



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: APPROVAZIONE ACCORDO REGIONALE CON LE CASE DI CURA MONOSPECIALISTICHE ACCREDITATE DELLA REGIONE MARCHE PER GLI ANNI 2010-2013 E 2014-2015.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Servizio Sanità, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

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

VISTA la proposta del Dirigente 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 l'attestazione dello stesso che dal presente atto non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

DELIBERA

1. di recepire l'Accordo regionale sottoscritto con le organizzazioni rappresentative delle Case di Cura Monospecialistiche accreditate della Regione Marche e con le singole Case di Cura San Giuseppe Villa Jolanda e Villa Silvia per gli anni 2010-2013 e 2014-2015, che si allega a formare parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, unitamente alle Tabelle 1.1., 1.2., 1.3., 2 e 3 (Allegato A);
2. di dare atto che i valori indicati nello schema di accordo sono ricompresi nel budget assegnato agli Enti del SSR per l'anno 2014 e che per l'anno 2015 la copertura sarà assicurata dal budget che verrà assegnato all' ASUR, coerentemente con le risorse disponibili e con la normativa finanziaria vigente.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Marco Stracca)

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO****Normativa di riferimento**

- D.Lgs. 30.12.1992 n. 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”;
- DGR 26.01.2009 n. 76, “Atto di riconversione delle Case di cura private monospecialistiche della Regione Marche”;
- DGR 18.01.2010 n. 56, “Accordo per l’anno 2009 con le case di cura monospecialistiche del settore neuropsichiatrico della Regione Marche”;
- D.Lgs. 23.06.2011 n. 118 “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 3.12.2012 n. 1696 “Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l’attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini.”;
- DGRM 2.08.2013 n. 1195, “Determinazione delle quote di compartecipazione a carico dell’utente in conformità a quanto disposto dal DPCM 29 novembre 2001 (definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza) per accesso a strutture sociali e socio-sanitarie per anziani, disabili e salute mentale”;
- DGRM 9.07.2013 n. 1011, “Definizione degli standard assistenziali e dei costi gestionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitaria extraospedaliera e sociosanitaria nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale.”
- DGRM 20/05/2013 n. 735, “Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012”;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- DGRM 30/09/2013 n. 1345, " Riordino delle reti cliniche della Regione Marche";
- DGRM n. 279 del 10.03.2014 "Linee di indirizzo per la mobilità attiva ospedaliera interregionale e per il contrasto della mobilità passiva interregionale";
- DGRM n. 281 del 10.03.2014 "Integrazione all'Accordo con le strutture di riabilitazione di cui alla DGR 1259/2013 con riferimento al controllo della mobilità interregionale";
- 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 n. 986 del 7.08.2014, "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."
- DGRM n. 1013 del 08.09.2014., "Modifica alla DGR n. 986 del 07.08.2014 "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."

Motivazione

A. Quadro normativo.

Sotto il profilo programmatico, il contesto nel cui ambito deve svolgersi il rapporto con gli erogatori privati non è sostanzialmente mutato rispetto a quanto richiamato nei provvedimenti regionali riferiti ai precedenti anni.

La normativa di base, come è noto, è rappresentata dal D.Lgs. n. 502/1992 e dalle successive modifiche ed integrazioni, in particolare con D.Lgs n. 229/99, ove sono fissati i punti fondamentali che riguardano:

-la regolamentazione dell'offerta (complessiva, pubblica e privata) attraverso la formulazione di piani o programmi che preventivamente orientino e limitino la produzione;

- la stipula di accordi/contratti con i fornitori pubblici e privati nei limiti dei piani di cui al punto precedente;

- i criteri di scelta tra fornitore pubblico e fornitore privato;

- la possibilità di esercitare da parte dei cittadini il principio della libera scelta dei luoghi di cura e dei professionisti;

- la formulazione da parte delle Regioni di indirizzi in merito ai piani annuali preventivi di attività (art. 8 quinquies, comma 1, punto b D.Lgs. n. 502/1992);

- l'individuazione da parte delle regioni di limiti massimi di spesa (art. 32, comma 8, L. 27.12.97 n. 449, collegato alla finanziaria 1997), individuazione che deve avvenire rispettando i livelli di spesa sostenibile fissati nell'anno precedente (art. 1 comma 32 della legge 662/96, collegato alla finanziaria 1997).

La Legge regionale 16 marzo 2000, n. 20 "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private", all'art. 2 comma 3 stabilisce che: "Per accordo contrattuale si intende l'atto con il quale la Regione e le Aziende USL definiscono, con i soggetti accreditati pubblici e privati, la tipologia e la quantità delle prestazioni erogabili agli utenti del servizio sanitario regionale, nonché la relativa remunera-

[Handwritten signature]



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

zione a carico del servizio sanitario medesimo nell'ambito di livelli di spesa determinati in corrispondenza delle scelte della programmazione regionale.

La stessa Legge, all'art. 23 (Procedure per la definizione degli accordi) stabilisce che "I soggetti accreditati possono accedere, anche tramite rappresentanze di categoria, alle procedure negoziali per la definizione dei piani delle prestazioni di cui all'articolo 2, comma 8, della legge 28 dicembre 1995, n. 549."

B. Vincoli finanziari.

Anche i vincoli imposti dalla normativa finanziaria statale vigente sono noti:

- a. In base alla L. 135/2012, che ha introdotto la c.d. "spending review", il budget per l'anno 2014 è fissato al dato storico meno 2%.
- b. Per effetto della applicazione del d.lgs. 118/2011, la mobilità attiva programmata per l'anno 2014 è pari alla mobilità attiva 2012.

C. Accordi con le strutture private monospecialistiche.

Nell'ambito del descritto contesto normativo, i rapporti con le case di cura monospecialistiche del settore psichiatrico della Regione Marche accreditate con il SSR, San Giuseppe, Villa Jolanda e Villa Silvia, sono stati caratterizzati nel recente passato dalla assenza di accordi regionali - l'ultimo accordo risale all'anno 2010 e riguarda l'annualità 2009 (DGR n. 56 del 18.10.2010) - e dalla contestuale stipula di accordi locali da parte delle Aree Vaste ASUR con i singoli Erogatori Privati.

Si sono verificate inoltre iniziative unilaterali, da un lato, e si è sviluppato un contenzioso, in particolare è pendente avanti il TAR Marche il ricorso introdotto dalla Casa di cura San Giuseppe (R.G. n. 176/2013).

Il settore in questione è stato interessato dagli atti regionali (DGR 76/2009 e PSR 2012-2014) che hanno previsto la riconversione dei posti letto delle tre case di cura monospecialistiche, stabilendo che l'attività di ricovero venisse erogata prevalentemente in regime residenziale. Di fatto, tale percorso di riconversione non è stato portato a termine in maniera uniforme dalle tre strutture.

Con il presente accordo si soddisfa innanzitutto l'esigenza di tornare ad un assetto negoziale unitario ed inoltre le strutture private monospecialistiche del settore psichiatrico della Regione Marche, San Giuseppe, Villa Jolanda e Villa Silvia, si sono impegnate preliminarmente a ritirare i contenziosi in essere nonché a rinunciare a qualsiasi pretesa in riferimento agli anni ed alle materie disciplinate dall'Accordo stesso.

Va ricordato che con decreto n. 50/SAN dell' 8 maggio 2014, integrato con successivo decreto n. 58/SAN del 15 maggio 2014, è stato costituito un gruppo tecnico di lavoro, formato da componenti del Servizio Sanità/ARS Marche nonché di ASUR, INRCA ed Aziende, per la propedeutica ricognizione ed analisi della situazione esistente e delle specifiche esigenze delle strutture interessate, finalizzate appunto alla predisposizione di una ipotesi di Accordo regionale.

Successivamente si sono svolti diversi incontri allargati ai rappresentanti delle tre case di cura monospecialistiche e delle associazioni ARIS ed AIOP, ai quali hanno fatto seguito ulteriori puntuali verifiche con l'Asur e le Aree Vaste interessate. Con nota prot. n. 22306 del 13.10.2014, la Direzione generale dell'Asur Marche ha comunicato i dati relativi alle partite economiche delle Case di Cura Monospecialistiche, già oggetto di specifica certificazione da parte dei Direttori delle Aree Vaste 2 e 5.

In data 6 novembre 2014 è stato sottoscritto dai rappresentanti ARIS ed AIOP e dalle tre Case di Cura da un lato e, per la Regione Marche, dall'Assessore alla salute e dal dirigente del Servizio sanità, l'Accordo che si allega (All. A), comprensivo di specifiche Tabelle sottoscritte dal dirigente del Servizio Sanità con



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ogni singola Casa di Cura - San Giuseppe, Villa Jolanda e Villa Silvia - per la risoluzione delle peculiari problematiche e pendenze contabili pregresse intercorrenti con ciascuna di esse.

Con il presente accordo, quindi, si procede a disciplinare definitivamente la materia per gli anni 2010-2013 ed a fornire le indicazioni in ordine alle attività da espletare per gli anni 2014 - 2015: fra queste, le indicazioni necessarie per completare la prevista riconversione.

Passando a descrivere i concreti contenuti dell'Accordo sottoscritto, per quanto riguarda la prima parte, riferita agli anni 2010 e 2013, si è concordato che il budget di spesa per gli anni 2010 e 2011 viene riconfermato nella misura stabilita per l'anno 2009 (DGRM 56/2010) e che il budget per gli anni 2012 e 2013 è stabilito in misura pari a quello del 2011, ridotto dell'1% per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Sono definiti i tetti per la mobilità attiva ed inoltre le parti si danno reciprocamente atto dei valori definitivamente riconosciuti nei singoli anni, sottoscrivendo ogni Casa di Cura una specifica tabella (1.1. San Giuseppe, 1.2. Villa Jolanda, 1.3. Villa Silvia).

Quanto al Budget di spesa per l'anno 2014, questo è stato fissato in misura pari a quello del 2011 ridotto, per la parte ospedaliera e specialistica ambulatoriale del 2.00% per effetto della Legge n. 135 del 07/08/2012. Tale budget, come quantificato nella Tabella 3, si intende al lordo della quota del cittadino/comune e sarà ridefinito nella quota sanitaria entro la chiusura del bilancio 2014.

Si è tenuto conto infatti che, in applicazione delle deliberazioni della Giunta regionale n. 1011 e n. 1195 del 2013, anche le prestazioni residenziali sono soggette alla quota di compartecipazione del cittadino/Comune per la quota c.d. sociale, stabilita a partire dall' 1.01.2014. Per il tempo necessario alle strutture ad introitare le quote a carico del cittadino/Comune, si è stabilito che la quota stessa venga anticipata da Asur Marche. Tale anticipazione non può comunque superare il 31.12.2014. Le strutture, a tale proposito, si impegnano ad attivare immediatamente le procedure per il riconoscimento dell'assegno di accompagnamento per i soggetti attualmente inseriti.

E' inoltre precisato che la Regione Marche, in relazione al processo di gestione della complessa riorganizzazione in atto ed in coerenza con l'Accordo siglato il 13 dicembre 2013 con le O.O.S.S., tenendo conto dell'esigenza di alleviare i disagi dei malati disabili e delle loro famiglie, si impegna a valutare l'impatto sull'utente della nuova ripartizione degli oneri all'interno delle rette, tra quota sanitaria e quota sociale, e ad intervenire per coprire i maggiori oneri a favore del cittadino/Comune incapiente con le risorse del fondo anticrisi.

Per l'anno 2015, il budget viene fissato in misura pari a quello del 2014. In particolare per l'attività residenziale il tetto viene già assegnato al netto della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino/Comune. Il predetto tetto si adeguerà automaticamente alla percentuale in diminuzione o aumento delle eventuali manovre economiche nazionali che si adotteranno per lo specifico anno, come indicato nella Tabella 3.

Per gli anni 2014 e 2015, è prevista la possibilità di trasferimenti di budget tra i diversi livelli assistenziali, all'interno della stessa struttura, autorizzati dall'ASUR entro il mese di settembre di ogni anno (per il 2014 entro il mese di novembre), in modo particolare per consentire la riduzione delle liste di attesa nell'attività specialistica ambulatoriale. Eventuali trasferimenti non potranno in nessun modo consentire di superare il tetto complessivo di struttura.

In conformità alle linee guida sulla Mobilità attiva di cui alla DGRM 279/2014, il tetto di mobilità attiva per l'anno 2014 è definito in misura pari alla produzione riconosciuta attraverso le Matrici della Mobilità Extraregionale approvate dal CIPE, cosiddetta Mobilità Attiva Programmata. Tale tetto potrà essere eventualmente incrementato fino ad un massimo del 10%. (Tabelle 3).

ma



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Quanto alla mobilità attiva 2015, in conformità alle linee guida sulla Mobilità attiva di cui alla DGRM 279/2014, essa è definita in misura pari alla produzione riconosciuta attraverso le Matrici della Mobilità Extraregionale approvate dal CIPE, cosiddetta Mobilità Attiva Programmata, come comunicata dalla Regione in sede di assegnazione del budget.

Viene disciplinata anche l'eventuale produzione di Mobilità Attiva Interregionale eccedente la Mobilità Attiva Programmata, che potrà essere fatturata dai soggetti Erogatori Privati nell'anno di competenza, entro i limiti massimi previsti nei suindicati tetti per il 2014 ed il 2015 ed al verificarsi di determinate condizioni, legate al riconoscimento ufficiale mediante la c.d. Matrice della Mobilità Extraregionale ed alla compatibilità 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 (punto 6 dell'Accordo).

Specifiche previsioni riguardano poi le singole Case di Cura per quanto riguarda la riconversione di posti letto. Per quanto riguarda Villa Silvia è previsto, per la struttura presso Piticchio di Arcevia, accreditata come STD1, un progetto aggiuntivo, della durata di un anno, per il quale si prevede uno stanziamento ad hoc di 594.544,00 euro (punto 10 dell'Accordo).

Per quanto riguarda le tariffe, dall' 1 gennaio 2014 al 30 Giugno 2014 si conferma l'applicazione del sistema tariffario di cui alla DGRM n. 56/2010. A partire dall' 1 luglio 2014 si applicano le tariffe per l'attività ospedaliera per i codici 56 e 60 di cui alla DGR 709/2014.

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, omnicomprensivi e aggiuntivi rispetto alla tariffa stabilita dalla DGR 709/2014.

Per le prestazioni ambulatoriali dall'approvazione del nuovo tariffario regionale, ovvero, dalla data di entrata in vigore indicata nella specifica DGR, le tariffe si applicheranno automaticamente anche alle strutture monospecialistiche e sostituiranno quelle attualmente in vigore.

Per le prestazioni del sistema residenziale, per l'annualità 2014, fino all'adozione della Delibera di Giunta che recepisce il nuovo sistema, si applicano le tariffe stabilite dalla DGRM 56/2010.

Per i posti letto che cambiano livello assistenziale, determinando la conseguente necessità di modificare la tipologia di accreditamento, fino al completamento del relativo iter amministrativo si applicano le tariffe stabilite dalle vigenti disposizioni regionali per la tipologia di posti letto accreditati.

In tema di appropriatezza, fermo restando l'obbligo da parte dell'ASUR di espletare i controlli previsti nell'ambito dei rapporti convenzionali con i singoli erogatori privati accreditati, viene inoltre disciplinato lo svolgimento dei controlli sulle prestazioni sanitarie, secondo le indicazioni della DGR n. 781 del 28/5/2013, in applicazione delle disposizioni della Legge n. 133/2008 e del Decreto Ministeriale 10 Dicembre 2009. Sono inoltre previste regole per le Modalità di accesso all'attività (punto 14 dell'Accordo).

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, si richiamano la deliberazione della Giunta regionale n. 986 del 7.08.2014 che ha apportato modificazioni ed integrazioni alla DGR 1750 del 27.12.2013, recante "Autorizzazione agli Enti del SSR ed



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2014" e la successiva DGRM di ulteriore modifica, n. 1013 del 08.09.2014.

Per l'anno 2015 la copertura sarà assicurata dal budget che verrà assegnato all'ASUR, coerentemente con le risorse disponibili e con la normativa finanziaria vigente.

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

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Maria 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 che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

IL DIRIGENTE

Pietro Piccarelli

La presente deliberazione si compone di n. 20 pagine, di cui n. 12 pagine di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moroni

**ACCORDO PER GLI ANNI 2010-2013 E 2014-2015 CON LE CASE DI CURA
MONOSPECIALISTICHE ACCREDITATE DELLA REGIONE MARCHE**

ASPETTI GENERALI

Il presente Accordo disciplina per gli anni 2010-2013 e 2014-2015 in termini generali il rapporto con le Case di Cura monospecialistiche della Regione Marche e dovrà essere recepito con deliberazione di Giunta Regionale.

PREMESSA

Preliminarmente le parti si danno reciprocamente atto della unitarietà degli erogatori privati accreditati del settore delle Case di Cura monospecialistiche del settore psichiatrico della regione Marche. Il presente accordo consente di superare il recente passato, caratterizzato dall'assenza di accordi regionali (l'ultimo risale al 2010 ed è relativo all'annualità 2009) e dalla contestuale stipula di accordi locali da parte delle Aree Vaste ASUR con i singoli Erogatori Privati ed ombreggiato da iniziative unilaterali da un lato e da iniziative giudiziarie dall'altro, per tornare ad un assetto negoziale unitario.

Deve inoltre essere ricordato che a fronte degli atti regionali (DGR 76/2009 e del PSR 2012-2014) nei quali veniva prevista la riconversione dei posti letto delle tre Case di cura monospecialistiche, prevedendo che l'attività di ricovero venisse erogata prevalentemente in regime residenziale, in realtà tale percorso di riconversione non è stato portato a termine in maniera uniforme dalle tre strutture. Conseguentemente, con il presente accordo si forniscono le indicazioni necessarie per completare la prevista riconversione.

Le parti si impegnano, in conseguenza della sottoscrizione del presente accordo, a ritirare i contenziosi in essere (causa presso il TAR Marche introdotta da San Giuseppe R.G. n. 176/2013) e comunque a rinunciare a qualsiasi pretesa in riferimento agli anni ed alle materie disciplinate dal presente accordo. L'eventuale avvio di nuovi contenziosi relativi alle specifiche espresse nel presente accordo avrà come conseguenza la sospensione dello stesso.

Di seguito si indicano separatamente le specifiche per gli accordi per gli anni 2010-2013 e 2014-2015.

ACCORDO per gli anni 2010 - 2013

Si concorda che:

- 1) **Accordi Contrattuali.** I singoli accordi contrattuali di fornitura, devono essere sottoscritti, nel rispetto della programmazione e degli indirizzi contenuti nel presente atto, da ciascuna Struttura con l'ASUR. Resta inteso che l'erogazione delle prestazioni ed il relativo accordo sono subordinati alla sussistenza del requisito di accreditamento della struttura medesima.
- 2) **Budget di spesa per l'anno 2010.** Il budget 2010 per le strutture monospecialistiche viene confermato nella misura stabilita per l'anno 2009, con le modalità previste dalla DGRM 56/2010.
- 3) **Budget di spesa per l'anno 2011.** Il budget 2011 per le strutture monospecialistiche viene confermato nella misura stabilita per l'anno 2009, con le modalità previste dalla DGRM 56/2010.
- 4) **Budget di spesa per l'anno 2012.** Viene fissato in misura pari a quello del 2011 ridotto, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero ospedaliero, dello 0.50% per effetto della Legge n. 135 del 07/08/2012.

- 5) **Budget di spesa per l'anno 2013.** Viene fissato in misura pari a quello del 2011 ridotto, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero ospedaliero, dello 1% per effetto della Legge n. 135 del 07/08/2012.
- 6) **Tetto per la mobilità attiva 2010, 2011 e 2012.** Si conferma per gli anni 2010, 2011 e 2012 la produzione di attività effettuata da ogni struttura al netto di eventuali contestazioni che risultino dalle Delibere CIPE a seguito delle verifiche del tavolo interregionale per il riconoscimento della mobilità, detratto il differenziale TUC nei termini pattuiti.
- 7) **Tetto per la mobilità attiva 2013.** In conformità delle linee guida sulla Mobilità attiva di cui alla DGRM 279/2014, per il solo anno 2013 si definisce che il tetto della mobilità attiva sia uguale al valore della produzione riconosciuta nell'anno 2012 ridotta del 2%, valorizzata alla tariffa stabilita dalla regione Marche con DGR 56/2010.
- 8) **Tariffe.** In merito agli anni 2010 – 2013 si conferma l'applicazione del sistema tariffario di cui alla DGRM 56/2010. In deroga, per gli anni 2010 – 2012, si applica per la lungodegenza medica (cod. 60 escluse le MDC 19 e 20) della Casa di Cura Villa San Giuseppe la stessa tariffa giornaliera fissata nel medesimo periodo per le case di cura monospecialistiche, pari a 184,1 euro. Il valore soglia è individuato in 60 giorni, superati i quali si applicherà un abbattimento del 30% della tariffa. I ricoveri che superano tale limite vanno adeguatamente motivati.
- 9) **Definizione contabilità anni 2010, 2011, 2012 e 2013.** In merito agli anni 2010 -2013 le parti, dopo confronto sulla contabilità e valutazione delle rispettive posizioni, si danno reciprocamente atto che i valori definitivamente riconosciuti per gli anni suindicati sono quelli riportati nelle tabelle allegate per le singole case di cura: San Giuseppe **Allegato 1.1**, Villa Jolanda **Allegato 1.2**, Villa Silvia **Allegato 1.3**.

A tale proposito ciascuna Casa di Cura, in persona del proprio rappresentante legale, sottoscrive in calce alla contabilità di rispettivo riferimento la clausola di accettazione ad esaurivo soddisfacimento di qualsiasi spettanza.

Le parti concordano inoltre che entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo verranno emessi i mandati di pagamento e le note di credito a totale chiusura di qualsiasi pendenza in merito alle predette annualità.

ACCORDO per gli anni 2014 e 2015

Il sistema di offerta dei Soggetti Erogatori Privati, dovrà essere coerente con gli obiettivi perseguiti dalla riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica e della definizione delle reti cliniche, finalizzata alla riduzione della frammentazione ospedaliera e al miglioramento della continuità assistenziale H-T, di cui alle DGR n. 1696/2012, n. 735/2013, n. 1345/2013, nonché alla riorganizzazione del livello residenziale DGRM n. 1011/2013 e n. 1195/2013, senza dimenticare quanto già stabilito dalla Deliberazione Amministrativa 123/2004 (Progetto Obiettivo salute mentale 2004-2006), dalla DGR n. 76/2009 e dal PSR 2012-2014. Si prevede, a partire dalla data di approvazione del presente accordo da parte della Regione Marche, con apposita Deliberazione della Giunta Regionale, l'avvio delle procedure amministrative necessarie a garantire la riconversione di parte dell'attività sulla base delle formulazioni riportate all' **Allegato 2** al presente documento.



2



Si concorda inoltre che:

- 1) **Budget di spesa per l'anno 2014.** Viene fissato in misura pari a quello del 2011 ridotto, per la parte ospedaliera e specialistica ambulatoriale del 2.00% per effetto della Legge n. 135 del 07/08/2012. (Allegato 3)

In applicazione delle deliberazioni della Giunta regionale n. 1011 e n. 1195 del 2013, anche le prestazioni residenziali sono soggette la quota di compartecipazione del cittadino/Comune per la quota c.d. sociale, stabilita a partire dall' 1.01.2014. Per il tempo necessario alle strutture per introitare le quote a carico del cittadino/Comune, la quota stessa viene anticipata da Asur Marche. Tale anticipazione non può comunque superare il 31.12.2014.

Di conseguenza il budget assegnato per il 2014, come da tabella (Allegato 3) si intende al lordo della quota del cittadino/comune e sarà ridefinito nella quota sanitaria entro la chiusura del bilancio 2014.

Le strutture, a tale proposito, si impegnano ad attivare immediatamente le procedure per il riconoscimento dell'assegno di accompagnamento per i soggetti attualmente inseriti.

La Regione Marche, in relazione a processo di gestione della complessa riorganizzazione in atto ed in coerenza con l'Accordo siglato il 13 dicembre 2013 con le O.O.S.S., tenendo conto dell'esigenza di alleviare i disagi dei malati disabili e delle loro famiglie, si impegna a valutare l'impatto sull'utente della nuova ripartizione degli oneri all'interno delle rette, tra quota sanitaria e quota sociale, e ad intervenire per coprire i maggiori oneri a favore del cittadino/Comune incapiente con le risorse del fondo anticrisi.

- 2) **Budget di spesa per l'anno 2015.** Viene fissato in misura pari a quello del 2014. In particolare per l'attività residenziale il tetto viene già assegnato al netto della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino/Comune. Il predetto tetto si adeguerà automaticamente alla percentuale in diminuzione o aumento delle eventuali manovre economiche (es. Spending review) nazionali che si adotteranno per lo specifico anno (Allegato 3).

- 3) **Trasferimenti di budget.** Per gli anni 2014 e 2015, sono possibili trasferimenti di budget tra i diversi livelli assistenziali, all'interno della stessa struttura, autorizzati dall'ASUR entro il mese di settembre di ogni anno (per il 2014 entro il mese di novembre), in modo particolare per consentire la riduzione delle liste di attesa nell' attività specialistica ambulatoriale. Eventuali trasferimenti non potranno in nessun modo consentire di superare il tetto complessivo di struttura.

- 4) **Tetto per la mobilità attiva 2014.** In conformità alle linee guida sulla Mobilità attiva di cui alla DGRM 279/2014, la mobilità attiva per l'anno 2014 si definisce pari alla produzione riconosciuta attraverso le Matrici della Mobilità Extraregionale approvate dal CIPE, cosiddetta **Mobilità Attiva Programmata**. Tale tetto potrà essere eventualmente incrementato fino ad un massimo del 10%. (Allegato 3).

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



3



- 6) **Fatturazione quote eccedenti di mobilità attiva.** L'eventuale produzione di Mobilità Attiva Interregionale eccedente la Mobilità Attiva Programmata potrà essere fatturata dai soggetti Erogatori Privati nell'anno di competenza, entro i limiti massimi previsti nei precedenti punti 4 e 5, ma sarà riconosciuta, liquidata e pagata soltanto al verificarsi delle seguenti tre condizioni:
- a. se, quando e nella misura in cui sia stata ufficialmente riconosciuta alla Regione Marche mediante la c.d. Matrice della Mobilità Extraregionale;
 - b. se non esistano incompatibilità con gli effetti economici prodotti dagli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, obbligatoriamente previsti dal Patto per la Salute 2014-2016.
- Pertanto, fino al verificarsi delle condizioni di cui sopra, tale eccedenza non costituirà debito per la Regione nei confronti 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. Il saldo sarà erogato al termine del percorso di definizione del valore della produzione così come formalizzata dalla matrice della mobilità extraregionale.
- 7) **Posti letto convenzionati.** Entro 10 giorni dalla data di approvazione dell'accordo da parte della Regione Marche, con apposita deliberazione di Giunta Regionale, le strutture avviano le procedure amministrative, di autorizzazione e successivo accreditamento, necessarie per la riconversione dei PL nelle modalità di cui alla tabella (**Allegato 2**). Contestualmente la Regione si impegna a svolgere celermente le procedure di competenza in modo che dette procedure si concludano entro il 31 dicembre 2014, in maniera tale da consentire l'avvio a regime della nuova organizzazione, al più tardi, a partire dal 1 gennaio 2015.
- 8) **Casa di Cura Villa Jolanda.** Al fine di completare il percorso di riconversione dei posti letto della Casa di Cura privata Villa Jolanda di Maiolati Spontini, definito dalla D.G.R. 290/11, allineandolo alla normativa regionale vigente e alle compatibilità economiche, la struttura potrà essere convenzionata, con un budget massimo definito in base alle tariffe per l'accoglienza residenziale e semiresidenziale che verranno adottate dalla Regione Marche, per un numero complessivo di posti letto così ripartiti: SRT n. 20, SRR n. 20, R2D n. 19, riabilitazione intensiva in regime di ricovero (codice 56) n. 15.
- 9) **Comunità protetta San Giuseppe.** Al fine di riportare ad unitarietà l'attività della Casa di Cura San Giuseppe, a partire dall'anno 2014 si ricomprende all'interno del budget complessivo della predetta struttura anche l'attività residenziale della Comunità protetta SRP3 della Casa di Cura San Giuseppe, finora gestita con un budget separato, così come riportato in **Allegato 3**. Il budget sarà determinato in base alla quota che deriva dalla contrattualizzazione di 20 posti letto di SRP3 con le tariffe che verranno stabilite dall'apposita delibera di giunta. Tale somma pertanto è sottoposta alle regole del presente accordo nonché a quanto previsto per lo specifico settore dalle DGR n. 1011 e n. 1195/2013 e s.m.i.
- 10) **Progettualità aggiuntive rispetto al budget storico Residenti.** Per la struttura in capo alla società titolare di Villa Silvia presso Piticchio di Arcevia, accreditata come STD1, viene istituito un progetto aggiuntivo, della durata di un anno a far data dalla adozione della Deliberazione di Giunta Regionale che recepisce il presente Accordo, per il quale si prevede uno stanziamento ad hoc di 594.544,00 euro. Detto progetto verrà concordato nei dettagli da un Gruppo di lavoro costituito da referenti della Regione, dell'ASUR e della Struttura. A conclusione del progetto, sulla base dei risultati conseguiti e delle disponibilità economiche, verrà valutata dalla Regione

l'opportunità di mettere a regime l'attività. Il progetto medesimo, data la sua natura sperimentale, non è sottoposto al principio di cui al punto "Trasferimenti di budget".

11) Accordi Contrattuali. I singoli accordi contrattuali di fornitura, devono essere sottoscritti, nel rispetto della programmazione e degli indirizzi contenuti nel presente atto, da ciascuna Struttura con l'ASUR. Resta inteso che l'erogazione delle prestazioni ed il relativo accordo sono subordinati alla sussistenza del requisito di accreditamento della struttura medesima.

12) Tariffe:

Prestazioni di ricovero ospedaliero. Dall' 1 gennaio 2014 al 30 Giugno 2014 si conferma l'applicazione del sistema tariffario di cui alla DGRM n. 56/2010. A partire dall' 1 luglio 2014 si applicano le tariffe per l'attività ospedaliera per i codici 56 e 60 di cui alla DGR 709/2014.

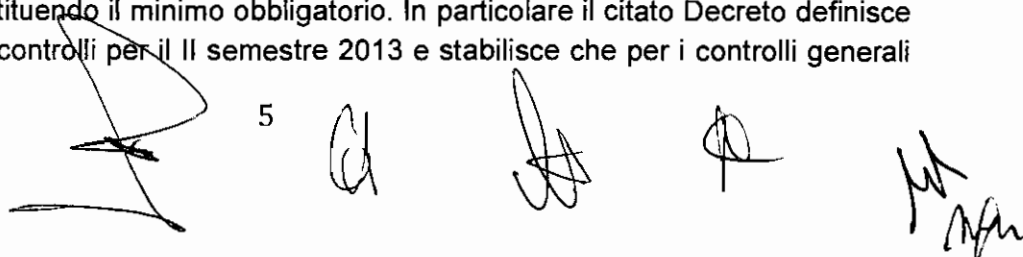
Relativamente alla lungodegenza (codice 60), per i pazienti inviati dagli stabilimenti dei Presidi unici di Area Vasta (ex ospedali di rete) e dalle Aziende Ospedaliere/INRCA, in considerazione delle particolari necessità assistenziali che si configurano come post acuzie, a ristoro dei costi aggiuntivi 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, omnicomprensivi e aggiuntivi rispetto alla tariffa stabilita dalla DGR 709/2014.

Prestazioni ambulatoriali. Dall' approvazione del nuovo tariffario regionale, ovvero, dalla data di entrata in vigore indicata nella specifica DGR, le tariffe si applicheranno automaticamente anche alle strutture monospecialistiche e sostituiranno quelle attualmente in vigore.

Prestazioni Residenziali. Relativamente alle tariffe del sistema residenziale, per l'annualità 2014, fino all'adozione della Delibera di Giunta che recepisce il nuovo sistema si applicano le tariffe stabilite dalla DGRM 56/2010.

Quanto sopra, limitatamente ai posti letto che non cambiano livello assistenziale. Per i posti letto che cambiano livello assistenziale, determinando la conseguente necessità di modificare la tipologia di accreditamento, fino al completamento del relativo iter amministrativo si applicano le tariffe stabilite dalle vigenti disposizioni regionali per la tipologia di posti letto accreditati.

13) Controlli di appropriatezza. Fermo restando l'obbligo da parte dell'ASUR di espletare i controlli previsti nell'ambito dei rapporti convenzionali con i singoli erogatori privati accreditati, vengono di seguito riportati i controlli di appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Le attività di ricovero e le prestazioni di carattere ambulatoriale sono sottoposte a verifica secondo le indicazioni della DGR n. 781 del 28/5/2013 in applicazione delle disposizioni della Legge n. 133/2008 e del Decreto Ministeriale 10 Dicembre 2009. Le attività di controllo interne dei Soggetti Erogatori Privati accreditati sono svolte mediante apposito Comitato di Verifica delle Prestazioni Sanitarie (CVPS) sotto la responsabilità dei propri Direttori Sanitari. Gli erogatori privati accreditati inoltre sono sottoposti a verifica da parte di un Comitato Misto come specificato nella citata DGR. Il calcolo del numero di cartelle da sottoporre a controllo per tipologia deriverà dall'estrazione di un campione di almeno il 12,5% dei ricoveri totali per acuti, riabilitazione e lungodegenza effettuati per struttura di ricovero (presente nell'anagrafica HSP11), per ogni trimestre. Il Piano di controllo delle prestazioni sanitarie e il relativo manuale, predisposti dal CVPS Regionale, e stabilite con decreto n.33 del 18 settembre 2013 definiscono le indicazioni sull'ambito, sui volumi, sulle casistiche, sulla tempistica e sulle modalità dei controlli costituendo il minimo obbligatorio. In particolare il citato Decreto definisce il piano e il manuale dei controlli per il II semestre 2013 e stabilisce che per i controlli generali



sui DRG devono essere seguite le indicazioni riportate nel Testo Unico per la Mobilità Interregionale anno 2012, secondo i report predisposti dall'Agenzia Regionale Sanitaria e le tipologie di controllo riportate nel Manuale e che riguardano, limitatamente alle Case di Cura monospecialistiche:

Controlli di appropriatezza per i ricoveri:

- a) Controlli sui ricoveri di lungodegenza e riabilitazione.

Controlli di appropriatezza per l'attività ambulatoriale:

- a) Controllo generale sul tracciato record sul file C;
- b) Controlli generali della corretta fatturazione delle prestazioni;
- c) Controlli sulla documentazione clinica.

14) Modalità di accesso all'attività. I ricoveri nei posti letto vanno autorizzati dal dipartimento di salute mentale (DSM) o dal dipartimento delle dipendenze patologiche (DDP) competenti. Per tali ricoveri dovranno essere adottate da parte del DSM e del DDP apposite schede di valutazione al ricovero ed alla dimissione approvate dalla Regione Marche, nonché redatto il piano di trattamento individuale (DGR 1011/13).

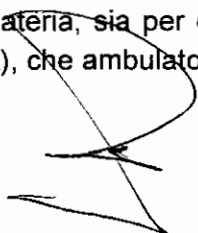
Le prestazioni ambulatoriali dovranno essere gestite attraverso il sistema di Prenotazione Unica Regionale al fine di promuovere una vera azione di governo e riduzione delle liste d'attesa, oltre che d'integrazione delle strutture pubbliche e private.

Le strutture, per ogni paziente ricoverato, dovranno adottare un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), in base alle previsioni della DGR 1011/13, anche utilizzando tecniche di riabilitazione definite ed universalmente riconosciute. Per ogni paziente ricoverato dovranno inoltre essere compilate la cartella clinica e la scheda infermieristica.

15) Standard strutturali, tecnologici ed organizzativi. Le strutture dovranno garantire gli standard previsti dalle vigenti disposizioni in materia. In particolare si fa riferimento alle DGR 2200/00 e s.m.i., DGR 1889/01 e, relativamente agli standard assistenziali per le strutture residenziali, alla DGR 1011/13. In aggiunta, trattandosi di Case di Cura monospecialistiche del settore psichiatrico, dovrà essere garantita la copertura medico specialistica psichiatrica, anche attraverso forme di consulenza da fornire nell'arco delle 24 ore. Nell'ambito dell'adeguamento agli standard previsti dalle sopracitate disposizioni regionali per la nuova organizzazione, si prevede una gradualità nell' adeguamento agli standard organizzativi, al fine di consentire una progressiva riqualificazione del personale operante nelle strutture, da realizzarsi entro il 30 giugno 2015.

16) Prestazioni per i residenti di altre regioni a carico del servizio sanitario nazionale. I requisiti di appropriatezza individuati dalla Giunta Regionale valgono sia per la produzione in favore di utenti residenti che per quella in favore di utenti non residenti nella Regione. Lo stesso vale per gli ulteriori controlli di appropriatezza previsti nel paragrafo dedicato. Il Servizio Sanità, in collaborazione con l'Agenzia Regionale Sanitaria, comunicherà le contestazioni effettuate dalle altre Regioni sia relativamente ai dati anagrafici che ai controlli di appropriatezza previsti dal Testo Unico della Mobilità Sanitaria vigente al momento. Le Strutture dovranno fornire la documentazione necessaria nei tempi previsti per il rispetto delle scadenze per l'invio delle controdeduzioni secondo le indicazioni del Testo Unico.

17) Debiti informativi. Le strutture provvederanno all'invio dei Flussi informativi in conformità alle vigenti disposizioni in materia, sia per quanto riguarda l'attività ospedaliera (HSP, SDO), che residenziale (flusso FAR), che ambulatoriale (File C).



6



Letto, confermato e sottoscritto

Ancona li 6.11.2014

Per Casa di cura Villa San Giuseppe

Per Casa di cura Villa Jolanda

Per Casa di cura Villa Silvia

Per AIOP

Per ARIS

Per la Regione Marche

Direttore Generale

Il Presidente Legale rappresentante

RESPONSABILI AMM. VO
x Il Presidente Legale rappresentante

Presidente Legale rappresentante

L' Assessore alla Salute Almerino Mezzolani

Il dirigente del Servizio Sanità Piero Ciccarelli

ALL. 1.1.

Fatturazione 2010 - 2013 Casa di Cura S. Giuseppe

Tipologia di assistenza	Fatturato riconosciuto anno 2010	Fatturato riconosciuto anno 2011	Fatturato riconosciuto anno 2012	Fatturato riconosciuto anno 2013
Ricoveri * (Residenti regionali)	2.037.992,63	2.039.204,01	2.032.392,58	2.026.263,55
Ricoveri * (Residenti extra-regionali)	1.403.364,72	1.295.551,76	1.081.772,43	1.102.515,95
Specialistica amb. (Residenti regionali)	5.015,37	3.803,99	3.840,99	4.114,39
Specialistica amb. (Residenti extra-regionali)	3.501,75	3.145,37	3.730,17	2.552,89
TOTALE	3.449.874,47	3.341.705,13	3.121.736,17	3.135.446,78

* Inklusivo della fatturazione relativa all'SRT

Le parti si danno reciprocamente atto di avere preso in considerazione le rispettive richieste relative a:

- Applicazione, in deroga per gli anni 2010 – 2012, della tariffa giornaliera fissata nel medesimo periodo per le case di cura monospecialistiche, pari a 184,1 euro, relativamente alla tariffa ospedaliera della lungodegenza medica (cod. 60 escluse le MDC 19 e 20);
- Applicazione spending review solo su attività ospedaliera e specialistica ambulatoriale;
- Possibilità di compensazione del budget ricovero con budget ambulatoriale;
- Regressione tariffaria su mobilità attiva.

Le parti, in merito agli anni 2010 – 2013, si danno altresì reciprocamente atto che i valori definitivamente riconosciuti per gli anni suindicati sono quelli riportati nella superiore tabella, a saldo e tacitazione definitiva di ogni spettanza.

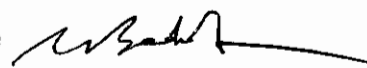
Le parti concordano inoltre che entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo verranno regolate tutte le partite contabili conseguenti al riconoscimento dei valori riportati nella superiore tabella, nonché le partite contabili pregresse, così come specificate nella nota Asur Marche n. 22306 del 13/10/2014, con l'emissione di tutte le note credito già precedentemente comunicate dall' Asur Marche, a totale chiusura di qualsiasi pendenza in merito alle predette annualità.

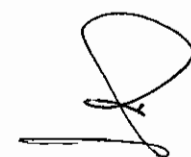
Per Casa di cura Villa San Giuseppe

Per Regione Marche

Direttore Generale
Il Presidente Legale rappresentante

Il dirigente del Servizio Sanità




ALL. 1.2.**Fatturazione 2010 - 2013 Casa di Cura Villa Jolanda**

Tipologia di assistenza	Fatturato riconosciuto anno 2010	Fatturato riconosciuto anno 2011	Fatturato riconosciuto anno 2012	Fatturato riconosciuto anno 2013
Ricoveri (Residenti regionali)	3.853.500,18	3.902.648,00	3.883.134,00	3.850.840,00
Ricoveri (Residenti extra-regionali)	0,00	0,00	0,00	12.782,00
TOTALE	3.853.500,18	3.902.648,00	3.883.134,00	3.863.622,00

Le parti, in merito agli anni 2010 – 2013, si danno reciprocamente atto che i valori definitivamente riconosciuti per gli anni suindicati sono quelli riportati nella superiore tabella, a saldo e tacitazione definitiva di ogni spettanza.

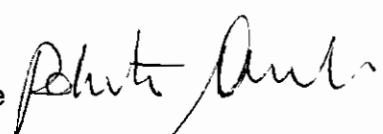
Le parti concordano inoltre che entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo verranno regolate tutte le partite contabili conseguenti al riconoscimento dei valori riportati nella superiore tabella, nonché le partite contabili pregresse, così come specificate nella nota Asur Marche n. 22306 del 13/10/2014, con l'emissione di tutte le note credito già precedentemente comunicate dall' Asur Marche, a totale chiusura di qualsiasi pendenza in merito alle predette annualità.

Per Casa di cura Villa Jolanda

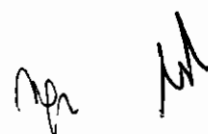
Per Regione Marche

RESPONSABILE AMM.RO
Il Presidente Legale rappresentante

Il dirigente del Servizio Sanità







ALL. 1.3.

Fatturazione 2010 - 2013 Casa di Cura Villa Silvia				
Tipologia di assistenza	Fatturato riconosciuto anno 2010	Fatturato riconosciuto anno 2011	Fatturato riconosciuto anno 2012	Fatturato riconosciuto anno 2013
Ricoveri (Residenti regionali)	1.436.640,31	1.365.709,29	1.424.228,33	1.463.485,32
Ricoveri (Residenti extra-regionali)	1.808.063,55	1.894.897,07	1.875.200,21	1.745.291,65
Specialistica amb. (Residenti regionali)	129.424,30	137.796,58	114.125,72	86.883,25
Specialistica amb. (Residenti extra-regionali)	610,40	224,80	221,90	86,00
TOTALE	3.374.738,56	3.398.627,74	3.413.776,16	3.295.746,22

Le parti, in merito agli anni 2010 – 2013, si danno reciprocamente atto che i valori definitivamente riconosciuti per gli anni suindicati sono quelli riportati nella superiore tabella, a saldo e tacitazione definitiva di ogni spettanza.

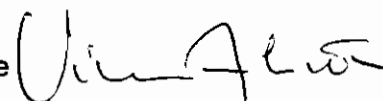
Le parti concordano inoltre che entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo verranno regolate tutte le partite contabili conseguenti al riconoscimento dei valori riportati nella superiore tabella, nonché le partite contabili pregresse, così come specificate nella nota Asur Marche n. 22306 del 13/10/2014 e nella nota del Dirigente del Servizio Sanità n 754732 del 22/10/2014, con l'emissione di tutte le note credito già precedentemente comunicate dall' Asur Marche, a totale chiusura di qualsiasi pendenza in merito alle predette annualità.

Per Casa di cura Villa Silvia

Per Regione Marche

Il Presidente Legale rappresentante

Il dirigente del Servizio Sanità








ALL. 2

CASA DI CURA VILLA SILVIA			
Dotazione a regime	Riabilitazione intensiva in regime di ricovero (cod. 56) *	SRT/SRP1	STD1 DOPPIA DIAGNOSI DGR 1245/12 ‡
Posti letto	32	10	16
Tariffa	€ 202,00	€ 170,00	€ 101,81

*32 p.l. di riabilitazione alcolica

‡ Relativi al alla progettualità aggiuntiva assegnata alla struttura in copo alla società titolare di Villa Silvio presso Piticchio di Arcevia, per pozieni con doppia diagnosi provenienti dalla struttura di Senigallio.

CASA DI CURA VILLA JOLANDA				
Dotazione a regime	Riabilitazione intensiva in regime di ricovero (cod. 56)	SRT/SRP1	SRR/SRP2.1	RSA/R2D
Posti letto	15	20	20	19
Tariffa	€ 202,00	€ 170,00	€ 128,00	€ 128,00

CASA DI CURA VILLA S.GIUSEPPE			
Dotazione a regime	Riabilitazione intensiva in regime di ricovero (cod. 56) **	Lungodegenza post acuzie in regime di ricovero (cod. 60)	SRT/SRP1
Posti letto	20	15	20
Tariffa	€ 202,00	€ 154,00	€ 170,00

**Suddivisi in 16 p.l. di riabilitazione alcolica e 4 p.l. di riabilitazione psichiatrica per pozieni con doppia diagnosi

ALL. 3

Budget di spesa per l'anno 2014

Case di Cura Private Monospecialistiche	Budget ricoveri ospedalieri e residenziale (Residenti regionali) *	Budget specialistica ambulatoriale (Residenti regionali)	Budget comunità protetta S.Giuseppe *	Budget ricoveri (Residenti extra-regionali) [Mobilità Attiva Programmata]	Budget specialistica ambulatoriale (Residenti extra-regionali) [Mobilità Attiva Programmata]
Casa di Cura Villa Silvia	€ 1.448.702,64	€ 86.040,68		€ 1.831.350,13	€ 221,90
Casa di Cura Villa Jolanda	€ 4.169.030,00			€ 46.386,00	
Casa di Cura San Giuseppe	€ 2.005.987,88	€ 11.760,00	**	€ 1.076.701,75	€ 3.842,00
TOTALE	€ 7.623.720,52	€ 97.800,68	€ -	€ 2.954.437,88	€ 4.063,90

* Gli importi indicati in tabella si intendono complessivi e ricomprendono la quota di compartecipazione a carico del cittadino / Comune che dovrà essere scorporata, in sede di assegnazione definitiva, sulla base delle normative vigenti.

** Il budget sarà determinato in base alla quota che deriva dalla contrattualizzazione di 20 posti letto di SRP3 con le tariffe che verranno stabilite dall'apposita delibera di giunta.

Budget di spesa per l'anno 2015

Case di Cura Private Monospecialistiche	Budget ricoveri ospedalieri e residenziale (Residenti regionali) *	Budget specialistica ambulatoriale (Residenti regionali)	Budget comunità protetta S.Giuseppe *
Casa di Cura Villa Silvia	€ 1.448.702,64	€ 86.040,68	
Casa di Cura Villa Jolanda	€ 4.169.030,00		
Casa di Cura San Giuseppe	€ 2.005.987,88	€ 11.760,00	**
TOTALE	€ 7.623.720,52	€ 97.800,68	€ -

* Gli importi indicati in tabella si intendono complessivi e ricomprendono la quota di compartecipazione a carico del cittadino / Comune che dovrà essere scorporata, in sede di assegnazione definitiva, sulla base delle normative vigenti.

** Il budget sarà determinato in base alla quota che deriva dalla contrattualizzazione di 20 posti letto di SRP3 con le tariffe che verranno stabilite dall'apposita delibera di giunta.