Area Vasta n.5 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.12
Norme di garanzia

Le prestazioni di cui al presente accordo, dovranno essere conformi a quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza e pertanto, quelle che dovessero risultare escluse dai livelli essenziali di assistenza, non verranno remunerate dall'Area Vasta n.5.

ART.13
Validità

Il presente accordo ha validità dal 01/01/2015 al 31/12/2018 senza possibilità di rinnovo tacito. Saranno comunque riconosciute le prestazioni nel frattempo erogate, nelle more del rinnovo contrattuale.

ART.14
Disposizioni transitorie e finali

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

Il presente contratto sarà registrato solamente in caso d'uso, a cura dell'Area vasta n.5 secondo le procedure previste dalla Legge.

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

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

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

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

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



Per la Prov. Anconiana delle Suore Ospitaliere del S.C.G.
"Giuseppe" Il Legale Rappresentante
Villadoro

[Handwritten signature]

Ascoli Piceno li, 28/11/2017



Per L'A.S.U.R./ Area Vasta n.5
Il Direttore
Avv. Giulietta Capocasa

[Handwritten signature]