

ACCORDO PER L'AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA
NEPHROCARE SPA DI FALCONARA DEL PIANO DI PRESTAZIONI DI DIALISI PER GLI ANNI
2016-2017

TRA

L' A.S.U.R. – Area Vasta n.2 , con sede in Fabriano (AN), Via Turati, 51, rappresentata dal Direttore
dell'AV2 Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua, giusta direttiva n. 1 prot. 2683 ASUR/DG del 22/02/2008
confermata con nota prot. 36198 ASUR/DG del 23/10/2015 e prot. 28029 ASUR/DG del 29/09/2016,

E

LA NEPHROCARE SPA nella persona del Legale Rappresentante Dott. Fabrizio Cerino

per la stipula del seguente piano di prestazioni di specialistica ambulatoriale di da valere per gli anni 2016
e 2017;

PREMESSO

- che la Nephrocare Spa P.I. 07762500630 (codice modello STS11 n. 107500) avente sede legale in Napoli – Piazza Vanvitelli, 15 è presente sul territorio dell' Area Vasta 2 con la struttura ubicata a Falconara M.ma , in Via Lazio n.7 ;
- che la struttura di Falconara ha ottenuto l'accREDITAMENTO istituzionale per erogazione di prestazioni di dialisi in regime ambulatoriale con Decreto n. 66/DSS del 3.7.2012, successivamente rinnovato con decreto n. 231/ACR del 21/05/2015;
- 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 S.S.N., anche con riferimento alla nuova disciplina in materia di accREDITAMENTO di cui alla L.R. 21/2016;
- che la L. 27/12/1997 n. 449 all'art. 32 prevede che le Regioni individuino preventivamente il limite massimo di spesa sostenibile a carico del Fondo Sanitario da destinare al gruppo di istituzioni rappresentate dalle strutture private e dai professionisti privati accREDITATI eroganti prestazioni sanitarie;
- che simile determinazione ha valore autoritativo e vincolante, in funzione della necessità di garantire una corretta gestione delle risorse economiche, nonché lo svolgimento delle attività dei soggetti operanti nel settore nell'ambito di una effettiva programmazione;

- che l'art. 8 bis, comma 2, del Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 stabilisce che i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali, ed al successivo comma 3, stabilisce che l'esercizio delle attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale è subordinato alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;
- che l'art. 6 dell'Intesa della Conferenza permanente Stato – Regioni del 23 marzo 2005 rep. 2271 stabilisce che le Regioni adottino i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economici-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
- che in base alla normativa sopra richiamata la Regione è chiamata a rivestire il ruolo di garante, sia dell'erogazione ai cittadini delle prestazioni indicate nei Livelli Essenziali di Assistenza, sia dell'equilibrio economico finanziario del sistema. La Regione al fine di poter svolgere tale ruolo, dal 2002, ha adottato lo strumento della contrattazione del budget annuale di spesa e degli obiettivi di qualità con i diversi Enti del S.S.R., in particolare, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- che l'accordo contrattuale concluso, per l'anno 2015, tra l'ASUR/AV2 e la Società Nephrocare ha previsto un tetto di spesa complessivo di € 441.503,21, per i residenti della Regione Marche e di € 92.364,59 per i residenti fuori Regione, tenuto conto della specifica autorizzazione rilasciata dal Direttore Generale dell'Asur per l'anno 2015, con la nota prot. 26415/31.07.2015 e considerata, inoltre, la spesa consuntivata per l'anno 2014 in € 93.297,57 abbattuta dell'1% ai sensi dell'art.9 *quater* L. 125/2015 di conversione del D.L. 78/2015;
- che sulla base della Circolare della Direzione Generale dell'ASUR prot. 28029 del 29/09/2016, diramata a tutte le Strutture private accreditate con nota del Direttore AV2 prot. 168622 del 03/10/2016, "il tetto di spesa da assumere nel 2016 è pari a quello del 2015 ridotto dello 0,5% per effetto della DGRM n. 1224 del 30.12.2015" e che pertanto il budget 2016 e 2017 riconoscibile alla Società Nephrocare quale tetto fisso ed invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni di dialisi ambulatoriale è pari ad € 439.295,69 (Intra Marche);
- che per la mobilità attiva in favore di assistiti di altre regioni il tetto di spesa va rideterminato in € 80.480,77 sulla base del tetto storico mob. Attiva programmata anno 2014 (nota Servizio Sanità Regione Marche prot. 89853/2015) abbattuta dello 0,5% (in assenza e fatta salva una diversa e specifica autorizzazione all'incremento del tetto da parte della Direzione dell'Asur sia per l'anno 2016, sia per l'anno 2017);



- Premesso quanto sopra le parti convengono e stipulano quanto segue

Art. 1

Prestazioni oggetto dell'accordo anni 2016 e 2017

Le parti concordano sul contenuto delle premesse e si danno reciprocamente atto che lo stesso forma parte integrante e sostanziale del presente accordo.

La Struttura "NephroCare Spa" di Falconara erogherà prestazioni di dialisi in favore di pazienti residenti nell'ambito territoriale dell'Area Vasta 2, nonché di pazienti residenti in ambiti di altre Aree Vaste della Regione Marche le cui prestazioni, a carico del S.S.R., vengono liquidate dall'Area Vasta 2 in regime di mobilità sanitaria attiva.

La Struttura erogherà altresì, alle medesime condizioni, prestazioni anche a pazienti residenti in altre Regioni d'Italia; esse verranno riconosciute dalla Area Vasta 2 al di fuori del tetto di spesa fissa (budget) stabilito per i residenti della Regione Marche con le stesse modalità e tariffe ed entro il limite massimo di spesa di cui al successivo art. 5.

La retribuzione di tali prestazioni è subordinata al riconoscimento da parte delle regioni debtrici in sede di compensazione della mobilità sanitaria.

Le prestazioni dovranno essere erogate nel rispetto dei requisiti fissati con particolare riferimento all'accessibilità, all'appropriatezza clinica ed organizzativa, ai tempi di attesa.

Le liste d'attesa debbono essere improntate sul principio di trasparenza, con priorità per i casi di maggior urgenza, l'attività inoltre dovrebbe esser distribuita quanto più equamente possibile nell'arco dell'anno.

Art. 2

Requisiti e modalità di accesso

Gli utenti potranno accedere alla Struttura, per la erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo, a libera scelta, previa prescrizione, sul ricettario del SSN, da parte del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera scelta o di un Medico Specialista di struttura pubblica.

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

- acquisizione di idonea prescrizione su ricettario del S.S.N.;
- accettazione e classificazione delle prestazioni secondo la codifica del tariffario regionale di cui alla DGRM 5 del 13/01/2015, 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.

Per le attività di cui sopra la Struttura osserverà le norme di legge vigenti in materia e tutte le disposizioni che l'Area Vasta 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 Struttura prima della fatturazione della prestazione.

Art. 3 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 analisi chimico cliniche, dai Manuali di Autorizzazione ed Accredimento adottati dalla Regione Marche e *ratione temporis* vigenti, 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, a fine anno 2016 e 2017 all'Area Vasta 2, 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.

La Struttura si impegna a mantenere i requisiti di autorizzazione e accreditamento come previsti disciplinati dalla L. 21/2016.

Art. 4 Documentazione e controlli sull'appropriatezza

La funzione di verifica e controllo sulla erogazione delle prestazioni avviene secondo quanto previsto dalla DGRM 781 del 28/05/2013 e successive disposizioni applicative cui viene fatto espresso riferimento.

L'Area Vasta 2 si riserva comunque di effettuare presso la Struttura, 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.

ART. 5 Azioni di committenza e livelli ottimali di offerta

- Intra-regione

L'Area Vasta 2 si rende disponibile a riservare alla Struttura NephroCare Spa una quota di prestazioni di dialisi a carico del Servizio Sanitario Regionale, rispettivamente per gli anni 2016 e 2017, per un importo



omnicomprensivo ed insuperabile (tetto di spesa) di € 439.295,69, pari al tetto previsto per l'anno 2015, abbattuto dello 0,5% ex DGR 1224/2015.

- Mobilità attiva

Le prestazioni erogate in mobilità attiva a cittadini residenti in altre Regioni d'Italia sono riconosciute al di fuori del tetto di spesa sopra indicato nel limite massimo di € 80.480,77, sulla base del tetto storico mob. Attiva programmata anno 2014 (nota Servizio Sanità Regione Marche prot. 89853/2015) abbattuta dello 0,5% ex DGR 1224/2015.

Le prestazioni di cui trattasi sono da retribuirsi con le tariffe di cui alla DGRM n. 5 del 13/01/2015.

Il numero di prestazioni fissato intra-regione ed in mobilità è quello calcolabile suddividendo i tetti di spesa per il valore medio delle prestazioni; saranno comunque e solamente retribuite prestazioni, a prescindere dal numero delle medesime, fino alla concorrenza dei tetti di spesa fissati.

I tetti di spesa sopra assegnati e/o le tariffe saranno automaticamente adeguati a qualsiasi intervenuta disposizione nazionale, regionale e/o della Direzione Generale dell'Asur.

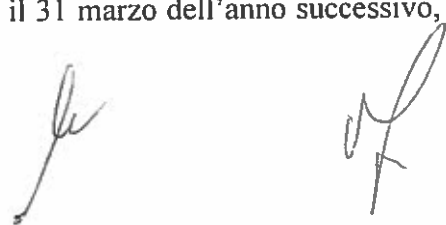
Art. 6 Contabilizzazione

La Struttura NephroCare Spa si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta 2 la contabilità mensile con distinzione per Area Vasta di residenza del paziente. Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dalla documentazione contenente il dettaglio delle prestazioni contabilizzate nella fattura elettronica;
- b) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- c) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni effettuate a pazienti extraregionali;
- 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 60 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 di ritardato pagamento decorreranno gli interessi nella misura prevista dalla normativa vigente.

Le prestazioni fatturate nel mese di dicembre in favore dei residenti e dei non residenti saranno invece oggetto di liquidazione fino al 90% di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 5., mentre il congruaggio finale sarà eseguito dalla Area Vasta 2 a favore del Presidio accreditato entro il 31 marzo dell'anno successivo, fatto salvo l'esito del controllo.



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 NephroCare Spa, 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 il principale strumento per la programmazione, la verifica ed il controllo delle 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 accoglie 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 del Servizio Salute
- Funzionari e incaricati dell'Area Vasta 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 e 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 781 del 28/05/2013.
- 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. 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 obblighi di cui alla presente intesa saranno contestate dall'Area Vasta 2 per iscritto con fissazione di un termine per il corretto adempimento, trascorso inutilmente il quale, l'Area Vasta ha facoltà di proporre la procedura di revoca dell'accreditamento istituzionale.

Art. 9 Tutela della privacy

La Struttura NephroCare Spa, 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 30/06/2003 e s.m.i..

La Struttura NephroCare Spa s.r.l. garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dalla Area Vasta nel regolamento privacy adottato con determina ASUR DG n. 148 del 14/02/2013 nonché 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 NephroCare Spa 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 2, per il tramite del referente privacy e/o dei responsabili del trattamento, ha facoltà di richiedere alla struttura accreditata e verificare, in qualunque momento, lo stato di applicazione della normativa sulla privacy.

ART. 10
Disposizioni transitorie e finali

Il presente accordo ha validità dal 01/01/2016 al 31/12/2017.

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 2 secondo le procedure previste dalla legge. Le spese di bollo e di registrazione saranno a carico del laboratorio accreditato. La sottoscrizione dell'accordo da parte della struttura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione. La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta 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 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, la Area Vasta, 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.

Ancona, li

Per la Struttura NephroCare Spa

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Dott. Fabrizio Cerino

PER L'ASUR/Area Vasta 2

IL DIRETTORE

Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua

DEL 27 FEB. 2017

**ACCORDO PER L'AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA
AMBULATORI ODONTOIATRICI "DENTAL HOUSE SRL" DEL PIANO DI
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI ODT PER GLI ANNI 2016-2017.**

TRA

L' A.S.U.R. – Area Vasta 2 , con sede in Fabriano (AN), Via Turati, 51, rappresentata dal Direttore dell'AV2 Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua, giusta direttiva n. 1 prot. 2683 ASUR/DG del 22/02/2008 confermata con nota prot. 36198 ASUR/DG del 23/10/2015 e prot. 28029 ASUR/DG del 29/09/2016,

E

LA SRL DENTAL HOUSE nella persona del Legale Rappresentante Sig.ra Albertina Anna MEIJER

per la stipula del seguente piano di prestazioni da valere per gli anni 2016 e 2017

PREMESSO

- che la struttura (codice Modello STS11 n. 107740) è presente nel territorio dell' Area Vasta.2 con n. 1 ambulatorio odontoiatrico sito in via Tenna 28 di Ancona;
- che la Struttura risulta accreditata, senza prescrizioni – classe 5 - per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche e specialistiche chirurgiche , in regime ambulatoriale, con primo decreto n.583 del 21/8/2002, rinnovato con secondo Decreto n. 172/AOS del 5/9/2005, regolarmente rinnovato con ultima richiesta al Servizio Sanità del 10.1.2014, ai sensi dell'art. 16, comma 9, L.R. 20/2000;
- che la struttura, sin dal 2002, ha il sistema certificato UNI EN ISO 9001:2008 di gestione di qualità ed il suo miglioramento, nonché al presidio dei processi inerenti le "Prestazioni di odontoiatria, Chirurgia odontostomatologica, Ortodonzia. In tal senso, vanta annualmente riconoscimento di attestazioni di qualità, con relativa pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche, ai sensi e per gli effetti dell'art. 21 della L.R. n. 20/2000;
- 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 S.S.N., anche con riferimento alla nuova disciplina in materia di accreditamento di cui alla L.R. 30 settembre 2016, n. 21;
- che la L. 27/12/1997 n. 449 all'art. 32 prevede che le Regioni individuino preventivamente il limite massimo di spesa sostenibile a carico del Fondo Sanitario da destinare al gruppo di istituzioni rappresentate dalle strutture private e dai professionisti privati accreditati eroganti prestazioni sanitarie;
- che simile determinazione ha valore autoritativo e vincolante, in funzione della necessità di garantire una corretta gestione delle risorse economiche, nonché lo svolgimento delle attività dei soggetti operanti nel settore nell'ambito di una effettiva programmazione;
- che l'art. 8 bis, comma 2, del Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 stabilisce che i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali, ed al successivo comma 3, stabilisce che l'esercizio delle attività sanitarie a nome per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale è subordinato alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;

- che l'art. 3 comma 2 l. o) della L. R 13/2003 e s.m.i. stabilisce che spetta alla Giunta Regionale la definizione, ai sensi dell'art. 20 della Legge Regionale 21/2016, degli accordi quadro con le organizzazioni di categoria relativi alla conclusione dei contratti di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 del D. Lgs 30/12/1992, n. 502 e s.m.i.;
- che l'art. 6 dell'Intesa della Conferenza permanente Stato – Regioni del 23 marzo 2005 rep. 2271 stabilisce che le Regioni adottino i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economici-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
- che in base alla normativa sopra richiamata la Regione è chiamata a rivestire il ruolo di garante, sia dell'erogazione ai cittadini delle prestazioni indicate nei Livelli Essenziali di Assistenza, sia dell'equilibrio economico finanziario del sistema. La Regione al fine di poter svolgere tale ruolo, dal 2002, ha adottato lo strumento della contrattazione del budget annuale di spesa e degli obiettivi di qualità con i diversi Enti del S.S.R.;
- che le deliberazioni della Giunta Regionale che nella specie riguardanti le prestazioni di ODT ambulatoriale sono la DGRM 165 del 11/02/2003, DGRM 1804 del 9/12/2008 e DGRM n. 58 del 18/01/2010.
- che l'accordo contrattuale concluso, per l'anno 2015, tra l'ASUR/AV2 e la Struttura Dental House ha previsto un tetto di spesa di € 125.155,80 per i residenti della Regione Marche e di € 504,01 per i residenti fuori Regione;
- che sulla base della Circolare della Direzione Generale dell'ASUR prot. 28029 del 29/09/2016, diramata a tutte le Strutture private accreditate con nota del Direttore AV2 prot. 168622 del 03/10/2016, "il tetto di spesa da assumere nel 2016 è pari a quello del 2015 ridotto dello 0,5% per effetto della DGRM n. 1224 del 30.12.2015" e che pertanto il budget anno 2016 e 2017 riconoscibile alla Struttura Dental House quale tetto fisso ed invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni di ODT, è pari ad € 124.530,02 (Intra Marche) e ad € 501,49 (Fuori Regione) fermo restando quanto previsto all'art. 1;

Premesso quanto sopra le parti convengono e stipulano quanto segue

ART. 1

Oggetto del contratto

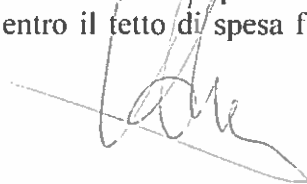
Le parti concordano sul contenuto delle premesse e si danno reciprocamente atto che lo stesso forma parte integrante e sostanziale del presente accordo.

Le parti 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, ai sensi della DGR n.1804 del 9/12/2008 e DGR n.58 del 18/1/2010, il budget di partenza assegnato alla struttura Dental House rispettivamente per l'anno 2016 e 2017, al netto del ticket per le attività effettuate per i residenti nella Regione Marche, è pari ad € 124.530,02 (Intra Marche) = (pari al consuntivo/Budget anno 2015 di € 125.155,80 abbattuto dello 0,5% ex DGR 1224/2015).

Tale budget sarà automaticamente adeguato a nuove e ulteriori deliberazioni regionali in materia qualora e se dovessero intervenire.

La struttura erogherà le medesime prestazioni, alle medesime condizioni anche a pazienti residenti in altre Regioni italiane; esse verranno riconosciute dalla AV 2 entro il tetto di spesa fissato in €



501,49 (pari al consuntivo/Budget anno 2015 di € 504,01 abbattuto dello 0,5% ex DGR 1224/2015) con le stesse modalità e tariffe previste per le prestazioni agli assistiti della Regione Marche. Le prestazioni ambulatoriali vengono remunerate secondo le tariffe vigenti di cui alla DGRM n. 5 del 13/01/2015.

I tetti di spesa sopra individuati, rispettivamente per l'anno 2016 e 2017, saranno automaticamente adeguati alle previsioni di nuovi Accordi o provvedimenti Regionali quando e qualora dovessero intervenire con riferimento alle annualità medesime, così come saranno adeguate le tariffe di retribuzione delle prestazioni, quando e qualora la Regione Marche ne stabilisse di nuove o diverse.

Analoghe revisioni dovranno 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.

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 tutte le categorie di assistiti indicate nella DGRM 1323/2002 e DGRM n.165/2003, nei tetti massimi sopraindicati in base alle tariffe contemplate nella DGRM n. 5 del 13/01/2015.
2. Il complesso delle prestazioni erogabili, nel periodo di vigenza del presente accordo, deve prevedere, rispetto a quanto previsto per le tipologie LEA, l'ordine prioritario di seguito esplicitato:

A)PRESTAZIONI DI ORTODONZIA PER L'ETA' EVOLUTIVA

Le prestazioni vengono erogate negli ambulatori 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:

- Diversamente abili collaboranti;
- Esenti per reddito;
- 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.

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 negli ambulatori della Struttura, secondo liste di attesa che terranno conto prioritariamente di:

- Diversamente Abili ; Invalidi oltre i 2/3;
- Utenti ospiti presso Strutture Residenziali;
- Esenti per reddito;
- Altri utenti LEA

Per la durata del trattamento riabilitativo protesico per i soggetti di cui alla lettera B), la Struttura è autorizzata ad erogare le prestazioni odontoiatriche necessarie.

Per quanto concerne la fornitura di materiali, dispositivi e manufatti ortodontici, 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 di attività, oggetto del presente accordo.

Il tetto di spesa di Euro 124.530,02 (= complessivo si intende insuperabile, salvo nuovi accordi sottoscritti 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.

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.

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.5.

L'Ambulatorio si impegna ad applicare quanto previsto dalla L.111/2011 in merito alla quota fissa di € 10,00 per singola ricetta da richiedere all'assistito non esente.

E' fatta salva la possibilità di riconoscere alla struttura l'adeguamento automatico del tetto in ossequio a nuove disposizioni Regionali nel caso in cui sia predisposto uno specifico stanziamento di somme aggiuntive da parte della Regione Marche.

Art.3

Requisiti di accreditamento e Standards di qualità

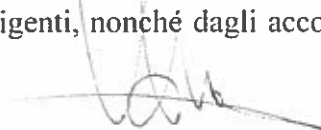
La Struttura è tenuta al rispetto dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie dal D. Lgs 502/92 e s.m. e i., dal DPR 14.1.97 e di quelli ulteriori normati dalla L.R. 20/2000 ed attualmente previsti dalla L.R. 30 settembre 2016, n. 21.

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.

Questa Area Vasta 2 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.

I requisiti e gli standards di qualità da osservarsi per l'erogazione delle prestazioni, sono quelli stabiliti dalle norme europee sulla libera circolazione di beni e servizi, nazionali e regionali in materia di best practice in odontoiatria e odontoiatria specialistica, dai Manuali di Autorizzazione ed Accredimento adottati dalla Regione Marche e *ratione temporis* vigenti, 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, a fine anno 2016 e 2017 all'Area Vasta 2, 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.4

Sistema per il miglioramento della qualità

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. 5

Contabilizzazione

La Struttura si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta 2 la contabilità mensile (fattura elettronica) con distinzione per Area Vasta di residenza del paziente.

Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- b) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni effettuate a pazienti extraregionali;
- c) dal riepilogo finale del File C come individuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria inviato mediante trasmissione telematica;
- d) dagli originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità.

La liquidazione e il pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo sanitario e contabile, entro 60 giorni dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 1., 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 decorreranno gli interessi nella misura prevista dalla normativa vigente.

Le prestazioni fatturate nel mese di dicembre in favore dei residenti e dei non residenti saranno invece oggetto di liquidazione fino al 90% di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 1., mentre il conguaglio finale sarà eseguito dalla Area Vasta 2 a favore della Struttura accreditata entro il 31 marzo dell'anno successivo, fatto salvo l'esito del controllo.

Il mancato invio della documentazione indicata ai punti a),b),c),d), 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. 6

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 obbiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con l'Amministratore Unico 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 781/2013;
- 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, l'Amministratore Unico della struttura o suo delegato,



potrà inoltrare entro 30 giorni le proprie contro-deduzioni all'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. 7

Contenzioso

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

ART. 8

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 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 30.06.2003 e s.m.i..

La Struttura accreditata garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dall'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 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. 9

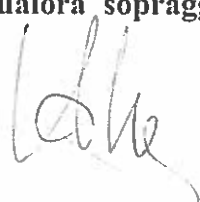
Durata

Il presente accordo ha validità dal 01/01/2016 al 31/12/2017.

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

La sottoscrizione dell'accordo da parte della struttura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione. La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta 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 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, la Area Vasta, 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 nazionali.



ART. 10

Disposizioni transitorie e finali

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

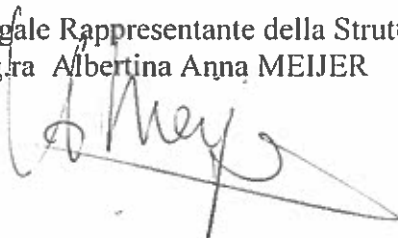
Il presente "contratto" sarà registrato, solamente in caso d'uso, a cura dell' Area Vasta 2, secondo le procedure previste dalla legge.

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

li,

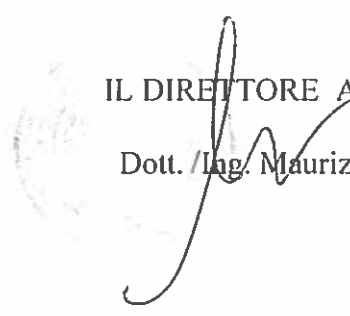
DENTAL HOUSE S.R.L.

Il Legale Rappresentante della Struttura
Sig.ra Albertina Anna MEIJER



IL DIRETTORE AREA VASTA 2

Dott. /Ing. Maurizio Bevilacqua



ACCORDO PER L'AFFIDAMENTO DEL PIANO DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI ODT PER GLI ANNI 2016-2017 ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA - "STUDIO ASSOCIATO GORRIERI E PROIETTI" DEL PROF GORRIERI PROFESSIONISTA CONVENZIONATO EX DPR 119/88 -

TRA

L' A.S.U.R. – Area Vasta 2 , con sede in Fabriano (AN), Via Turati, 51, rappresentata dal Direttore dell'AV2 Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua, giusta direttiva n. 1 prot. 2683 ASUR/DG del 22/02/2008, confermata con nota prot. 36198 ASUR/DG del 23/10/2015 e prot. 28029 ASUR/DG del 29/09/2016,

E

Lo "Studio Associato Gorrieri -Proietti" del Prof. Oliviero Gorrieri, Professionista Convenzionato con il SSN ex DPR 119/88, in qualità di Legale rappresentante per la stipula del seguente piano di prestazioni da valere per gli anni 2016- 2017.

PREMESSO

- che la struttura (codice modello STS11) è presente sul territorio dell' Area Vasta 2 con la struttura ubicata ad Ancona in Via Maratta n. 8/bis, la quale ha ottenuto l'accREDITAMENTO istituzionale per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale con Decreto del Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali n. 75 del 14/02/2003 rinnovato, da ultimo, con decreto n. 183/ACR del 17/04/2015, con l'assegnazione della classe 5;
- che lo Studio eroga prestazioni di odontoiatria a norma del DPR 119/88 "Accordo collettivo nazionale per la disciplina con professionisti convenzionati con il SSN per l'erogazione di prestazioni specialistiche sanitarie nei loro studi privati ai sensi dell'art. 48 della L. 23/12/1978 n. 833".

A seguito di specifico accordo con la ex USL 12 di Ancona ai sensi della DGRM n. 7450 del 21/12/1987;

- 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 anche con riferimento alla nuova disciplina in materia di accREDITAMENTO di cui alla L.R. 21/2016;
- 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;
- che in particolare per la disciplina dell'attività di ODT si richiamano le norme di legge vigenti in materia.
- che le deliberazioni della Giunta Reg.le, nella specie, riguardanti le prestazioni di ODT il ai fini della quantificazione del tetto di spesa da riconoscere allo Studio Accreditato del Dott. Gorrieri



stante la peculiare natura del rapporto contrattuale intercorrente con un professionista convenzionato esterno, regolato da specifica normativa, (DPR 118/99), deve comprendere tutte le voci di spesa annesse, quali IRPEF ed ENPAM a carico del medico (si veda in merito nota di chiarimenti del Dirigente Servizio Sanità Regione Marche prot. 243390/GRM/SAS del 15/04/2016).

- che lo Studio del professionista Gorrieri ha stipulato con la ex Zona Territoriale n. 7 di Ancona un pre-accordo in preparazione della convenzione da stipulare nell'anno 2009 prot. 11008 del 03/02/2009, riproposto quale Allegato A al presente atto, quale parte integrante e sostanziale;
- che l'accordo contrattuale concluso, per l'anno 2015, tra l'ASUR/AV2 e lo Studio Gorrieri ha previsto un tetto di spesa di € 72.328,41 per i soli residenti nella Regione Marche;
- che sulla base della Circolare della Direzione Generale dell'ASUR prot. 28029 del 29/09/2016, diramata a tutte le Strutture private accreditate con nota del Direttore AV2 prot. 168622 del 03/10/2016 "il tetto di spesa da assumere nel 2016 è pari a quello del 2015 ridotto dello 0,5% per effetto della DGRM n. 1224 del 30.12.2015" e che pertanto il budget 2016-2017 riconoscibile alla Struttura Gorrieri quale tetto fisso ed invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni di ODT, è pari ad € 71.966,77 (Intra Marche) fatto salvo quanto previsto all'art. 1;

Premesso quanto sopra

LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE :

ART. 1

Oggetto del contratto e tetti di spesa

Le parti concordano sul contenuto delle premesse e si danno reciprocamente atto che lo stesso forma parte integrante e sostanziale del presente accordo.

Le parti con il presente contratto determinano il volume massimo di prestazioni/ le modalità di assistenza / le tipologie delle prestazioni autorizzate che lo Studio Gorrieri si impegna ad assicurare nel rispetto dei requisiti fissati dalle normative nazionali e regionali vigenti in materia per gli anni 2016 e 2017.

Le parti convengono che il budget da assegnare allo Studio Accreditato del Dott. Gorrieri professionista convenzionato ex DPR 119/88, per le prestazioni in favore di residenti nella Regione Marche è quello di seguito indicato relativamente agli anni 2016 e 2017:

- € 71.966,77 (Intra Marche) netto di produzione riconosciuta da liquidare al netto degli acconti già introitati con la quota fissa.

Tale importo è al netto della ritenuta di acconto IRPEF e del versamento ENPAM a carico del medico secondo la percentuale prevista dall'art. 7 DPR 119/88 (9% a carico del medico e 13% a carico del Servizio Sanitario Regionale).

Tali abbattimenti percentuali IRPEF e ENPAM, a carico del medico, sono calcolati sulla produzione lorda effettuata dallo Studio medesimo.

Le parti si danno reciprocamente atto di quanto precisato in merito all'aliquota contributiva Enpam nella nota 12685/2017 ASUR AV2/ASUR AV2 inviata, tra gli altri, al professionista convenzionato Prof Gorrieri e alla Fondazione Enpam di Roma.

L'ammontare complessivo presumibilmente derivante dal presente accordo contrattuale è stimabile in € 109.000 facendo riferimento all'andamento storico.



I suddetti tetti di spesa annuali comprendono una quota di € 1.000,00 per il progetto sperimentale di prevenzione e trattamento dei disordini cranio-mandibolo-posturali come da allegato C1 del presente atto.

Non è previsto invece il riconoscimento allo Studio del professionista Gorrieri per gli anni 2016 e 2017 di un tetto di spesa per l'effettuazione di prestazioni in favore di residenti fuori-regione.

Le prestazioni ambulatoriali vengono remunerate secondo le vigenti tariffe di cui alla DGR n. 5 del 13/01/2015.

I tetti di spesa sopra individuati, rispettivamente per l'anno 2016 e 2017, saranno automaticamente adeguati alle previsioni di nuovi Accordi o provvedimenti Regionali quando e qualora dovessero intervenire con riferimento alle annualità medesime, così come saranno adeguate le tariffe di retribuzione delle prestazioni, quando e qualora la Regione Marche ne stabilisse di nuove o diverse.

Analoghe revisioni dovranno 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.

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 tutte le categorie di assistiti indicate nella DGRM 1323/2002 e DGRM n.165/2003, nel tetto massimo sopraindicato in base alle tariffe contemplate nella DGRM n. 5 del 13/01/2015.
2. Il complesso delle prestazioni erogabili, negli anni 2016 - 2017 deve prevedere, rispetto a quanto 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:

- Diversamente abili collaboranti;
- Esenti per reddito;
- 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.

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

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 negli ambulatori della Struttura, secondo liste di attesa che terranno conto prioritariamente di:

- A) Diversamente Abili ; Invalidi oltre i 2/3;
- B) Utenti ospiti presso Strutture Residenziali;
- 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 del Distretto di Ancona, 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 termine delle annualità di riferimento.

Per quanto concerne la fornitura di materiali, dispositivi e manufatti ortodontici, 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.

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

I tetti di spesa come indicato all'art. 1 nell'importo netto si intendono insuperabili salvo nuovi accordi sottoscritti 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.

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.

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. L'Ambulatorio si impegna ad applicare quanto previsto dalla L.111/2011 in merito alla quota fissa di € 10,00 per singola ricetta da richiedere all'assistito non esente.

E' fatta salva la possibilità di riconoscere alla struttura l'adeguamento automatico del tetto in ossequio a nuove disposizioni Regionali nel caso in cui sia predisposto uno specifico stanziamento di somme aggiuntive da parte della Regione Marche.

Art.3

Requisiti autorizzativi e di accreditamento

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.i., dal DPR 14.1.97 e dalla L.R. 21/2016.

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 analisi chimico cliniche, dai Manuali di Autorizzazione ed Accredimento adottati dalla Regione Marche e *ratione temporis* vigenti, 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, a fine anno 2016 e 2017 all'Area Vasta 2, 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.

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.

Questa Area Vasta 2 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

Sistema per il miglioramento della qualità

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. 5

Contabilizzazione

La Struttura si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta 2 la contabilità mensile (fattura elettronica) con distinzione per Area Vasta di residenza del paziente.

Ogni contabilità sarà costituita:



- a) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- b) dal riepilogo finale del File C come individuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria inviato mediante trasmissione telematica;
- c) dagli originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità.

La liquidazione e il pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo sanitario e contabile, entro 60 giorni dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui all'art. 1, 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 decorreranno gli interessi nella misura prevista dalla normativa vigente.

Le prestazioni fatturate nel mese di dicembre in favore dei residenti saranno invece oggetto di liquidazione fino al 90% di 1/12 del tetto di spesa di cui all'art. 1., mentre il conguaglio finale sarà eseguito dalla Area Vasta 2 a favore della Struttura accreditata entro il 31 marzo dell'anno successivo, fatto salvo l'esito del controllo.

Il mancato invio della documentazione indicata ai punti a),b),c), 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.

ART. 6

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.

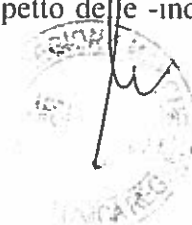
In merito alla resa del debito informativo relativo alle prestazioni erogate (File C), previsto dai tracciati unici regionali ex art. 50, comma 11, Legge 326/2003, da inviarsi, mediante sistema di trasmissione telematica, all'Agenzia Sanitaria Regionale, entro il giorno 7 del mese successivo a quello 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 obbiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con l'Amministratore Unico 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 781/2013;
- 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, l'Amministratore Unico 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. 7

Contenzioso

Eventuali inadempienze agli accordi di cui alla presente intesa saranno contestate dall' Area Vasta 2, per iscritto e con fissazione del termine perché le stesse siano rimosse; trascorso inutilmente il termine concesso, la Area Vasta 2

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

ART. 8

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 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 30.06.2003 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 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. 9

Durata

Il presente accordo ha validità dal 01/01/2016 al 31/12/2017.

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 2 secondo le procedure previste dalla legge. Le spese di bollo e di registrazione saranno a carico del laboratorio accreditato. La sottoscrizione dell'accordo da parte della struttura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione. La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta 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 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, la Area Vasta, 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.**

ART. 10

Disposizioni transitorie e finali

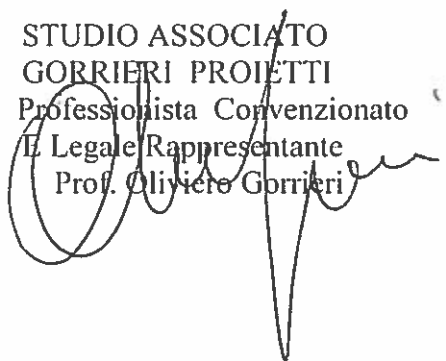
Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente contratto si fa riferimento alla normativa in materia regionale e nazionale.

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

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

li,

STUDIO ASSOCIATO
GORRIERI PROIETTI
Il Professionista Convenzionato
Il Legale Rappresentante
Prof. Oliviero Gorrieri



IL DIRETTORE AREA VASTA 2
Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua



ASUR – AV 2 – EX Z.T. 7.

**STRUTTURA ACCREDITATA
“STUDIO ASSOCIATO GORRIERI E PROIETTI ”
Studio del Professionista convenzionato ex DPR 119/88
Prof. Gorrieri
(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 Gorrieri e Proietti” (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”.



detartrasi (cod. 96.54.1): tariffa € 9,70; accesso 90'

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 alla AV 2 – ex Z.T. 7.





ALLEGATO A 2

DISTRETTO 7
Servizio Odontoiatria Domiciliare
SCHEDA CLINICO-ANAMNESTICA

Dati assistito

Nome _____ Cognome _____ c.f. _____

esenzione _____

tutore/care giver _____ tel. _____

email: _____

Condizioni di rischio per trattamenti odontoiatrici ambulatoriali:

0 paziente non collaborante 0 paziente scarsamente collaborante 0 ipovedenza 0 ipoacusia

data compilazione

il medico



DISTRETTO 7
Servizio Odontoiatria Domiciliare
SCHEMA ODONTOIATRICA

DATA VISITA _____

Condizioni cliniche del cavo orale:

0 gengivite 0 ipersensibilità dentinale 0 parodontopatia

per cui si consiglia:

0 igiene orale quotidiana 0 collutorio _____ 0 appl. fluoro _____

0 n. sedute di igiene professionale _____ 0 altro _____

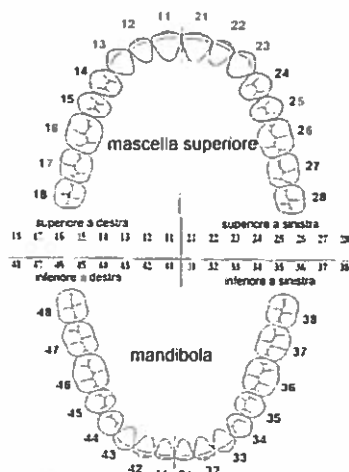
Patologia odontostomatologica:

Ex: dente da estrarre

ExP: pr. fissa da rimuovere

R = residuo radicolare da estrarre

C = carie



Protesi mobile superiore: 0 da fare 0 da riparare/ribasare 0 da rifare

Protesi mobile inferiore: 0 da fare 0 da riparare/ribasare 0 da rifare

0 presenza di decubiti/lesioni da sorvegliare in zona _____

0 profilassi antibiotica _____ 0 sospensione terapia anticoagulante

0 altra terapia da assumere _____

0 ha eseguito terapia con bifosfonati? 0 sì 0 no se sì, fino a quando? _____

l'odontoiatra

ALLEGATO B**Allegato B: PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE EROGABILI A DOMICILIO:
TARIFFE, TEMPI DI ACCESSO****CONSERVATIVA**

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA	MIN .ACCESSO
VISITA	89.03	20,70	90'
DETARTRASI/ULTRASUONI	96.54.1	9,70	90'
LEVIGATURA DELLE RADICI (per quadrante)	24.39.1	23,20	90'
OTTURAZIONE A 2 SUPERFICI	23.20.1	18,60	120'
OTTURAZIONE A 3 SUPERFICI	23.20.2	34,90	150'
MOLAGGIO SELETTIVO (per seduta)	23.49.1	16,30	90'
TER. CANALARE IN DENTE MONORAD.	23.71.1	34,90	120'
TER. CANALARE IN DENTE PLURIRAD.	23.71.2	53,40	150'

CHIRURGIA

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA	MIN .ACCESSO
ESTRAZIONE CHIRURGICA DENTE	23.19	30,20	150'
ESTRAZIONE DENTE PERMANENTE	23.09	16,30	90'
ESTRAZIONE RADICE RESIDUA	23.11	16,30	120'
SUTURA LACERAZIONE DEL LABBRO	27.51	23,40	90'
SUT.LACER. ALTRA PARTE BOCCA	27.52	23,40	90'
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA BOCCA SENZA INCISIONE	98.01	8,40	90'
RIMOZIONE SUTURA (medicazione)	96.59	3,90	90'

**Allegato B1: PROGETTO SPERIMENTALE DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO
DEI DISORDINI CRANIO-MANDIBOLO-POSTURALI**

**Diagnosi e terapia elettro-miokinesiografica
delle disfunzioni cranio-mandibolo-posturali**

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA
VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	93.01.1	12,90
VALUT. FUNZIONALE SEGMENTARIA	93.01.2	7,80
VALUTAZIONE ORTOTTICA	93.02	7,80
VALUTAZIONE PROTESICA	93.03	7,80
VALUTAZIONE MAN. FUNZ. MUSCOLARE	93.04.1	11,60
TEST POSTUROGRAFICO	93.05.4	8,00
TEST STABILOMETRICO STAT. - DIN.	93.05.5	9,70
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE	93.08.1	10,30
ELETTROMIOGRAFIA ANTALGICA (per seduta ciclo di 10 sedute)	93.39.5	3,10
POLIGRAFIA	89.15.6	46,50
STIMOLAZIONE RIPETITIVA	93.08.6	10,30
INIEZIONE ANEST. NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA (escluso anest. Per int.)	04.81.2	15,50
SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE	76.01	26,00
RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE ATM	76.93	27,90
INIEZ. SOST. TERAPEUTICA IN ATM	76.96	27,90
MANUFATTI E MATERIALI		
MODELLI IN GESSO PREPARATI CON PARABOLOIDE PER ES. ELETTROMIOG.		154,94
MODELLI PER ES. ELETTROMIOGRAFICO		77,47
SET MYO TRODES PER TENS DEI MUSCOLI FACCIALI		51,65
MODELLI PER MOLAGGIO SELETTIVO		51,65

**ACCORDO PER L'AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA
"SOC.POLIMEDICAL SRL" DEL PIANO DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI ODT
PER GLI ANNI 2016-2017.**

TRA

L' A.S.U.R. – Area Vasta n.2 , con sede in Fabriano (AN), Via Turati, 51, rappresentata dal Direttore dell'AV2 Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua, giusta direttiva n. 1 prot. 2683 ASUR/DG del 22/02/2008 confermata con nota prot. 36198 ASUR/DG del 23/10/2015 e prot. 28029 ASUR/DG del 29/09/2016,

E

LA SOC. POLIMEDICAL SRL nella persona del Prof. Oliviero Gorrieri

per la stipula del seguente piano di prestazioni da valere per gli anni 2016-2017.

PREMESSO

- che la struttura (codice modello STS11 n. 107395) è presente sul territorio dell' Area Vasta n. 2 con la struttura sita alla Via Maratta n.21 – Ancona;
- che la Struttura ha conseguito l'accreditamento istituzionale con Decreto del Direttore del Dipartimento per la Salute e Per i Servizi Sociali n. 83/DSS del 17.9.2012 da ultimo rinnovato con Decreto P.F. Accreditamenti n. 439/ACR del 01/12/2015;
- 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 S.S.N, anche con riferimento alla nuova disciplina in materia di accreditamento di cui alla L.R. 21/2016;
- 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;
- che la L. 27/12/1997 n. 449 all'art. 32 prevede che le Regioni individuino preventivamente il limite massimo di spesa sostenibile a carico del Fondo Sanitario da destinare al gruppo di istituzioni rappresentate dalle strutture private e dai professionisti privati accreditati eroganti prestazioni sanitarie;
- che simile determinazione ha valore autoritativo e vincolante, in funzione della necessità di garantire una corretta gestione delle risorse economiche, nonché lo svolgimento delle attività dei soggetti operanti nel settore nell'ambito di una effettiva programmazione;
- che l'art. 8 bis, comma 2, del Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 stabilisce che i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali, ed al successivo comma 3, stabilisce che l'esercizio delle attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale è subordinato alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;

- che l'art. 3 comma 2 l. o) della L. R 13/2003 e s.m.i. stabilisce che spetta alla Giunta Regionale la definizione, ai sensi dell'art. 23 della Legge Regionale 16/03/2000 n. 20, degli accordi quadro con le organizzazioni di categoria relativi alla conclusione dei contratti di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 del D. Lgs 30/12/1992, n. 502 e s.m.i.;
- che l'art. 6 dell'Intesa della Conferenza permanente Stato – Regioni del 23 marzo 2005 rep. 2271 stabilisce che le Regioni adottino i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economici-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
- che in base alla normativa sopra richiamata la Regione è chiamata a rivestire il ruolo di garante, sia dell'erogazione ai cittadini delle prestazioni indicate nei Livelli Essenziali di Assistenza, sia dell'equilibrio economico finanziario del sistema. La Regione al fine di poter svolgere tale ruolo, dal 2002, ha adottato lo strumento della contrattazione del budget annuale di spesa e degli obiettivi di qualità con i diversi Enti del S.S.R.;
- che le deliberazioni della Giunta Regionale che nella specie riguardanti le prestazioni di ODT ambulatoriale sono la DGRM 1804 del 9/12/2008 e DGRM n. 58 del 18/01/2010;
- che l'accordo contrattuale concluso, per l'anno 2015, tra l'ASUR/AV2 e la Struttura Polimedical ha previsto un tetto di spesa di € 30.997,89 per i residenti della Regione Marche e di € 133,40 per i residenti fuori Regione;
- che sulla base della Circolare della Direzione Generale dell'ASUR prot. 28029 del 29/09/2016, diramata a tutte le Strutture private accreditate con nota del Direttore AV2 prot. 168622 del 03/10/2016, "il tetto di spesa da assumere nel 2016 è pari a quello del 2015 ridotto dello 0,5% per effetto della DGRM n. 1224 del 30.12.2015" e che pertanto il budget 2016 riconoscibile alla Struttura Polimedical quale tetto fisso ed invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni di ODT, è pari ad € 30.842,90 (Intra Marche) e ad € 132,73 (Fuori Regione);

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 ai sensi della DGR n.1804 del 9/12/2008 e DGR n.58 del 18/1/2010 il budget di partenza assegnato alla struttura Polimedical rispettivamente per gli anni 2016-2017, al netto del ticket per le attività effettuate per i residenti nella Regione Marche, è pari ad € 30.842,90 = (pari al budget anno 2015 di € 30.997,89 abbattuto dello 0,5% ex DGR 1224/15).

Le parti richiamano quanto previsto nel preaccordo sottoscritto tra le medesime in data 3/2/2009, prot. 11008, integralmente riportato nel presente accordo come da allegato A) secondo cui tale budget è comprensivo di una quota di € 450 per un progetto sperimentale di prevenzione e trattamento dei disordini cranio-mandibolo-posturali.

E' previsto, inoltre, il riconoscimento alla Struttura Polimedical, per l'anno 2016 e 2017, di un tetto di spesa per l'erogazione di prestazioni in favore di residenti fuori Regione calcolato sulla base del budget 2015 in € 132,73.

Le prestazioni ambulatoriali vengono remunerate secondo le vigenti tariffe di cui alla DGRM n. 5 del 13/01/2015.

Il numero di prestazioni fissato intra-regione ed in mobilità è quello calcolabile suddividendo i tetti di spesa per il valore medio delle prestazioni; saranno comunque e solamente retribuite prestazioni, a prescindere dal numero delle medesime, fino alla concorrenza dei tetti di spesa fissati.

La struttura si impegna ad applicare quanto previsto dalla L.111/2011 in merito alla quota fissa di € 10,00 per singola ricetta da richiedere all'assistito non esente.

I tetti di spesa sopra individuati, rispettivamente per l'anno 2016 e 2017, saranno automaticamente adeguati alle previsioni di nuovi Accordi o provvedimenti Regionali quando e qualora dovessero intervenire con riferimento alle annualità medesime, così come saranno adeguate le tariffe di retribuzione delle prestazioni, quando e qualora la Regione Marche ne stabilisse di nuove o diverse.

Analoghe revisioni dovranno 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.

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 tutte le categorie di assistiti indicate nella DGRM 1323/2002 e DGRM n.165/2003, nel tetto massimo sopraindicato in base alle tariffe contemplate nella DGR n. 5 del 13/01/2015.

2. Il complesso delle prestazioni erogabili, rispettivamente nell'anno 2016-2017 deve prevedere, rispetto a quanto previsto per le tipologie LEA, l'ordine prioritario di seguito esplicitato:

A) PRESTAZIONI DI ORTODONZIA PER L'ETA' EVOLUTIVA

Le prestazioni vengono erogate negli ambulatori 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) Esenti 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.

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

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

B) PROTESI FISSA E MOBILE

Le prestazioni di cui sopra vengono applicate negli ambulatori della Struttura, secondo liste di attesa che terranno conto prioritariamente di:

A) Diversamente Abili ; Invalidi oltre i 2/3;

B) Utenti ospiti presso Strutture Residenziali;

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 del Distretto di Ancona, 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.

Per quanto concerne la fornitura di materiali, dispositivi e manufatti ortodontici, 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.

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

Il tetto di spesa di Euro 30.842,90= complessivo rispettivamente per l'anno 2016 e 2017 si intende insuperabile, salvo nuovi accordi sottoscritti con le Associazioni di categoria o diverse determinazioni nazionali o regionali relativamente al contenimento della spesa sanitaria, ma all'interno di questo, sulla base delle esigenze dell'utenza, è possibile compensare gli importi assegnati per ciascuna tipologia di prestazione LEA.

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.

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.5.

Art.3

Requisiti di accreditamento 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 analisi chimico cliniche, dai Manuali di Autorizzazione ed Accreditamento adottati dalla Regione Marche e ratione temporis vigenti, 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, a fine anno 2016 e 2017 all'Area Vasta 2, 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.

La Struttura si impegna a mantenere i requisiti di autorizzazione e accreditamento come previsti disciplinati dalla L. 21/2016.

Art.4

Sistema per il miglioramento della qualità

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. 5

Contabilizzazione

La Struttura si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta 2 la contabilità mensile (fattura elettronica) con distinzione per Area Vasta di residenza del paziente.

Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- b) dal riepilogo finale del File C come individuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria inviato mediante trasmissione telematica;
- c) dagli originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità.

La liquidazione e il pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo sanitario e contabile, entro 60 giorni dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui all'art. 1, 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 decorreranno gli interessi nella misura prevista dalla normativa vigente.

Le prestazioni fatturate nel mese di dicembre in favore dei residenti saranno invece oggetto di liquidazione fino al 90% di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 1., mentre il conguaglio finale sarà eseguito dalla Area Vasta 2 a favore della Struttura accreditata entro il 31 marzo dell'anno successivo, fatto salvo l'esito del controllo.

Il mancato invio della documentazione indicata ai punti a),b),c), 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.



ART. 6

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 obbiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con l'Amministratore Unico 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 781/2013;
- 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, l'Amministratore Unico 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. 7

Contenzioso

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

ART. 8

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 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 30.06.2003 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 2, per il tramite del referente privacy c/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. 9

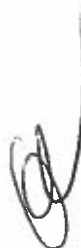
Durata

Il presente accordo ha validità dal 01/01/2016 al 31/12/2017.

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 2 secondo le procedure previste dalla legge. Le spese di bollo e di registrazione saranno a carico del laboratorio accreditato. La sottoscrizione dell'accordo da parte della struttura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione. La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta 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 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, la Area Vasta, 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.

ART. 10

Disposizioni transitorie e finali



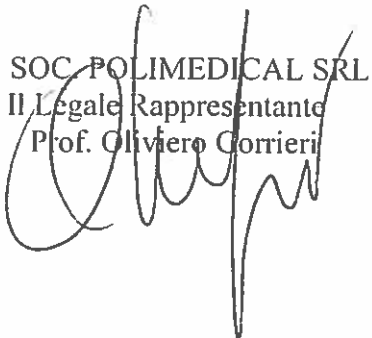
Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente contratto si fa riferimento alla normativa in materia regionale e nazionale.

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

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

li,

SOC POLIMEDICAL SRL
Il Legale Rappresentante
Prof. Oliviero Corrieri



IL DIRETTORE AREA VASTA 2
Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua



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”.

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 ex 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 2016 e 2017 (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'

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 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 2016 e 2017.



DISTRETTO 7
Servizio Odontoiatria Domiciliare

SCHEDA CLINICO-ANAMNESTICA

Dati assistito

Nome _____ Cognome _____ c.f. _____

esenzione _____

tutore/care giver _____ tel. _____

email.: _____

Condizioni di rischio per trattamenti odontoiatrici ambulatoriali:

☐ paziente non collaborante ☐ paziente scarsamente collaborante ☐ ipovedenza ☐ ipoacusia

data compilazione



il medico

[Handwritten signature]



DISTRETTO 7
Servizio Odontoiatria Domiciliare
SCHEDA ODONTOIATRICA

DATA VISITA _____

Condizioni cliniche del cavo orale:

0 gengivite 0 ipersensibilità dentinale 0 parodontopatia

per cui si consiglia:

0 igiene orale quotidiana 0 collutorio _____ 0 appl. fluoro _____

0 n. sedute di igiene professionale _____ 0 altro _____

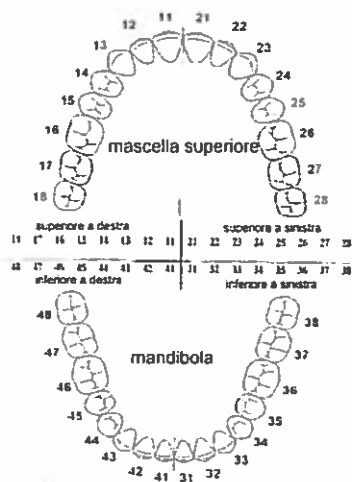
Patologia odontostomatologica:

Ex: dente da estrarre

ExP: pr. fissa da rimuovere

R = residuo radicolare da estrarre

C = carie



Protesi mobile superiore: 0 da fare 0 da riparare/ribasare 0 da rifare

Protesi mobile inferiore: 0 da fare 0 da riparare/ribasare 0 da rifare

0 presenza di decubiti/lesioni da sorvegliare in zona _____

0 profilassi antibiotica _____ 0 sospensione terapia anticoagulante

0 altra terapia da assumere _____

0 ha eseguito terapia con bifosfonati? 0 sì 0 no se sì, fino a quando? _____

l'odontoiatra

ALLEGATO B

Allegato B: PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE EROGABILI A DOMICILIO: TARIFFE, TEMPI DI ACCESSO

CONSERVATIVA

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA	MIN .ACCESSO
VISITA	89.03	20,70	90'
DETARTRASI/ULTRASUONI	96.54.1	9,70	90'
LEVIGATURA DELLE RADICI (per quadrante)	24.39.1	23,20	90'
OTTURAZIONE A 2 SUPERFICI	23.20.1	18,60	120'
OTTURAZIONE A 3 SUPERFICI	23.20.2	34,90	150'
MOLAGGIO SELETTIVO (per seduta)	23.49.1	16,30	90'
TER. CANALARE IN DENTE MONORAD.	23.71.1	34,90	120'
TER. CANALARE IN DENTE PLURIRAD.	23.71.2	53,40	150'

CHIRURGIA

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA	MIN .ACCESSO
ESTRAZIONE CHIRURGICA DENTE	23.19	30,20	150'
ESTRAZIONE DENTE PERMANENTE	23.09	16,30	90'
ESTRAZIONE RADICE RESIDUA	23.11	16,30	120'
SUTURA LACERAZIONE DEL LABBRO	27.51	23,40	90'
SUT.LACER. ALTRA PARTE BOCCA	27.52	23,40	90'
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA BOCCA SENZA INCISIONE	98.01	8,40	90'
RIMOZIONE SUTURA (medicazione)	96.59	3,90	90'

PROTESI

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA	MIN .ACCESSO
INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	23.43.2	81,30 (*)	600' (**)
(*) = tariffa totale del trattamento per arcata (**) = tempo totale complessivo delle seguenti fase di trattamento separate: prima impronta – seconda impronta con masticazione – prova – consegna n. 3 controlli/ritocchi			
INSERZIONE PROTESI PROV. MOBILE	23.43.3	16,30 (*)	450' (**)
(*) = tariffa totale del trattamento per arcata (**) = tempo totale complessivo delle seguenti fase di trattamento separate: impronta – masticazione – consegna – n. 2 controlli/ritocchi			
INSERZIONE PROT. RIMOVIBILE TOTALE	23.43.1	129,10 (*)	750' (**)
(*) = tariffa totale del trattamento per arcata (**) = tempo totale complessivo delle seguenti fase di trattamento separate: prima impronta – seconda impronta – masticazione – prova – consegna n. 4 controlli/ritocchi			
RIMOZIONE PROTESI DENTALE (per elemento)	97.35	6,50	90'
TRATT. APPLICAZIONE PR. RIMOVIBILE	99.97.2		
a) ribasamento diretto		13,40 (*)	90'
b) ribasamento indiretto		13,40 (*)	360' (**)
c) rip. Protesi, aggiunta denti e/o ganci		13,40 (*)	360' (**)

(*) = tariffa totale del trattamento per arcata
 (**) = tempo totale complessivo delle seguenti fase di trattamento separate:
 impronta – consegna – n. 2 controlli/ritocchi

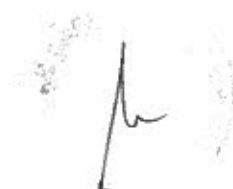
**Allegato B1: PROGETTO SPERIMENTALE DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO
DEI DISORDINI CRANIO-MANDIBOLO-POSTURALI**

**Diagnosi e terapia elettro-miokinesiografica
delle disfunzioni cranio-mandibolo-posturali**

PRESTAZIONE	CODICE TARIFFARIO	TARIFFA
VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	93.01.1	12,90
VALUT. FUNZIONALE SEGMENTARIA	93.01.2	7,80
VALUTAZIONE ORTOTTICA	93.02	7,80
VALUTAZIONE PROTESICA	93.03	7,80
VALUTAZIONE MAN. FUNZ. MUSCOLARE	93.04.1	11,60
TEST POSTUROGRAFICO	93.05.4	8,00
TEST STABILOMETRICO STAT. - DIN.	93.05.5	9,70
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE	93.08.1	10,30
ELETTROMIOGRAFIA ANTALGICA (per seduta ciclo di 10 sedute)	93.39.5	3,10
POLIGRAFIA	89.15.6	46,50
STIMOLAZIONE RIPETITIVA	93.08.6	10,30
INIEZIONE ANEST. NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA (escluso anest. Per int.)	04.81.2	15,50
SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE	76.01	26,00
RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE ATM	76.93	27,90
INIEZ. SOST. TERAPEUTICA IN ATM	76.96	27,90

MANUFATTI E MATERIALI

MODELLI IN GESSO PREPARATI CON PARABOLOIDE PER ES. ELETTROMIOG.	154,94
MODELLI PER ES. ELETTROMIOGRAFICO	77,47
SET MYO TRODES PER TENS DEI MUSCOLI FACCIALI	51,65
MODELLI PER MOLAGGIO SELETTIVO	51,65

(per seduta)

SHAFFIRE PER REGISTRAZIONE INTEROCCLUSALE COMPUTERIZZATA	77,47
ORTOTTICO MYO-FUNZIONALE	309,87

**ACCORDO PER L'AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA
AMBULATORI ODONTOIATRICI "MASTER GROUP SRL" DEL PIANO DI
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI ODT PER GLI ANNI 2016 E 2017.**

TRA

L' A.S.U.R. – Area Vasta n.2 , con sede in Fabriano (AN), Via Turati, 51, rappresentata dal Direttore dell'AV2 Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua, giusta direttiva n. 1 prot. 2683 ASUR/DG del 22/02/2008 confermata con nota prot. 36198 ASUR/DG del 23/10/2015 e prot. 28029 ASUR/DG del 29/09/2016,

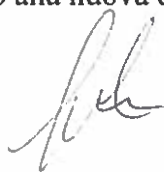
E

AMBULATORI ODONTOIATRICI MASTER GROUP Srl nella persona
dell'Amministratore Unico Sig. Cristiano Lucchetta

per la stipula del seguente piano di prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale da valere per gli anni 2016 e 2017.

PREMESSO

- che in data 30.10.2012 la "Master Group Srl" ha ceduto con atto notarile del Dott. Andrea Massei, Notaio in Ancona, con Repertorio n.15044, raccolta 10.897, registrato in data 9.11.2012 al numero 9.036, agli Ambulatori Odontoiatrici Master Group Srl il Ramo d'Azienda inerente all'attività dei tre ambulatori odontoiatrici siti ad Ancona ed a Falconara M.ma e che l'Amministratore Unico e Legale Rappresentante della Srl medesima è il Sig. Cristiano Lucchetta;
- che la Società Ambulatori Odontoiatrici Master Group Srl, in funzione del Ramo d'Azienda acquisito, subentra a tutti gli effetti all'altra società in quanto la variazione riguarda soltanto gli aspetti giuridici ed amministrativi, rimanendo invariati tutti gli aspetti gestionali, professionali e sanitari;
- che la Società Ambulatori Odontoiatrici Master Group Srl è presente sul territorio dell' Area Vasta 2 con n. 3 Ambulatori Odontoiatrici di seguito indicati:
 - ✓ Ambulatorio di Falconara in Via Rosselli 9/A, accreditato per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche con Decreto n.106/AOS del 20.5.2005, oggetto di rinnovo con richiesta al Servizio Sanità del 24.10.2013 e con successiva istanza in data 18/11/2016;
 - ✓ Ambulatorio Corso Stamira sito in Ancona, Corso Stamina n. 17, accreditato ex art 16 L.R.20/2000– per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche in reg.amb.le con decreto n. 139 del 14.7.2008, rinnovato con decreto del dirigente p.f. accreditamenti n. 137/ACR del 15/07/ 2014 ed oggetto di rinnovo con successiva istanza in data 18/11/2016;
 - ✓ Poliamb. Monte D'ago sito in Ancona alla Via Tiraboschi n.36/G accreditato ex art 16 L.R.20/2000 per erog. prestaz. special. mediche, chirurgiche ed odontoiatriche in regime amb.le. con Decreto n. 104 del 7.8.2007, da ultimo rinnovato con Decreto P.F. Accreditamenti n. 365/ACR del 12/10/2016;
- 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 S.S.N, anche con riferimento alla nuova disciplina in materia di accreditamento di cui alla L.R. 21/2016;



- che la L. 27/12/1997 n. 449 all'art. 32 prevede che le Regioni individuino preventivamente il limite massimo di spesa sostenibile a carico del Fondo Sanitario da destinare al gruppo di istituzioni rappresentate dalle strutture private e dai professionisti privati accreditati eroganti prestazioni sanitarie;
- che simile determinazione ha valore autoritativo e vincolante, in funzione della necessità di garantire una corretta gestione delle risorse economiche, nonché lo svolgimento delle attività dei soggetti operanti nel settore nell'ambito di una effettiva programmazione;
- che l'art. 8 bis, comma 2, del Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 stabilisce che i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali, ed al successivo comma 3, stabilisce che l'esercizio delle attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale è subordinato alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;
- che l'art. 3 comma 2 l. o) della L. R 13/2003 e s.m.i. stabilisce che spetta alla Giunta Regionale la definizione, ai sensi dell'art. 23 della Legge Regionale 16/03/2000 n. 20, degli accordi quadro con le organizzazioni di categoria relativi alla conclusione dei contratti di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 del D. Lgs 30/12/1992, n. 502 e s.m.i.;
- che l'art. 6 dell'Intesa della Conferenza permanente Stato – Regioni del 23 marzo 2005 rep. 2271 stabilisce che le Regioni adottino i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economici-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
- che in base alla normativa sopra richiamata la Regione è chiamata a rivestire il ruolo di garante, sia dell'erogazione ai cittadini delle prestazioni indicate nei Livelli Essenziali di Assistenza, sia dell'equilibrio economico finanziario del sistema. La Regione al fine di poter svolgere tale ruolo, dal 2002, ha adottato lo strumento della contrattazione del budget annuale di spesa e degli obiettivi di qualità con i diversi Enti del S.S.R.;
- che le deliberazioni della Giunta Regionale che nella specie riguardano le prestazioni di ODT ambulatoriale sono la DGRM 1804 del 9/12/2008 e DGRM n. 58 del 18/01/2010.
- che l'accordo contrattuale concluso, per l'anno 2015, tra l'ASUR/AV2 e la Ambulatori Odontoiatrici Master Group S.r.l. per le tre strutture ambulatoriali in oggetto ha previsto un tetto di spesa complessivo di € 173.292,84 per i residenti della Regione Marche e di € 296,46 per i residenti fuori Regione;
- che sulla base della Circolare della Direzione Generale dell'ASUR prot. 28029 del 29/09/2016, diramata a tutte le Strutture private accreditate con nota del Direttore AV2 prot. 168622 del 03/10/2016, "il tetto di spesa da assumere nel 2016 è pari a quello del 2015 ridotto dello 0,5% per effetto della DGRM n. 1224 del 30.12.2015" e che pertanto il budget 2016 e 2017 riconoscibile alla Struttura Master Group quale tetto fisso ed invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni di ODT, è pari ad € 172.426,38 (Intra Marche) e ad € 294,98 (Fuori Regione);

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 Ambulatori Odontoiatrici Master Group S.r.l. si impegna ad assicurare nel rispetto dei requisiti fissati dalle normative nazionali e regionali vigenti in materia.

Le parti convengono che ai sensi della DGR n.1804 del 9/12/2008 e DGR n.58 del 18/1/2010 il budget di partenza assegnato alla struttura Ambulatori Odontoiatrici Master Group S.r.l. rispettivamente per gli anni 2016-2017, al netto del ticket per le attività effettuate per i residenti nella Regione Marche, è pari ad € 172.426,38 = (pari al budget anno 2015 di € 173.292,84 abbattuto dello 0,5% ex DGR 1224/15).

E' previsto, inoltre, il riconoscimento alla Struttura Ambulatori Odontoiatrici Master Group S.r.l. , per l'anno 2016 e 2017 , di un tetto di spesa per l'erogazione di prestazioni in favore di residenti fuori Regione calcolato sulla base del budget 2015 in € 294,98.

Le prestazioni ambulatoriali vengono remunerate secondo le vigenti tariffe di cui alla DGRM n. 5 del 13/01/2015.

Il numero di prestazioni fissato intra-regione ed in mobilità è quello calcolabile suddividendo i tetti di spesa per il valore medio delle prestazioni; saranno comunque e solamente retribuite prestazioni, a prescindere dal numero delle medesime, fino alla concorrenza dei tetti di spesa fissati.

La struttura si impegna ad applicare quanto previsto dalla L.111/2011 in merito alla quota fissa di € 10,00 per singola ricetta da richiedere all'assistito non esente .

I tetti di spesa sopra individuati, rispettivamente per l'anno 2016 e 2017, saranno automaticamente adeguati alle previsioni di nuovi Accordi o provvedimenti Regionali quando e qualora dovessero intervenire con riferimento alle annualità medesime, così come saranno adeguate le tariffe di retribuzione delle prestazioni, quando e qualora la Regione Marche ne stabilisse di nuove o diverse.

Analoghe revisioni dovranno 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.

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 tutte le categorie di assistiti indicate nella DGRM 1323/2002 e DGRM n.165/2003, nei tetti massimi sopraindicati in base alle tariffe contemplate dalla DGRM n. 5 del 13/01/2015.

2. Il complesso delle prestazioni erogabili, rispettivamente nell'anno 2016 e 2017 deve prevedere, rispetto a quanto previsto per le tipologie LEA, l'ordine prioritario di seguito esplicitato:

A) PRESTAZIONI DI ORTODONZIA PER L'ETA' EVOLUTIVA

Le prestazioni vengono erogate negli ambulatori 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:

- Diversamente abili collaboranti;
- Esenti per reddito;
- 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.

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 negli ambulatori della Struttura, secondo liste di attesa che terranno conto prioritariamente di:

- Diversamente Abili ; Invalidi oltre i 2/3;
- Utenti ospiti presso Strutture Residenziali;
- Esenti per reddito;
- Altri utenti LEA

Per quanto concerne la fornitura di materiali, dispositivi e manufatti ortodontici, 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 di attività, oggetto del presente accordo.

Il tetto di spesa di Euro 172.426,38 = complessivo si intende insuperabile, salvo nuovi accordi sottoscritti 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.

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.

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.5.

L'Ambulatorio si impegna ad applicare quanto previsto dalla L.111/2011 in merito alla quota fissa di € 10,00 per singola ricetta da richiedere all'assistito non esente.

E' fatta salva la possibilità di riconoscere alla struttura l'adeguamento automatico del tetto in ossequio a nuove disposizioni Regionali nel caso in cui sia predisposto uno specifico stanziamento di somme aggiuntive da parte della Regione Marche.

Art.3

Requisiti di accreditamento e 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 analisi chimico cliniche, dai Manuali di

Autorizzazione ed Accredimento adottati dalla Regione Marche e ratione temporis vigenti, 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, a fine anno 2016 e 2017 all'Area Vasta 2, 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.

La Struttura si impegna a mantenere i requisiti di autorizzazione e accreditamento come previsti disciplinati dalla L. 21/2016.

Art.4

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. 5

Contabilizzazione

La Struttura si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta 2 la contabilità mensile (fattura elettronica) con distinzione per Area Vasta di residenza del paziente.

Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- b) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni effettuate a pazienti extraregionali;
- c) dal riepilogo finale del File C come individuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria inviato mediante trasmissione telematica;
- d) dagli originali di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità.

La liquidazione e il pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo sanitario e contabile, entro 60 giorni dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 2., 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 decorreranno gli interessi nella misura prevista dalla normativa vigente.

Le prestazioni fatturate nel mese di dicembre in favore dei residenti e dei non residenti saranno invece oggetto di liquidazione fino al 90% di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 2., mentre il conguaglio finale sarà eseguito dalla Area Vasta 2 a favore della Struttura accreditata entro il 31 marzo dell'anno successivo, fatto salvo l'esito del controllo.

Il mancato invio della documentazione indicata ai punti a,)b),c),d), 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. 6

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 obbiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con l'Amministratore Unico 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 781/2013;

- 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, l'Amministratore Unico 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. 7

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

ART. 8

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 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 30.06.2003 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 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. 9

Durata

Il presente accordo ha validità dal 01/01/2016 al 31/12/2017.

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 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 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 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, la Area Vasta, 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.**

ART. 10

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 2, secondo le procedure previste dalla legge.

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

li,

AMBULATORI ODONTOIATRICI
MASTER GROUP SRL

Il Legale Rappresentante della Struttura
Sig. Cristiano Luchetta

Amb. Odon. MASTER GROUP s.r.l.
Amministratore Unico
Cristiano Luchetta

IL DIRETTORE
AREA VASTA N.2

Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua

ACCORDO PER L'AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA
AMBULATORIO POLISPECIALISTICO BIOS CENTER S.R.L. DI OSIMO DEL PIANO DI
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI IN REGIME
AMBULATORIALE PER GLI ANNI 2016 E 2017

TRA

L' A.S.U.R. – Area Vasta n.2 , con sede in Fabriano (AN), Via Turati, 51, rappresentata dal Direttore
dell'AV2 Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua, giusta direttiva n. 1 prot. 2683 ASUR/DG del 22/02/2008
confermata con nota prot. 36198 ASUR/DG del 23/10/2015 e prot. 28029 ASUR/DG del 29/09/2016,

E

L'AMBULATORIO POLISPECIALISTICO BIOS CENTER SRL nella persona del Legale
rappresentante p.t.

per la stipula del seguente piano di prestazioni di specialistica ambulatoriale di diagnostica per immagini
da valere per gli anni 2016 e 2017;

PREMESSO

- che l'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center Srl P.I. 02336850421 è presente sul territorio dell'Area Vasta 2 con la struttura ubicata ad Osimo in Via Ticino, 20 – Frazione Padiglione -;
- che la struttura Bios Center S.r.l. (codice Modello STS11 n. 107311) ha ottenuto l'accreditamento istituzionale con Provvedimento n. 164 del 17.6.2010 per l'erogazione di prestazioni specialistiche mediche (medicina dello sport e medicina del lavoro) e diagnostica per immagini (ecografie generali non invasive, ecografie ostetriche morfologiche, ecografie cardiologiche, ecografie vascolari, densitometria ossea MOC, RMN) in regime ambulatoriale, da ultimo rinnovato con Decreto P.F. Accreditamenti n. 211/ACR dell'11.05.2016;
- 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 S.S.N., anche con riferimento alla nuova disciplina in materia di accreditamento di cui alla L.R. 21/2016;
- che la L. 27/12/1997 n. 449 all'art. 32 prevede che le Regioni individuino preventivamente il limite massimo di spesa sostenibile a carico del Fondo Sanitario da destinare al gruppo di istituzioni rappresentate dalle strutture private e dai professionisti privati accreditati eroganti prestazioni sanitarie;

- che simile determinazione ha valore autoritativo e vincolante, in funzione della necessità di garantire una corretta gestione delle risorse economiche, nonché lo svolgimento delle attività dei soggetti operanti nel settore nell'ambito di una effettiva programmazione;
- che l'art. 8 bis, comma 2, del Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 stabilisce che i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali, ed al successivo comma 3, stabilisce che l'esercizio delle attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale è subordinato alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;
- che l'art. 3 comma 2 l. o) della L. R 13/2003 e s.m.i. stabilisce che spetta alla Giunta Regionale la definizione, ai sensi dell'art. 23 della Legge Regionale 16/03/2000 n. 20, degli accordi quadro con le organizzazioni di categoria relativi alla conclusione dei contratti di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 del D. Lgs 30/12/1992, n. 502 e s.m.i.;
- che l'art. 6 dell'Intesa della Conferenza permanente Stato – Regioni del 23 marzo 2005 rep. 2271 stabilisce che le Regioni adottino i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economici-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
- che in base alla normativa sopra richiamata la Regione è chiamata a rivestire il ruolo di garante, sia dell'erogazione ai cittadini delle prestazioni indicate nei Livelli Essenziali di Assistenza, sia dell'equilibrio economico finanziario del sistema. La Regione al fine di poter svolgere tale ruolo, dal 2002, ha adottato lo strumento della contrattazione del budget annuale di spesa e degli obiettivi di qualità con i diversi Enti del S.S.R.;
- che l'accordo contrattuale concluso, per l'anno 2015, tra l'ASUR/AV2 e la Bios Center ha previsto un tetto di spesa complessivo di € 12.651,41 per i residenti della Regione Marche e di € 400,33 per i residenti fuori Regione;
- che sulla base della Circolare della Direzione Generale dell'ASUR prot. 28029 del 29/09/2016, diramata a tutte le Strutture private accreditate con nota del Direttore AV2 prot. 168622 del 03/10/2016, "il tetto di spesa da assumere nel 2016 è pari a quello del 2015 ridotto dello 0,5% per effetto della DGRM n. 1224 del 30.12.2015" e che pertanto il budget 2016 e 2017 riconoscibile alla BIOS Center quale tetto fisso ed invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale è pari ad € 12.588,15 (Intra Marche) e ad € 398,33 (Fuori Regione) fatto salvo quanto previsto all'art. 5;

Premesso quanto sopra le parti convengono e stipulano quanto segue

Art. 1 Prestazioni oggetto dell'accordo

L'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center Srl di Osimo erogherà prestazioni di diagnostica per immagini in favore di pazienti residenti nell'ambito territoriale dell'Area Vasta 2 nonché di pazienti residenti in ambiti di altre Aree Vaste della Regione Marche le cui prestazioni, a carico del S.S.R., vengono liquidate dall'Area Vasta 2.

Le prestazioni di diagnostica per immagini oggetto di committenza sono di seguito riportate :

- ecografie generali non invasive,
- ecografie cardiologiche,
- ecografie vascolari
- risonanza magnetica

L'Ambulatorio Polispecialistico erogherà le stesse prestazioni, alle medesime condizioni, anche a pazienti residenti in altre Regioni d'Italia; esse verranno riconosciute dalla Area Vasta 2 al di fuori del tetto di spesa fissa stabilito per i residenti della regione con le stesse modalità e tariffe ed entro il limite massimo di spesa di cui al successivo art. 5.

La retribuzione di tali prestazioni è subordinata al riconoscimento da parte delle regioni debtrici in sede di compensazione della mobilità sanitaria.

Le prestazioni dovranno essere erogate nel rispetto dei requisiti fissati con particolare riferimento all'accessibilità, all'appropriatezza clinica ed organizzativa, ai tempi di attesa.

Le liste d'attesa debbono essere improntate sul principio di trasparenza, con priorità per i casi di maggior urgenza, l'attività inoltre dovrebbe esser distribuita quanto più equamente possibile nell'arco dell'anno.

Art. 2

Requisiti e modalità di accesso

Gli utenti potranno accedere al Centro, per la erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo, a libera scelta, previa prescrizione, sul ricettario del SSN, da parte del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera scelta o di un Medico Specialista di struttura pubblica.

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

- acquisizione di idonea prescrizione su ricettario del S.S.N.;
- accettazione e classificazione delle prestazioni secondo la codifica del tariffario regionale di cui alla DGRM 5 del 13/01/2015, 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.

Per le attività di cui sopra l'Ambulatorio Polispecialistico osserverà le norme di legge vigenti in materia e tutte le disposizioni che l'Area Vasta 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 dall'Ambulatorio prima della fatturazione della prestazione.

Art. 3 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 analisi chimico cliniche, dai Manuali di Autorizzazione ed Accredimento adottati dalla Regione Marche e *ratione temporis* vigenti, 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, a fine anno 2016 e 2017 all'Area Vasta 2, 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.

La Struttura si impegna a mantenere i requisiti di autorizzazione e accreditamento come previsti disciplinati dalla L. 21/2016.

Art. 4 Documentazione e controlli sull'appropriatezza

La funzione di verifica e controllo sulla erogazione delle prestazioni avviene secondo quanto previsto dalla DGRM 781 del 28/05/2013 e successive disposizioni applicative cui viene fatto espresso riferimento.

L'Area Vasta 2 si riserva comunque di effettuare presso L'Ambulatorio Polispecialistico, 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.

ART. 5 Azioni di committenza e livelli ottimali di offerta

- Intra-regione

L'Area Vasta 2 si rende disponibile a riservare all'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center S.r.l. rispettivamente per gli anni 2016 e 2017 una quota di prestazioni di diagnostica per immagini a carico del

Servizio Sanitario Regionale per un importo onnicomprensivo ed insuperabile (tetto di spesa) di € 12.588,15 pari al tetto previsto per l'anno 2015, abbattuto dello 0,5% ex DGR 1224/2015.

- Mobilità attiva

Le prestazioni erogate in mobilità attiva a cittadini residenti in altre Regioni d'Italia sono riconosciute al di fuori del tetto di spesa sopra indicato nel limite massimo di € 398,33 corrispondente al tetto di spesa anno 2015 abbattuto dello 0,5%, ex DGR 1224/2015.

Le prestazioni di cui trattasi sono da retribuirsi con le tariffe di cui alla DGRM n. 5 del 13/01/2015.

Il numero di prestazioni fissato intra-regione ed in mobilità è quello calcolabile suddividendo i tetti di spesa per il valore medio delle prestazioni; saranno comunque e solamente retribuite prestazioni, a prescindere dal numero delle medesime, fino alla concorrenza dei tetti di spesa fissati.

L'Ambulatorio Polispecialistico si impegna ad applicare quanto previsto dalla L.111/2011 in merito alla quota fissa di € 10,00 per singola ricetta da richiedere all'assistito non esente .

I tetti di spesa sopra individuati, rispettivamente per l'anno 2016 e 2017, saranno automaticamente adeguati alle previsioni di nuovi Accordi o provvedimenti Regionali quando e qualora dovessero intervenire con riferimento alle annualità medesime, così come saranno adeguate le tariffe di retribuzione delle prestazioni, quando e qualora la Regione Marche ne stabilisse di nuove o diverse. Analoghe revisioni dovranno 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.

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. 6 Contabilizzazione

L'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center S.r.l. di Osimo si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta n. 2 la contabilità mensile (fattura elettronica) con distinzione per Area Vasta di residenza del paziente. Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dalla documentazione contenente il dettaglio delle prestazioni contabilizzate nella fattura elettronica;
- b) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- c) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni effettuate a pazienti extraregionali;
- 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 60 giorni dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui all'art. 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 di ritardato pagamento decorreranno gli interessi nella misura prevista dalla normativa vigente.

Le prestazioni fatturate nel mese di dicembre in favore dei residenti e dei non residenti saranno invece oggetto di liquidazione fino al 90% di 1/12 del tetto di spesa di cui all'art. 5., mentre il conguaglio finale sarà eseguito dalla Area Vasta 2 a favore dell'Ambulatorio Polispecialistico accreditato, entro il 31 marzo dell'anno successivo, fatto salvo l'esito del controllo.

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 dell'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center S.r.l., il danno verrà posto a carico del medesimo, 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 il principale strumento per la programmazione, la verifica ed il controllo delle 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:

- L'Ambulatorio Polispecialistico è tenuto al rispetto delle indicazioni regionali e nazionali in ordine alle modalità di compilazione della documentazione sanitaria.

- L'Ambulatorio Polispecialistico 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 del Servizio Salute
- Funzionari e incaricati dell'Area Vasta 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 e in contraddittorio con il Legale Rappresentante dell'Ambulatorio 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 781 del 28/05/2013.
- 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 dell'Ambulatorio o suo delegato, potrà inoltrare entro 30 giorni le proprie contro-deduzioni alla Area Vasta. 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 obblighi di cui alla presente intesa saranno contestate dall'Area Vasta 2 per iscritto con fissazione di un termine per il corretto adempimento, trascorso inutilmente il quale, l'Area Vasta ha facoltà di proporre la procedura di revoca dell'accreditamento istituzionale.

Art. 9 Tutela della privacy

L'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center S.r.l. di Osimo 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 30/06/2003 e s.m.i..



L'Ambulatorio Polispecialistico Bios Center S.r.l. garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dalla Area Vasta nel regolamento privacy adottato con determina ASUR DG n. 148 del 14/02/2013 nonché 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.

L'Ambulatorio Polispecialistico 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 all'Ambulatorio medesimo.

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

ART. 10

Durata e Disposizioni transitorie e finali

Il presente accordo ha validità dal 01/01/2016 al 31/12/2017.

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 2 secondo le procedure previste dalla legge. Le spese di bollo e di registrazione saranno a carico del laboratorio accreditato. La sottoscrizione dell'accordo da parte della struttura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione. La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta 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 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, la Area Vasta, 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.

Fabriano, lì

Ambulatorio Polispecialistico Bios
Center S.r.l. di Osimo
Il Legale Rappresentante
Sig. Angelo Alessandrini

PER L'ASUR/AV2
IL DIRETTORE
Dott./Ing. Maurizio Bevilacqua