



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: INTESA SUGLI ASPETTI ATTUATIVI E GESTIONALI DELL' ACCORDO FRA REGIONE MARCHE E CASE DI CURA MULTISPECIALISTICHE ACCREDITATE NELLA REGIONE ADERENTI AD AIOP - DGR N. 280/2014. DETERMINAZIONI PER IL MONITORAGGIO DEGLI ACCORDI REGIONALI.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dalla PF competente in materia, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

VISTA la proposta del Direttore del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e che dal presente atto non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione;

VISTO l'articolo 28, primo comma dello Statuto della Regione;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

DELIBERA

1. di recepire l'intesa siglata con le Case di Cura Private Multispecialistiche accreditate della Regione Marche, aderenti ad AIOP, per l'applicazione dell'Accordo per gli Anni 2011-2012 e 2013- 2014 approvato con DGR n. 280/2014, che si allega a formare parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione (Allegato A);
2. di approvare lo schema di "addendum" riguardante la singola struttura Villa dei Pini, che forma anch'esso parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione (Allegato B) e di dare mandato all'Assessore alla Salute Almerino Mezzolani ad al Dirigente del Servizio Sanità Piero Ciccarelli per la sua sottoscrizione;
3. di dare atto che i valori indicati nello schema di accordo sono ricompresi nel budget assegnato agli Enti del SSR per l'anno 2014;
4. di incaricare il dirigente del Servizio Sanità per la costituzione, con proprio decreto, di un gruppo tecnico di supporto, formato da funzionari dipendenti da Regione/ARS e SSR, per la elaborazione, l'applicazione ed il monitoraggio degli accordi con i soggetti privati nei vari settori di attività sanitaria e socio sanitaria.

L SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Mario Spacca)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- D.Lgs. 502/92 e s.m.i. “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- L. 23.1.1996 n. 662, “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”;
- L. 27.12.1997 n. 449 “Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica”;
- D.lgs 19.06.1999 n. 229, “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;
- L.R. 20/2000 e s.m.i. “Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private”;
- D.Lgs. 118 del 23.06.2011 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 05.05.2009, n. 42”;
- L. 7.08.2012 n. 135, “Conversione in Legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”;
- L. 24.12.2012 n.228 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)”;
- DGRM 10.03.2014 n. 279 “Linee di indirizzo per la mobilità attiva ospedaliera interregionale e per il contrasto della mobilità passiva interregionale”;
- DGRM 10.03.2014 n. 280, “Accordo con le case di cura private multi specialistiche della Regione Marche relativo agli anni 2011-2012 e 2013-2014”;
- DGRM 27.12.2013 n. 1750 ,“L.R. n. 13 del 20,06.2014” – Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l’anno 2014”
- DGRM 7.08.2014 n. 986, “DGR n. 1750 del 27.12.2013 ,“L.R. n. 13 del 20.06.2003” – Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l’anno 2014”- modificazioni ed integrazioni.”

MJM



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Motivazione

In seguito all'approvazione, con DGR n. 280 del 10 marzo 2014, dell' Accordo con le case di cura private multi specialistiche della Regione Marche relativo agli anni 2011-2012 e 2013-2014, si è ravvisata la necessità di avviare un approfondimento al fine di garantire il necessario raccordo tra tutte le componenti del sistema sanitario regionale e di dare così omogenea attuazione all' Accordo stesso per gli anni interessati.

Va ricordato, in breve, che l'Accordo con le Case di Cura Private Multispecialistiche della Regione Marche, recepito con la citata DGR n. 280/2014, ha dettato la disciplina per gli anni 2011-2012, a chiusura dei contenziosi pregressi, ed ha fornito le indicazioni in merito alle attività da espletare per gli anni 2013 - 2014, per quanto attiene alla tipologia di prestazioni da effettuare ed alle tariffe da applicare.

In particolare, per gli anni 2013 e 2014, in applicazione della L. 135/2012, le parti hanno concordato di applicare la riduzione del 2%, prevista nel 2014 già a partire dal 2013, aggiungendo a tale riduzione la misura del contenimento dei costi regionale stimata in un ulteriore 1%, a fronte dell'introduzione di progetti sperimentali sulla riduzione della mobilità passiva, definendo anche l'introduzione della mobilità attiva programmata e della valorizzazione delle prestazioni a tariffa TUC.

Gli accordi 2011 - 2012 e 2013 - 2014 sono stati stipulati in coerenza con la Delibera regionale n. 279, adottata nella medesima seduta della Giunta regionale, che ha definito le Linee di Indirizzo per la Mobilità Attiva Ospedaliera Interregionale e per il contrasto della Mobilità Passiva Interregionale. Nell'allegato A alla citata DGR n. 280 sono definite le regole che, a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs n. 118 del 23/06/11 ed in applicazione degli articoli 20 e 29, si rendono necessarie per la produzione e la remunerazione delle prestazioni erogate in regime di mobilità attiva interregionale ospedaliera da parte dei soggetti erogatori privati.

Data la complessità dell' Accordo da attuare, con decreto del dirigente del Servizio Sanità n. 51 dell'8.05.2014 si è provveduto alla costituzione di un apposito Gruppo di lavoro composto da funzionari del Servizio sanità regionale e dell' ARS, insieme con funzionari dell'ASUR, delle Aziende e dell'INRCA dotati di specifica competenza nelle diverse problematiche coinvolte. Al Gruppo di lavoro è stato demandato il compito di individuare le modalità applicative dell' Accordo approvato con le case di cura multi specialistiche ed anche di suggerire eventuali interventi - da adottare d'intesa con i privati sottoscrittori - che si rendessero necessari per l' interpretazione autentica o l'integrazione dell'Accordo stesso al fine di pervenire ad una sua applicazione condivisa da tutti gli attori, pubblici e privati.

Nel corso di numerose sedute il Gruppo di lavoro, suddividendosi in sottogruppi tematici, ha proceduto ad interpretare le singole previsioni, alla ricognizione del contenzioso nonché dello stato dell'accreditamento delle singole strutture, alla raccolta di dati della mobilità attiva per ogni singola struttura negli anni di riferimento, alla verifica delle tariffe, alla individuazione delle modalità di quantificazione dei corrispettivi da riconoscere ad obiettivi raggiunti ed alla predisposizione di un'azione di monitoraggio degli aspetti applicativi.

MA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Al termine degli approfondimenti interni al Servizio pubblico, il dirigente del servizio regionale Sanità, con proprio Decreto n. 71/SAN del 07.07.2014, ha costituito il Tavolo tecnico misto al quale partecipano, per la componente privata, i tecnici designati da AIOP .

In data 22 luglio 2014 si è svolto il primo formale incontro del Tavolo tecnico misto, convocato dal dirigente del servizio regionale Sanità con nota prot. n. 513296 del 09.07.2014, in quanto previsto dallo stesso Accordo approvato con DGR n. 280/2014 e già riunito in precedenza, il 24 giugno.

In tale sede le parti hanno preso atto delle concrete motivazioni del ritardo nella attivazione del tavolo misto (attesa della formalizzazione del Patto per la Salute 2014/2016) ed hanno condiviso la necessità di procedere con celerità nei lavori, da concludersi con una proposta di riorganizzazione e, nelle more, di procrastinare la discussione, prevista ad ottobre avanti al TAR Marche, dei ricorsi proposti da alcune case di cura aderenti ad AIOP avverso la DGR 735/2013.

Si è pervenuti alla stesura di un verbale contenente i punti essenziali per una ipotesi di Intesa, che non è stato però possibile definire prima della pausa estiva. Il confronto con i rappresentanti AIOP è ripreso alla metà di settembre, effettuando riscontri - anche tramite Asur - sulle rispettive contabilità.

In data 22 ottobre 2014 è stata sottoscritta dal Presidente AIOP e le singole Case di Cura e, per la Regione Marche, dall'Assessore alla salute e dal dirigente del Servizio sanità, l' Intesa per l'attuazione della DGR n. 280/2014, il cui testo è allegato alla presente proposta sub A) unitamente all'Addendum riguardante la specifica posizione della casa di cura Villa Pini, allegato sub B).

Sotto il profilo della riorganizzazione, è stata concordata una tempistica per una veloce trattazione e definizione della proposta di riorganizzazione da parte del Tavolo tecnico di cui alla DGR 280/2014, con il contestuale impegno da parte della Regione Marche a modificare la DGR 735/2013 in coerenza con la proposta di riorganizzazione medesima. Si è convenuto, in particolare, che la Regione si impegni a favorire e regolare la riorganizzazione, con l'obiettivo di consentire a tutte le attuali strutture multispecialistiche contrattualizzate con il SSR di far parte della nuova organizzazione, che dovrà ridurre la frammentazione delle sedi di erogazione delle prestazioni per acuti e migliorare la qualità dei servizi erogati. A tal fine saranno stabiliti criteri e vincoli che impediscano alle strutture già in possesso dei requisiti dimensionali e qualitativi di accreditamento di escludere dalle aggregazioni riorganizzative quelle di minori dimensioni, le quali, sulla base delle nuove previsioni del Patto per la salute non riuscirebbero a mantenerli e che, tuttavia, manifestino la volontà di aggregarsi. Sarà richiesto al Dirigente della P. F. "Controllo atti e attività ispettiva" di acquisire i documenti utili alla verifica del possesso dei requisiti di solvibilità e correttezza gestionale (a titolo di mero esempio bilanci, DURC, certificazioni antimafia ...) per consentire alle strutture di poter effettuare le scelte di aggregazione riorganizzativa in modo consapevole. Lo stesso Dirigente procederà, in coerenza con le funzioni del suo ufficio, ad effettuare gli eventuali interventi ispettivi che si rendessero necessari per risolvere dubbi o criticità che dovessero emergere dall'acquisizione della predetta documentazione.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Le parti si impegnano inoltre, a conclusione del percorso di riorganizzazione condiviso, a ritirare i contenziosi in essere. In ogni caso, nelle more della conclusione del processo di riorganizzazione, le parti si impegnano a procrastinare la discussione dei contenziosi in essere. L'eventuale avvio di nuovi contenziosi relativi alle specifiche espresse nella presente intesa avrà come conseguenza la sospensione della stessa.

Per il resto, i contenuti interpretativi ed integrativi della stessa Intesa vengono di seguito sintetizzati, con riferimento alle tabelle che quantificano puntualmente per ogni struttura valori di produzione, soglie minime per l'accesso alle progettualità previste dalla DGR 280, tetti di mobilità attiva riconoscibili per l'anno 2013 e programmati per l'anno 2014, importi relativi alle deroghe concordate.

Le parti hanno preso concordemente atto della metodologia utilizzata per la suddivisione delle risorse economiche finalizzate al programma sperimentale di recupero della mobilità passiva interregionale per l'anno 2013, che viene riportata nella tabella 1.

Anche per quanto attiene ai progetti relativi al recupero della mobilità passiva per l'anno 2014, è stata esplicitata la metodologia seguita, per i DRG di ortopedia di cui alla DGR 280/2014 (dai quali viene escluso il DRG 227).

In considerazione delle variazioni tariffarie previste dalla DGR 709/14, che sono state adottate con vigenza dall'1.1.2014, si è concordato che quanto previsto alla DGRM 280/14 Mobilità passiva interregionale per l'anno 2014 punto 2 lettera c), viene modificato in *"con uno sconto di minimo il 20% sulla TUC"*.

Resta inteso che possono partecipare alla sperimentazione solo le strutture che assicurino di fornire nel budget ordinario 2014 un'adeguata produzione dei DRG oggetto della sperimentazione e si considera adeguato per ciascuna struttura il valore di produzione più elevato tra quello effettuato per i residenti nel 2011 valorizzato a TUC per i medesimi DRG, al netto delle note di credito per i controlli CVPS e per il superamento del budget, e il 10% del budget ospedaliero per residenti assegnato per il 2014, come indicato nella tabella 2.

Sono state stabilite le soglie minime per ciascuna struttura (colonna C) tabella 2), ai fini dell'accesso alla progettualità "contrasto alla Mobilità Passiva Interregionale" ortopedia.

E' stato specificato che possono partecipare alla sperimentazione solo le strutture che assicurino di fornire nel budget ordinario 2014 un'adeguata produzione dei DRG oggetto della sperimentazione e nella tabella 3 sono indicati il valore che si considera adeguato per ogni struttura nonché il valore che costituisce la "Soglia Minima" per l'accesso alla progettualità "contrasto alla Mobilità Passiva Interregionale" riguardante "altre discipline" (DRG 39,42,55,158,290).

Considerato il valore strategico delle progettualità, la quota parte del budget storico di ciascuna struttura dell'anno 2011, correlato alle attività delle due aree oggetto del progetto, come definite nella colonna A delle Tabelle n. 2 e n. 3, deve essere mantenuta da tutte le strutture indipendentemente dalla loro partecipazione al progetto. Di conseguenza, qualora una struttura non rispetti detto vincolo, il budget storico sarà decurtato per importo pari all'attività non realizzata e l'economia così realizzata sarà utilizzata per finanziare le progettualità di cui al punto 5.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Le strutture che hanno i requisiti per partecipare alla progettualità sono tenute a definire entro 15 giorni dalla sottoscrizione dell' intesa le quote di attività che ciascuna si impegna ad effettuare.

Per quanto riguarda le tariffe, alla luce di quanto previsto nel Nuovo Patto per la Salute, si è stabilito che occorra procedere ad una attività di analisi e confronto con le tariffe praticate dalle regioni confinanti - oggetto di rilevanti flussi di mobilità - ai fini di una loro eventuale revisione che, comunque, non potrà avere efficacia prima dell' 1/1/2015. Nelle more verranno mantenute le tariffe di cui alla DGR 709/2014, salvo eventuali normative nazionali sopravvenute.

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

Per quanto riguarda il Tetto di mobilità attiva 2013, con riferimento all'impegno previsto nella DGR 280/14 di corrispondere l'eventuale eccedenza della Mobilità Attiva, rispetto alla Mobilità Attiva Programmata, secondo le modalità previste dall'allegato A punto 4) della DGR medesima, le parti firmatarie hanno pattuito modalità per l'erogazione da parte di ASUR, già nel corrente anno del corrispettivo economico pari al 10% della mobilità attiva, senza dover attendere il 2015, come era previsto nella citata DGR n. 280/2014.

A tale proposito, va preso atto che con nota prot. n. 0240144 del 3 aprile 2014 il dirigente del servizio sanità ha comunicato all'Asur il valore complessivo della mobilità attiva programmata per l'anno 2013, pari ad euro 104.400.161,00, trasmettendo i prospetti dai quali risulta il valore della mobilità attiva programmata riferito alle strutture sanitarie private accreditate del SSR.

Si è convenuto inoltre che la Regione autorizzi l'utilizzo della quota di mancata produzione pubblica incrementando ulteriormente i tetti di mobilità attiva in proporzione all'entità della sovra produzione di mobilità attiva da ciascuna struttura effettuata. Tale quota, sommata a quella di cui al punto precedente, incrementa il tetto della mobilità attiva programmata del valore espressamente indicato per ciascuna struttura nella tabella n. 4.

Ciò sulla base di alcune considerazioni esplicitate nel testo dell'Intesa:

- a) La mobilità attiva prodotta dalle strutture multi specialistiche ha superato largamente il 10% previsto come deroga alla mobilità attiva programmata 2013;
- b) La mancata produzione pubblica di mobilità attiva rispetto al tetto di mobilità programmata ammonta ad € 1.397.565;
- c) L'ASUR, in considerazione del buon risultato economico raggiunto in chiusura di esercizio, è riuscita ad accantonare già nel bilancio 2013 il corrispettivo economico del 10% della mobilità attiva, per un importo pari ad € 2.939.344.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Per espressa previsione contenuta nella stessa Intesa, la definizione degli importi come prevista e pattuita nel presente accordo soddisfa ogni aspettativa e/o pretesa relative alla mobilità attiva 2013 delle strutture multi specialistiche le quali danno atto di non aver null'altro a pretendere per l'anno 2013 con riferimento ai dati della matrice della mobilità extraregionale, approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, che verranno successivamente pubblicati.

Nella Tabella 5 sono specificate le quote di Mobilità attiva per l'anno 2014 di pertinenza di ciascuna struttura. Prestazioni di alta specialità quali cardiocirurgia – trapianti – neurochirurgia – neuroriabilitazione radioterapia e PET, come già specificato nella DGR n. 280/14, possono eccedere il tetto. I tetti di mobilità attiva programmata per attività ambulatoriale e di ricovero di cui alla Tabella 5, lettere A e B, sono da intendersi, per ogni singola struttura, tra loro comunicanti.

In aggiunta a quanto previsto dalla DGR 280/2014, si è convenuto che per l'anno 2014 il tetto complessivo di cui alla Tabella 5 potrà essere derogato fino al 10%, pari ad un importo teorico massimo di € 2.842.167,50. Al riguardo, le parti convengono, anche al fine di adeguare la produzione di alcune strutture, la precisa ripartizione del tetto complessivo, come proposta dall'AIOP, secondo la tabella 6.

L'eventuale produzione di Mobilità Attiva Interregionale eccedente la Mobilità Attiva Programmata potrà essere fatturata dai soggetti Erogatori Privati nell'anno di competenza, entro i limiti massimi di cui al precedente punto 10, ma sarà riconosciuta, liquidata e pagata soltanto al verificarsi delle seguenti tre condizioni:

- a. se, quando e nella misura in cui sia stata ufficialmente riconosciuta alla Regione Marche mediante la c.d. Matrice della Mobilità Extraregionale;
- b. se i Soggetti Erogatori privati abbiano rispettato quanto previsto al punto 5 del presente documento (Mobilità Passiva Interregionale);
- c. se non esistano incompatibilità con gli effetti economici prodotti dagli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, obbligatoriamente previsti dal Patto per la Salute 2014-2016.

Il pagamento delle prestazioni erogate in mobilità attiva sarà effettuato nella misura del 95% della mobilità attiva programmata, indicata alla tabella 5. Il saldo sarà erogato al termine del percorso di definizione del valore della produzione così come formalizzata dalla matrice della mobilità extraregionale.

Si è sviluppata *a latere* la valutazione di problematiche che riguardano singolarmente la Casa di Cura Villa Pini e si è pervenuti al riguardo alla predisposizione di uno schema di *addendum* da allegare al testo dell'Intesa (Allegato B della presente proposta di deliberazione) un addendum, per regolare la specifica posizione della casa di cura stessa, in accordo con la quale, a seguito di ulteriore verifica svolta congiuntamente tra Asur e Regione, è stata definita la quota massima riconoscibile, finalizzata al programma sperimentale di recupero della mobilità passiva interregionale per l'anno 2013.

Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente accordo resta valido quanto stabilito dalle DGRM 279/2014 e 280/2014.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Come è stato già evidenziato, l'Accordo approvato con DGR n. 280/2014 è particolarmente complesso e pertanto la sua applicazione, pur tenendo conto delle interpretazioni e precisazioni/ integrazioni contenute nella presente Intesa, rende necessario un costante monitoraggio che assicuri l'omogeneità nella gestione da parte delle Aree Vaste dell'Asur.

Si propone perciò di dare contestualmente mandato al dirigente del Servizio Sanità per la costituzione, con proprio decreto, di un gruppo tecnico di supporto, formato da funzionari dipendenti da Regione/ARS e SSR, per la elaborazione, l'applicazione ed il monitoraggio degli accordi con i soggetti privati nei vari settori di attività sanitaria e socio sanitaria.

Si precisa che le risorse finanziarie necessarie a far fronte agli impegni assunti con il presente Accordo per l'anno 2014 sono già state assegnate all'Asur con le delibere di redazione dei relativi bilanci di esercizio. In particolare, con deliberazione della Giunta regionale n. 986 del 7.08.2014 sono state apportate modificazioni ed integrazioni alla DGR 1750 del 27.12.2013, recante "Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2014".

Pertanto si propone alla Giunta l'adozione della presente deliberazione.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Mafia Grazia Moretti

PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITÀ

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità della presente deliberazione e l'attestazione che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

IL DIRIGENTE

Piero Ciccarelli



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione si compone di n. 23 pagine, di cui n. 13 pagine di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moroni

MA

22/X/2014

N° 1291 DEL 17 NOV 2014

INTESA SUGLI ASPETTI ATTUATIVI E GESTIONALI DELL' ACCORDO FRA REGIONE MARCHE E CASE DI CURA MULTISPECIALISTICHE ACCREDITATE NELLA REGIONE ADERENTI AD AIOP - DGR N. 280/2014.

Premesso che:

- con DGR n. 280 del 10 marzo 2014 è stato approvato l' Accordo con le case di cura private multi specialistiche della Regione Marche relativo agli anni 2011-2012 e 2013-2014, nell'ambito del quale è stato previsto l'impegno delle parti firmatarie ad attivare un tavolo tecnico misto "per valutare e concordare le possibili forme sinergiche per la migliore e completa erogazione di prestazioni e servizi anche in riferimento alle attività di mobilità attiva e passiva", in particolare per quanto attiene all'adeguamento del sistema di offerta dei soggetti erogatori privati agli obiettivi perseguiti dalla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alla definizione delle reti cliniche;
- con Decreto del dirigente del servizio regionale Sanità n. 71/SAN del 07.07.2014 è stato costituito il Tavolo tecnico misto, previsto dalla stessa DGR 280, al quale partecipano, per la componente privata, i tecnici designati da AIOP nelle persone di: Antonio Romani, Antonio Aprile e Maurizio Natali e, per la Regione Marche, funzionari del servizio Sanità, di ARS, di Enti del Servizio sanitario regionale per garantire il necessario raccordo tra tutte le componenti del sistema sanitario regionale e dare così omogenea attuazione all'Accordo stesso per gli anni interessati;
- in data 22 luglio 2014 si è svolto formale incontro del Tavolo tecnico misto, convocato dal dirigente del servizio regionale Sanità con nota prot. n. 513296 del 09.07.2014 e già riunito in precedenza, il 24 giugno.
- Le parti concordano che entro il 31 dicembre 2014 verranno emessi mandati di pagamento a totale chiusura di quanto previsto nel presente accordo, previa verifica di ASUR, relativamente ai punti 4 tab.1, 8 tab.4, 11 ~~ultimo~~ capoverso.

Dato atto che:

- il ritardo nella attivazione del tavolo misto (già prevista dalla DGR 280/2014 entro il 30 aprile) è riconducibile all'attesa della formalizzazione del Patto per la Salute 2014/2016;
- è necessario procedere con celerità nei lavori, da concludersi con una proposta di riorganizzazione entro la data del 30/10/2014, tenuto conto anche della prevista discussione ad ottobre avanti al TAR Marche dei ricorsi avverso la DGR 735/2013 e del comune obiettivo delle parti, a tale riguardo, di giungere quanto prima ad una soluzione soddisfacente.

Ciò premesso, si conviene quanto di seguito esplicitato:

1. Le parti si impegnano, a conclusione del percorso di riorganizzazione condiviso, a ritirare i contenziosi in essere. In ogni caso, nelle more della conclusione del processo di riorganizzazione, le parti si impegnano ad accettare rinvii della discussione dei contenziosi in essere. L'eventuale

1

avvio di nuovi contenziosi relativi alle specifiche espresse nel presente accordo avrà come conseguenza la sospensione dello stesso.

2. Il punto 2.5 dell'allegato A relativo all'intesa sancita in conferenza stato regioni del 5/8/2014 sul regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" dà impulso, tra l'altro, ai processi di riconversione e/o fusione delle strutture attualmente accreditate in un unico soggetto giuridico, il quale, ai fini dell'accreditamento da espletarsi entro il 30/09/2016, dovrà attestarsi su un numero complessivo di posti letto per acuti non inferiore ad 80. Ciascuna struttura oggetto di aggregazione deve possedere una dotazione di posti letto per acuti autorizzati e accreditati non inferiore a 40; conseguentemente dall' 1/7/2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti.

Con quanto sopra richiamato, la Regione si impegna a favorire e regolare la riorganizzazione, con l'obiettivo di consentire a tutte le attuali strutture multispecialistiche contrattualizzate con il SSR di far parte della nuova organizzazione, che dovrà ridurre la frammentazione delle sedi di erogazione delle prestazioni per acuti e migliorare la qualità dei servizi erogati. In ogni caso, l'atto di riorganizzazione sarà reso coerente con le eventuali modifiche introdotte nella stesura definitiva dell' emanando decreto di cui all'intesa sancita in conferenza stato regioni del 5/8/2014. A tal fine saranno concordate al tavolo tecnico forme di incentivazione all'aggregazione, nonché criteri e vincoli che impediscano alle strutture già in possesso dei requisiti dimensionali e qualitativi di accreditamento di escludere dalle aggregazioni riorganizzative quelle di minori dimensioni, le quali, sulla base delle nuove previsioni normative, non riuscirebbero a mantenerli e che, tuttavia, manifestino la volontà di aggregarsi. Sarà richiesto al Dirigente della P. F. "Controllo atti e attività ispettiva" di acquisire i documenti utili alla verifica del possesso dei requisiti di solvibilità e correttezza gestionale (a titolo di mero esempio bilanci, DURC, certificazioni antimafia ...) per consentire alle strutture di poter effettuare le scelte di aggregazione riorganizzativa in modo consapevole. Lo stesso Dirigente procederà, in coerenza con le funzioni del suo ufficio, ad effettuare gli eventuali interventi ispettivi i quali si rendessero necessari per risolvere dubbi o criticità che dovessero emergere dall'acquisizione della predetta documentazione.

3. La proposta di riorganizzazione sarà definita dal Tavolo tecnico di cui alla DGR 280/2014, già attivato, entro il 31 ottobre p.v. e la Regione Marche si impegna a modificare la DGR 735/2013 in coerenza con la proposta di riorganizzazione.

4. Si prende atto che relativamente alla suddivisione delle risorse economiche finalizzate al programma sperimentale di recupero della mobilità passiva interregionale per l'anno 2013, si è proceduto con la seguente metodologia:


man

- Per ciascuna delle due aree di attività oggetto del programma sperimentale (DRG ortopedici e DRG afferenti alle altre discipline) è stato confrontato il valore della produzione 2011 delle singole strutture, al netto della quota di abbattimento richiesta per i controlli CVPS e per il superamento del budget, valorizzato a tariffa TUC, con il valore della produzione, al netto della quota di abbattimento per il CVPS, risultante sulle medesime aree nell'anno 2013. Nel raffronto è stato anche incluso il valore della produzione specialistica per le prestazioni potenzialmente inappropriate in regime di day surgery afferenti ai DRG 39 e 42 transitate in regime ambulatoriale.
- Per ogni singola casa di cura è riconosciuto come valore economico correlato al progetto l'incremento del valore della produzione 2013, scontato del 10%, rispetto all'anno 2011 nelle due specifiche aree, al netto della quota che eventualmente si sia resa necessaria al raggiungimento del tetto 2013 assegnato alla singola struttura per la produzione ospedaliera (depurata dalle contestazioni scaturite dal CVPS) e per la specialistica ambulatoriale.

La suddivisione del budget viene riportata nella tabella 1.

Tabella 1

Struttura	Quota massima riconoscibile 2013
Villa Serena	131.834,58
Villa Igea	218.452,01
Villa Pini *	0,00
Marchetti	72.495,58
Villa Verde	366.073,61
Villa Anna	0,00
Stella Maris	0,00
Villa San Marco	133.490,03

922.345,81

* La definizione della quota di accesso di Villa dei Pini, andrà definita, dalla Regione, a seguito di ulteriori approfondimenti con ASUR in merito alle prestazioni effettivamente effettuate e riconoscibili, al netto delle compensazioni che possono essere riconosciute tra le strutture del gruppo KOS

5. Per quanto attiene ai progetti relativi al recupero della mobilità passiva per l'anno 2014 si procederà con la seguente metodologia:

- Relativamente ai DRG di ortopedia di cui alla DGR 280/2014 (dai quali viene escluso il DRG 227), si confronterà il valore della produzione 2014 delle singole strutture, al netto della quota di abbattimento richiesta per i controlli CVPS, valorizzato a tariffa regionale 2014, con il valore della produzione, al netto della quota di abbattimento per il CVPS e per il superamento del budget, valorizzato con la medesima tariffa, risultante sulle medesime aree nell'anno 2011.

3

- Per ogni singola casa di cura sarà riconosciuto come valore economico correlato al progetto l'incremento del valore della produzione 2014, scontato del 10%, rispetto all'anno 2011 nella specifica area, al netto della quota che eventualmente si sia resa necessaria al raggiungimento del tetto 2014 assegnato alla singola struttura per la produzione ospedaliera (depurata dalle contestazioni scaturite dal CVPS) e per la specialistica ambulatoriale.
- Quanto previsto alla DGRM 280/14 Mobilità passiva interregionale per l'anno 2014 punto 2 lettera c), viene modificato in "con uno sconto di minimo il 20% sulla TUC.....", in considerazione delle variazioni tariffarie previste dalla DGR 709/14.
- Possono partecipare alla sperimentazione solo le strutture che assicurino di fornire nel budget ordinario 2014 un'adeguata produzione dei DRG oggetto della sperimentazione. Si considera adeguato per ciascuna struttura il valore di produzione più elevato tra quello effettuato per i residenti nel 2011 valorizzato a TUC per i medesimi DRG, al netto delle note di credito per i controlli CVPS e per il superamento del budget, e il 10% del budget ospedaliero per residenti assegnato per il 2014, come indicato nella seguente tabella 2.
- L'accesso alla progettualità "contrasto alla Mobilità Passiva Interregionale" ortopedia è consentito alle sole strutture che superino la "Soglia Minima" di cui alla colonna C) tabella 2.

Tabella 2

Struttura	A	B	C
	V. Prod. TUC 2011 (DRG Ortopedia - 227) N. credito	10% Totale budget ricoveri per residenti	Soglia minima produzione ortopedia necessaria per l'accesso al progetto
Villa Serena	6.161,77	556.891,36	556.891,36
Villa Igea	1.522.179,53	824.835,14	1.522.179,53
Villa Pini	4.501.316,89	1.133.526,81	4.501.316,89
Marchetti	102.125,00	328.831,55	328.831,55
Villa Verde	568.381,67	444.579,55	568.381,67
Villa Anna	1.610.290,05	436.817,19	1.610.290,05
Stella Maris	76.289,26	382.200,18	382.200,18
Villa San Marco	507.898,22	237.775,42	507.898,22
	8.894.642,39	4.345.457,18	9.977.989,44

Per le strutture la cui soglia minima d'accesso al progetto (tabella 2, colonna C) è superiore al valore di produzione effettuato per i residenti nel 2011 valorizzato a TUC per i DRG ortopedici, al netto delle note di credito per i controlli CVPS e per il superamento del budget (tabella 2, colonna A), non si richiede una ulteriore riconversione del budget storico come previsto alla lettera "c" relativa ai punti 1 e 2 dell'accordo per gli anni 2013 - 2014 recepito dalla DGR 280/14 (pag. 15 della DGR).

Relativamente ai DRG delle altre specialità, il confronto del valore della produzione dell'anno 2014 rispetto a quello dell'anno 2011 nonché il valore economico correlato al progetto per ogni singola casa di cura verranno effettuati in modo analogo a quelli ortopedici.

Possono partecipare alla sperimentazione solo le strutture che assicurino di fornire nel budget ordinario 2014 un'adeguata produzione dei DRG oggetto della sperimentazione. Si considera adeguato per ciascuna struttura il valore di produzione per residenti 2011 valorizzata a TUC per i medesimi DRG al netto delle note di credito per i controlli CVPS e per il superamento del budget, come indicato nella seguente tabella 3.

Tale valore (colonna B tabella 3) costituisce la "Soglia Minima" per l'accesso alla progettualità "contrasto alla Mobilità Passiva Interregionale" riguardante "altre discipline" (DRG 39,42,55,158,290).

Tabella 3

Struttura	A	B
	V. Prod. TUC 2011 (DRG "altre discipline") - N. credito	Soglia minima produzione "altre discipline" necessaria per l'accesso al progetto
Villa Serena	716.451,67	716.451,67
Villa Igea	1.492.225,01	1.492.225,01
Villa Pini	1.079.195,31	1.079.195,31
Marchetti	142.478,36	142.478,36
Villa Verde	171.680,55	171.680,55
Villa Anna	692.155,92	692.155,92
Stella Maris	111.529,13	111.529,13
Villa San Marco	171.638,84	171.638,84
	4.577.354,78	4.577.354,78

[Handwritten signature]

Considerato il valore strategico delle progettualità, la quota parte del budget storico di ciascuna struttura dell'anno 2011, correlato alle attività delle due aree oggetto del progetto, come definite nella colonna A delle Tabelle n. 2 e n. 3, deve essere mantenuta da tutte le strutture indipendentemente dalla loro partecipazione al progetto.

Di conseguenza, qualora una struttura non rispetti detto vincolo, il budget storico sarà decurtato per importo pari all'attività non realizzata e l'economia così realizzata sarà utilizzata per finanziare le progettualità di cui al presente punto 5.

Le strutture che hanno i requisiti per partecipare alla progettualità sono tenute a definire entro 15 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo le quote di attività che ciascuna si impegna ad effettuare.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

5 *[Handwritten signature]*

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

6. Per quanto riguarda le tariffe, alla luce di quanto previsto nel Nuovo Patto per la Salute, si rende necessario procedere ad una attività di analisi e confronto con le tariffe praticate dalle regioni confinanti - oggetto di rilevanti flussi di mobilità - ai fini di una loro eventuale revisione, che comunque non potrà avere efficacia prima dell' 1/1/2015. Nelle more verranno mantenute le tariffe di cui alla DGR 709/2014, salvo eventuali normative nazionali sopravvenute.

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

7. Relativamente al punto 5 dell'accordo per gli anni 2013 - 2014 di cui alla DGR 280/2014 "Compensazione dei budget", la locuzione "tali compensazioni saranno ritenute valide purché richieste ad ASUR entro il mese di luglio e concordate con la stessa entro il mese di settembre di ogni anno" viene sostituita con la seguente: "tali compensazioni saranno ritenute valide purché richieste ad ASUR entro il 15 ottobre e concordate con la stessa entro il mese il 31 ottobre".

8. Tetto di mobilità attiva 2013:

Le parti, richiamando l'impegno previsto nella DGR 280/14 di corrispondere l'eventuale eccedenza della Mobilità Attiva, rispetto alla Mobilità Attiva Programmata, secondo le modalità previste dall'allegato A punto 4) della DGR medesima, evidenziano che:

- a) La mobilità attiva prodotta dalle strutture multi specialistiche ha superato largamente il 10% previsto come deroga alla mobilità attiva programmata 2013;
- b) La mancata produzione pubblica di mobilità attiva rispetto al tetto di mobilità programmata ammonta ad € 1.397.565;
- c) L'ASUR, in considerazione del buon risultato economico raggiunto in chiusura di esercizio, è riuscita ad accantonare già nel bilancio 2013 il corrispettivo economico del 10% della mobilità attiva, per un importo pari ad € 2.939.344.

Per le ragioni sopra evidenziate, le parti firmatarie pattuiscono che:

- L'ASUR erogherà già nel corrente anno il corrispettivo economico sopra richiamato, pari al 10% della mobilità attiva, senza dover attendere il 2015, come previsto nella citata DGR n. 280/2014.
- La Regione autorizza l'utilizzo della quota di mancata produzione pubblica incrementando ulteriormente i tetti di mobilità attiva in proporzione all'entità della sovra produzione di mobilità attiva da ciascuna struttura effettuata. Tale quota, sommata a quella di cui al punto precedente, incrementa il tetto della mobilità attiva programmata del valore indicato nella tabella n. 4.

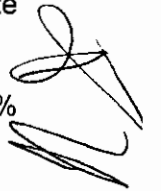
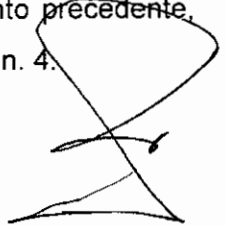


Tabella 4

Struttura	Quota riconoscibile 2013 *
Villa Serena	950.642,94
Villa Igea	445.900,03
Villa Pini **	604.974,60
Marchetti	0,00
Villa Verde	238.251,93
Villa Anna	944.557,31
Stella Maris	829.476,65
Villa San Marco	449.020,99

4.462.824,45

* Il computo delle quote di ciascuna struttura include anche la suddivisione dell'importo di 125.915,53 euro, corrispondente al mancato raggiungimento del tetto complessivo di mobilità attiva programmata 2013 della Casa di Cura Marchetti

** L'importo riferito a Villa Pini comprende anche la struttura Villa Alba

- Ai soggetti che non sottoscrivano la presente intesa l'eventuale pagamento della quota parte riferita al 10% di incremento della mobilità attiva programmata verrà corrisposto nel 2015, nei limiti previsti dalla DGR 280/14. In ogni caso, agli stessi soggetti non verrà riconosciuto né erogato l'incremento autorizzato dalla Regione, corrispondente all'utilizzo della quota di mancata produzione pubblica. Tale seconda quota, infatti, verrà redistribuita tra i sottoscrittori.

- Le strutture multispecialistiche danno atto che la definizione degli importi come prevista e pattuita nel presente accordo soddisfa ogni aspettativa e/o pretesa relative alla mobilità attiva 2013 e di non aver null'altro a pretendere per l'anno 2013 con riferimento ai dati della matrice della mobilità extraregionale, approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, che verranno successivamente pubblicati.

9. Mobilità attiva 2014

Sulla base della DGR n. 280/2014, per l'anno 2014 la quota di mobilità attiva di pertinenza di ciascuna struttura multispecialistica è pari alla produzione 2012 valorizzata a tariffa TUC come specificato nella tabella 5.

7

Tabella 5

Struttura	Tetti mobilità attiva programmata 2014 (€)		
	Ricoveri ordinari e day hospital	Specialistica ambulatoriale	TOTALE
Villa Serena	235.184,02	6.736,00	241.920,02
Villa Igea	977.911,42	56.167,93	1.034.079,35
Villa Pini	6.043.264,90	101.647,85	6.144.912,75
Villa Alba	0,00	2.150,95	2.150,95
Marchetti	274.352,25	3.206,70	277.558,95
Villa Verde	1.849.757,52	206.038,60	2.055.796,12
Villa Anna	7.964.725,84	1.178.974,90	9.143.700,74
Stella Maris	5.397.386,31	100.457,50	5.497.843,81
Villa San Marco	3.044.707,35	979.004,90	4.023.712,25
	25.787.289,61	2.634.385,33	28.421.674,94

Prestazioni di alta specialità quali cardiocirurgia – trapianti – neurochirurgia – neuroriabilitazione radioterapia e PET possono eccedere il tetto. I tetti di mobilità attiva programmata per attività ambulatoriale e di ricovero di cui alla Tabella 5, lettere A e B, sono da intendersi, per ogni singola struttura, tra loro comunicanti.

10. In aggiunta a quanto previsto dalla DGR 280/2014, si conviene che per l'anno 2014 il tetto complessivo di cui alla Tabella 5 potrà essere derogato fino al 10%, pari ad un importo teorico massimo di € 2.842.167,50. A riguardo, le parti convengono, anche al fine di adeguare la produzione di alcune strutture, che il tetto sia ripartito, come proposto dall'AIOP, secondo la tabella 6.

Tabella 6

Struttura	Deroga tetti mobilità attiva programmata 2014 (€)		
	Ricoveri ordinari e day hospital	Specialistica ambulatoriale	TOTALE
Villa Serena	650.675,93	17.468,07	668.144,00
Villa Igea	305.116,58	14.441,31	319.557,89
Villa Pini	419.414,51	7.054,56	426.469,07
Villa Alba	0,00	149,28	149,28
Marchetti	20.576,42	240,50	20.816,92
Villa Verde	137.244,50	16.940,21	154.184,71
Villa Anna	469.266,03	69.462,89	538.728,92
Stella Maris	403.859,93	8.478,36	412.338,29
Villa San Marco	221.548,12	80.230,30	301.778,42
	2.627.702,02	214.465,48	2.842.167,50

Anche le quote incrementalmente del 10% dei tetti di mobilità attiva programmata per attività ambulatoriale e di ricovero di cui alla Tabella 6 lettere A e B sono da intendersi, per ogni singola struttura, tra loro comunicanti.

La Regione, inoltre, si riserva di autorizzare incrementi dei tetti di produzione di ciascuna struttura multispecialistica nella misura necessaria a raggiungere il tetto regionale complessivo di mobilità attiva programmata, nel caso in cui vi sia una minore produzione dei Soggetti Erogatori Pubblici.

I maggior importi derivanti dall'applicazione della deroga di cui al primo capoverso o dell'autorizzazione di cui al secondo capoverso non sono cumulabili. Verrà riconosciuto alle strutture il maggior valore tra i due.

La eventuale mancata sottoscrizione della presente intesa da parte di una singola struttura comporta la non attribuzione, alla stessa, della relativa quota indicata nella tabella n. 6. Tale quota potrà essere riassegnata alle strutture che sottoscrivono l'accordo, nel rispetto delle indicazioni di cui al successivo comma 11.

11. L'eventuale produzione di Mobilità Attiva Interregionale eccedente la Mobilità Attiva Programmata potrà essere fatturata dai soggetti Erogatori Privati nell'anno di competenza, entro i limiti massimi di cui al precedente punto 10, ma sarà riconosciuta, liquidata e pagata soltanto al verificarsi delle seguenti tre condizioni:

- se, quando e nella misura in cui sia stata ufficialmente riconosciuta alla Regione Marche mediante la c.d. Matrice della Mobilità Extraregionale;
- se i Soggetti Erogatori privati abbiano rispettato quanto previsto al punto 5 del presente documento (Mobilità Passiva Interregionale);

c. se non esistano incompatibilità con gli effetti economici prodotti dagli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, obbligatoriamente previsti dal Patto per la Salute 2014-2016.

Pertanto, fino al verificarsi delle condizioni di cui sopra, tale eccedenza non costituirà debito per la Regione nei confronti di ASUR e, di conseguenza, di ASUR nei confronti dei soggetti erogatori privati.

Il pagamento delle prestazioni erogate in mobilità attiva sarà effettuato nella misura del 95% della mobilità attiva programmata, indicata alla tabella 5. Il saldo sarà erogato al termine del percorso di definizione del valore della produzione così come formalizzata dalla matrice della mobilità extraregionale.

12. Relativamente al punto 9 dell'accordo anni 2013-2014 (DRG 280/14), si ribadisce la necessità di utilizzare il progetto IVG per le eventuali necessità, oltre che dell'area vasta 2, dell'intero territorio regionale, anche recuperando costi sostenuti con convenzioni ad hoc. In ogni caso, qualora l'ASUR non richieda prestazioni fino a concorrenza del tetto previsti per questo progetto, la quota parte non utilizzata per l'IVG potrà essere impiegata dalla struttura per attività ginecologica.

13. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente accordo resta valido quanto stabilito dalle DGRM 279/2014 e 280/2014.



Letto, confermato e sottoscritto

Ancona, li 22.10.2014

Per Regione Marche

l'Assessore alla Salute

Almerino Mezzolani

il Dirigente del Servizio Sanità

Piero Ciccarelli

Per AIOP

il Presidente

Antonio Romani

Per Casa di cura Villa Serena ABUEIDEH ABDUL RAHMAN

Per Casa di cura Villa Igea ARGENTI PAOLO GIANNI

Per Casa di cura Villa Pini BAZZIOLI EMILIO

Per Casa di cura Marchetti BACCHI MICHELE

Per Casa di cura Villa Verde NATALI MAURIZIO

Per Casa di cura Villa Anna FERRAIOLI SIMONE

Per Casa di cura Stella Maris DENICOLA ANTONIO

Per Casa di cura Villa San Marco ROMANI ANTONIO

DEFINIZIONE DELLA QUOTA MASSIMA RICONOSCIBILE ALLA CASA DI CURA VILLA PINI FINALIZZATA AL PROGRAMMA SPERIMENTALE DI RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA INTERREGIONALE PER L'ANNO 2013

Premesso che la tabella 1 dell'intesa sugli aspetti attuativi e gestionali dell'accordo fra la Regione Marche e le case di cura multispecialistiche accreditate nella regione aderenti ad AIOP – DGR n. 280/2014 specifica che “la definizione della quota di accesso di Villa dei Pini, andrà definita, dalla Regione, a seguito di ulteriori approfondimenti con ASUR in merito alle prestazioni effettivamente effettuate e riconoscibili, al netto delle compensazioni che possono essere riconosciute tra le strutture del gruppo KOS”, si specifica quanto segue:

1. Considerando la rilevanza e la specificità del programma sperimentale di recupero della mobilità passiva per il Sistema Sanitario Regionale, per la definizione della quota massima riconoscibile alla casa di cura relativamente alle attività svolte in merito a tale progettualità non possono essere utilizzate eventuali prestazioni erogate dalle strutture del gruppo “KOS” diverse dalla casa di cura Villa Pini a titolo di compensazione del mancato raggiungimento del tetto di budget assegnato alla casa di cura Villa Pini. Di conseguenza, la quota massima riconoscibile alla suddetta casa di cura legata a tale progettualità risulta essere pari a euro 411.626,94.
2. Le prestazioni sanitarie, in regime di ricovero urgente ed essenziale, erogate a pazienti stranieri indigenti non appartenenti all'U.E. e senza permesso di soggiorno (STP), che vengono specificatamente rimborsate dal Ministero dell'Interno ai sensi del D.L. 25/07/1998 n. 286 art. 35 e smi, non concorrono al raggiungimento del budget assegnato e potranno essere liquidate solo e nella misura in cui venga assegnato all'ASUR specifico rimborso.

In particolare potranno essere valorizzati oltre il tetto le prestazioni per i pazienti che senza essere transitati al Pronto Soccorso si presentino alla Casa di Cura Villa Pini in condizioni cliniche che non consentano il rinvio al Pronto Soccorso dell'AV 3. In tali casi il paziente dovrà essere messo in condizioni di sicurezza attraverso una stabilizzazione e quindi la struttura privata potrà procedere al successivo trasferimento presso struttura pubblica. Alla struttura privata potranno essere rimborsate, ai sensi del punto 12 dell'Accordo approvato con DGR n.280/14, solamente le prestazioni correlate all'evento urgente ed essenziale secondo il vigente tariffario.

Letto, confermato e sottoscritto

Ancona, li

Per Regione Marche

l' Assessore alla Salute

Almerino Mezzolani

il Dirigente del Servizio Sanità

Piero Ciccarelli

Per AIOP

il Presidente

Antonio Romani

Per Casa di cura Villa Pini