

ALLEGATO A

ACCORDO CON L'AIOP E LE CASE DI CURA ADERENTI ALLA RETE D'IMPRESA DENOMINATA
"CASA DI CURA DELLE MARCHE", PER GLI ANNI 2019-2020-2021.

Premessa

Con DGR n.1636 del 27.12.2016 è stato approvato l'accordo per gli anni 2016-2017-2018 con le Case di Cura private multi specialistiche accreditate della Regione Marche, Rete d'Impresa, denominata "Casa di Cura delle Marche" (Sub reti Case di Cura della AV2; Case di Cura AV3 e Case di Cura AV4/5).

Considerato che, nel corso degli ultimi anni i criteri di regolamentazione della mobilità attiva hanno subito diverse modifiche in relazione a differenti accordi di compensazione maturati dalla Conferenza delle Regioni in sede di riparto del Fondo Sanitario Nazionale, la Regione Marche, a partire dall'anno 2019, si trova nella necessità di assoggettare ai tetti di produzione programmata anche le prestazioni di alta complessità in mobilità attiva.

Con nota prot.n.9286/ASUR del 13.03.2019 ad oggetto "Accordi AIOP, ARIS e strutture monospecialistiche – Disposizioni provvisorie in attesa dell'approvazione degli accordi regionali per l'anno 2019", ASUR ha disposto, tra l'altro, che la produzione di prestazioni di alta complessità non potrà superare il valore della produzione raggiunta nel 2018.

Nel perseguimento del pubblico interesse, considerando inoltre che non si era ancora addivenuto alla stipula del nuovo accordo per il triennio 2019, 2020 e 2021 nonostante i numerosi incontri, con DGR n. 728/2019, è stata revocata la DGR n. 1636/2016 per:

- evitare l'eventuale generazione di costi non sostenibili da parte dell'amministrazione regionale, a seguito della mancata limitazione dei tetti di spesa per le prestazioni di alta complessità di cui alla DGR 1636/2016;
- effettuare la riconversione fino al 15% del budget di mobilità attiva a favore della riduzione dei tempi di attesa per la gestione delle liste di garanzia, di cui alla DGR 380/2019, DGR 462/2019 e DGR 703/2019.

Con la predetta DGR 728/2019, comunicata ad ASUR ed AIOP con nota prot. 0755467 del 18.06.2019, la Regione ha dato mandato ad ASUR, in assenza e nelle more dell'accordo 2019-2021 con AIOP e le strutture aderenti, di effettuare la riconversione fino al 15% del tetto della mobilità attiva a favore della riduzione dei tempi di attesa per la gestione delle liste di garanzia.

Successivamente, sono ripresi gli incontri tra le parti interessate, il Dirigente del Servizio Salute della Regione Marche e la PF Accreditamenti.

Vista inoltre, la nota prot. ASUR/DG n. 25300 del 1/7/2019, con cui la Regione ha acquisito la quantificazione economica concordata direttamente tra ASUR e i soggetti aderenti alle reti di impresa AV2, AV3, AV4/5, a favore delle liste di garanzia, sulla scorta della DGR 728/2019, si è addivenuti alla stipula del presente Accordo che regola i rapporti per gli anni **2019-2020-2021** tra le parti: Regione Marche, AIOP e le Case di Cura aderenti alla Rete d'Impresa "Casa di Cura delle Marche" (di seguito denominato per brevità "Rete di Impresa").

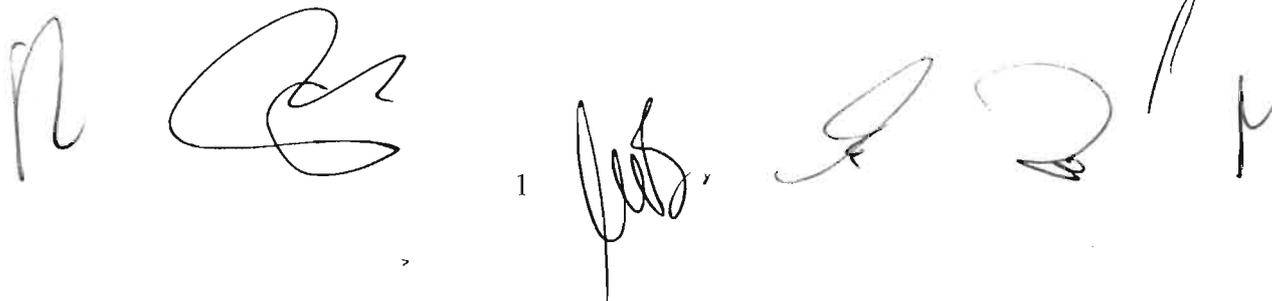
I contraenti si danno atto che la sua effettiva operatività è subordinata all'approvazione, con specifica delibera, da parte della Giunta della Regione Marche.

L'Accordo si pone in continuità con quanto previsto negli accordi degli anni precedenti (DGR n. 280/2014, DGR 1064/2014, DGR 1291/2014 e DGR n. 1109/2015), ed è coerente con il programma di riorganizzazione della rete di offerta privata e delle singole strutture, sulla base di quanto disposto dal D.M. n. 70/2015, e dalle DGR n. 559/2015 e n. 908/2015 (come rettificata con DGR n. 940/2015).

Resta quindi inteso che le Case di Cura Multi specialistiche accreditate, firmatarie del presente Accordo, possono beneficiare dei contenuti dello stesso, solo a condizione ed a seguito del corretto adempimento di tutti gli impegni richiamati nelle citate Deliberazioni di Giunta Regionale. Tra esse si ritiene di dover richiamare il rispetto di quanto previsto dalle specifiche deliberazioni adottate sulle tariffe regionali e di quanto disposto nei decreti relativi al CVPS e con il conseguente abbattimento tariffario.

Il presente Accordo introduce inoltre elementi di ulteriore dettaglio e previsioni di nuova committenza per assicurare le specifiche necessità di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017 e relativa DGR 716 /2017) a fronte dei quali le singole strutture aderenti alla "Rete d'Impresa" si impegnano a garantire i livelli occupazionali preesistenti all'Accordo e al rispetto dei CCNL. Inoltre, le parti, si impegnano:

- a rinunciare agli atti dei giudizi pendenti relativi alle materie disciplinate dalle precedenti delibere di sottoscrizione degli Accordi, con compensazione delle spese di lite, qualora non avessero ancora provveduto;



1

- a non avviare nuovi contenziosi relativi alle materie disciplinate nel presente accordo, pena l'immediata interruzione dell'efficacia dello stesso, nei confronti dei soggetti promotori del contenzioso;
- a sottoscrivere in calce alla contabilità di rispettivo riferimento la clausola di accettazione ad esaurivo soddisfacimento di qualsiasi spettanza;
- a dare preventiva informativa in merito all'adozione di qualsivoglia disposizione inerente le materie disciplinate dal presente accordo, aprendo uno specifico tavolo di concertazione con i rappresentanti delle strutture aderenti all'AIOP.

La validità dell'Accordo, con riferimento alla singola struttura, è subordinato alla sussistenza del requisito di accreditamento della struttura medesima ed al fatto che sia sottoscritto con ASUR l'apposita convenzione, nel rispetto della programmazione e degli indirizzi contenuti nel presente atto, da ciascuna delle sub-reti aderenti alla Rete di Impresa.

Nel prioritario obiettivo della tutela del pubblico interesse, le parti concordano che la regolamentazione regionale di tutte le prestazioni erogate e/o da erogare e dei relativi tetti economici sarà oggetto di annuale revisione, in considerazione della possibile modifica in sede di Conferenza delle Regioni dei criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale, della regolamentazione della mobilità sanitaria e dei relativi abbattimenti, nonché degli Adempimenti LEA.

Le parti concordano inoltre che, qualora in sede di riparto del FSN per gli anni 2020 e 2021 vengano applicati ulteriori abbattimenti calcolati sui saldi di mobilità degli erogatori privati accreditati prodotti in esercizi successivi al 2017, la Regione Marche, attraverso il medesimo approccio metodologico che verrà utilizzato a livello nazionale, provvederà a ribaltare in maniera puntuale tali abbattimenti verso i singoli erogatori privati accreditati regionali, che ne abbiano beneficiato, con una decurtazione del budget in mobilità attiva, sulla base del contributo di ciascuno di essi alla variazione del saldo di mobilità interregionale.

Principi base dell'Accordo

Le strutture private accreditate sono parte integrante dell'offerta assistenziale del sistema sanitario regionale e in tale funzione partecipano alla costruzione dell'offerta nell'ottica finalizzata alla costruzione delle reti assistenziali, alla riduzione della frammentazione ospedaliera e al miglioramento della continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio, così come normato dagli atti regionali in essere.

La riorganizzazione assistenziale si pone in continuità con quanto stabilito dalle delibere regionali in merito (DGR n. 735/2013; DGR n. 1219/2015; DGR n. 139/2016), dal DM 70/15, dalla DGR 159/2016 e DGR 1554/2018.

In particolare la DGR 159/2016, e la successiva DGR 1554/2018, avvia la riorganizzazione del sistema di offerta in adesione a quanto previsto nel DM 70/2015, impegnando le Aziende sanitarie regionali a completare la reingegnerizzazione del sistema sanitario qualificando l'offerta in un numero limitato di poli e procedendo alle previste riconversioni.

Si dà atto che la funzione strategica delle strutture private, firmatarie del presente accordo, deve essere individuata nella loro capacità di completare ed integrare l'offerta a diretta gestione pubblica, in quanto funzionali alle scelte di programmazione regionale; a tal fine si orienta parte del budget tetti di mobilità attiva a favore dei residenti marchigiani per aumentare i progetti Riduzione Tempi di Attesa (RTA) e Recupero Mobilità Passiva (RMP).

Ciò è possibile attraverso la flessibilità e la capacità organizzativa che sono in grado di mettere in campo le strutture private, con particolare riferimento all'impegno alla riduzione delle liste di attesa e al conseguente recupero della mobilità passiva, nella consapevolezza che i cittadini debbano trovare le risposte assistenziali nei tempi giusti e nei luoghi limitrofi alla loro residenza.

Per favorire una programmazione efficace su tali finalità si prevede una sua efficacia per un periodo almeno triennale **2019-2020-2021**, sia in termini di programmazione mirata di prestazioni che temporale. Ovviamente il presente accordo potrà essere rivisto dalle parti nei contenuti e nei valori di budget assegnati a seguito di normativa di carattere nazionale o regionale che ne richieda la revisione e/o integrazione.

Sia per le prestazioni erogate a residenti Regione Marche che fuori regione, rimane invariata l'attuale procedura in essere definita con apposite convenzioni tra ASUR e le Case di Cura facenti parte delle Singole Reti d'impresa.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large 'U' on the left, a signature in the center, and several other signatures on the right. A small number '2' is written below the central signature.

ACCORDO 2019-2020-2021

Premessa

Si concorda che i singoli accordi contrattuali di fornitura devono essere sottoscritti, nel rispetto della programmazione e degli indirizzi contenuti nel presente atto, da ciascuna Casa di Cura facente parte della Rete d'impresa con l'ASUR. Gli obiettivi e le finalità che l'accordo stesso dovrà garantire vengono richiamati nel presente Accordo ed in particolare sono:

- miglioramento della sicurezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate;
- maggiore integrazione degli erogatori privati con il sistema pubblico;
- piena adesione alle regole della DGR n. 808/2015, DGR 640/2018 e le ultime DGR (380/2019, 462/2019 e 703/2019) mediante la disponibilità di agende dedicate a CUP per la specialistica prestata presso le proprie strutture con particolare riferimento a quanto previsto ai punti successivi 8 - 9;
- maggiore appropriatezza delle prestazioni in regime di ricovero e ambulatoriali di tipo medico e chirurgico, nonché delle prestazioni di ricovero in riabilitazione intensiva, ed una riduzione dei ricoveri ripetuti per la stessa MDC, in coerenza con quanto disposto con Decreto 8/RAO del 5/04/2016 "Attuazione DGR n. 781 del 28.5.2013 - Dec. n. 16/RAO/2015: "Aggiornamento del Piano dei controlli prestazioni sanitarie anno 2015" - Integrazione al punto A.3.5 "Controlli sui ricoveri di lungodegenza e riabilitazione; Decreto 12/RAO del 28/04/2016 "Attuazione DGR n. 781 del 28.5.2013 - Dec. n. 16/RAO/2015: "Aggiornamento del Piano dei controlli prestazioni sanitarie anno 2015" - Integrazione al punto A.3.5 "Controlli sui ricoveri di lungodegenza e riabilitazione. Modifica e integrazione"; Decreto n.9/RAO del 26/05/2017 "Attuazione DGR n. 781 del 28.5.2013 - Piano dei controlli delle prestazioni sanitarie; Dec. 28/RAO del 21/09/2018 "Attuazione DGR n. 781. Del 28.5.2013 - aggiornamento del Piano dei controlli prestazioni sanitarie Integrazione al punto A.3.5 a "Controlli sui ricoveri di Riabilitazione) Dec n. 13 del 6/5/2019 "Attuazione DGR n. 781/2013 -Aggiornamento del Piano dei controlli Prestazioni sanitarie-Integrazione al punto a.5 "altro" del Dec n. 9/RAO 2017;
- partecipazione attiva alla riorganizzazione del sistema regionale in un'ottica di rete clinica, attraverso un costante monitoraggio degli indicatori nazionali (DM 70/2015, PNE, adempimenti LEA, ecc.) e regionali.
- partecipazione e integrazione regionale nell'ambito dei PDTA che si stanno implementando;
- partecipazione alla realizzazione del nuovo PRGLA di cui alle DGR 703/2019, DGR 380/2019 e DGR 462/2019.

Viene inoltre richiesto alle strutture erogatrici private di proseguire nello specifico impegno a supporto dei programmi di Riduzione dei Tempi di Attesa (RTA) e Recupero Mobilità Passiva (RMP) che la Regione stessa ha già avviato. Nella Regione Marche, infatti, permangono criticità relative ai tempi di attesa per prestazioni diagnostiche e terapeutiche e continua a registrarsi un importante flusso di prestazioni fruite in mobilità passiva verso strutture di altre Regioni. Il flusso di mobilità passiva appare dovuto a vari fenomeni come le lunghe liste di attesa, la disomogenea distribuzione dei servizi sul territorio, la parziale carenza di offerta nelle strutture Regionali e talvolta alcuni fenomeni opportunistici da parte dei professionisti delle regioni limitrofe.

Nell'ambito di un più consistente programma di riduzione delle Liste di Attesa e di contrasto della Mobilità Passiva, la regione ritiene di dover definire, con le strutture aderenti all'AIOP della rete d'impresa denominata "Casa di Cura delle Marche" e con le strutture che effettuano assistenza ospedaliera in regime di ricovero aderenti all'ARIS, un nuovo specifico contratto triennale di committenza finalizzato al mantenimento di alcuni volumi di produzione su specifiche attività che presentano ancora aspetti critici di offerta da parte del sistema regionale. A seguito delle delibere regionali sui Tempi di attesa sono state effettuate numerose azioni volte al contenimento del fenomeno. Da ultimo con le DGR 380/2019 e DGR 462/2019 è stato avviato il percorso di garanzia per la tutela dei cittadini mediante la predisposizione di Liste di Garanzia cui le Reti di Impresa parteciperanno in modalità attiva.

L'analisi del progetto, partita nei primi mesi del 2016, ha avuto come presupposto la verifica della effettiva capacità produttiva dei singoli erogatori privati (per prestazioni di ricovero per acuti, per prestazioni ambulatoriali e per prestazioni di riabilitazione) che sono state da subito impegnate a riorientare la propria attività verso le aree più critiche di offerta.

Il riscontro sull'attività svolta ha dimostrato la capacità delle suddette strutture di far fronte a volumi di attività specifica incrementale, confermando nel contempo l'attività svolta negli anni passati sia in termini di volumi aggiuntivi in assoluto che di attività storica riconvertita da altre discipline. Inoltre si ritiene di incrementare presso la regione le attività assistenziali per i propri residenti, mediante una risposta interna con maggior definizione della committenza nell'ambito della programmazione regionale. Le parti si impegnano pertanto a partecipare al Piano Regionale per il governo delle Liste di



3

Attesa (PRGLA) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica, sottoposte a stretto monitoraggio con DGR n. 808/2015, DGR 640/2018, DGR 380/2019, DGR 462/2019 e DGR 703/2019, vengono pertanto attuati specifici progetti volti alla valorizzazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

1. Sistema Tariffario e regole di gestione operativa

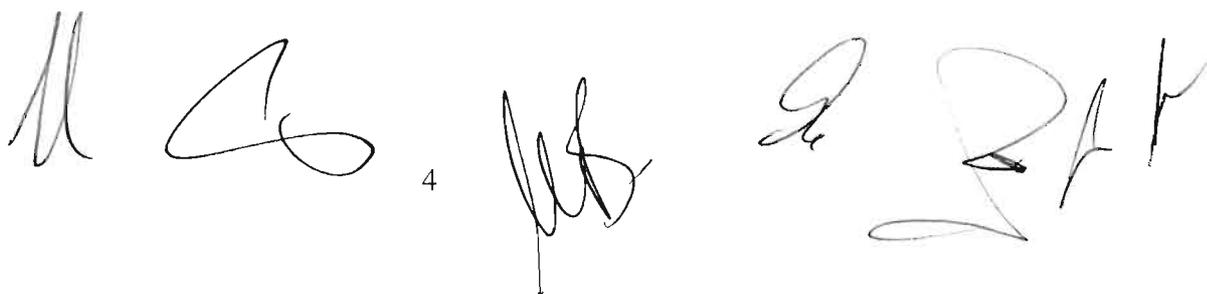
- 1) Le prestazioni in regime di ricovero verranno fatturate con le tariffe definite con la DGR n.709/2014, che ha aggiornato le tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera per gli erogatori pubblici e privati della Regione Marche a seguito dell'entrata in vigore del nuovo DM 28/01/2013 (che ha rivisto le remunerazioni per le prestazioni in regime di ricovero per acuti, lungodegenza, riabilitazione e di interventi chirurgici nel setting assistenziale ambulatoriale extraospedaliero);
- 2) Le prestazioni ambulatoriali verranno fatturate nel rispetto del tariffario regionale di cui alla DGR 5/2015 e DGR 193/2015; per le sole prestazioni di RTA e RMP, di cui alla tabella n.4, e per i progetti di riconversione finalizzati alla gestione delle liste di garanzia, di cui alla tabella n.3, le tariffe applicabili sono quelle indicate nell'allegato 1. Tutte le prestazioni dovranno essere sempre inserite nel "File C";
- 3) Il CUP pubblico invierà presso le strutture di cui al presente Accordo i pazienti oggetto del percorso di tutela inseriti nelle Liste di Garanzia di cui alla DGR 380/2019, così come modificata ed integrata dalla DGR 462/2019 e DGR 703/2019, che saranno soddisfatti all'interno del percorso descritto;
- 4) Le Reti di Impresa di cui al presente Accordo garantiscono, per la quota ambulatoriale, che le agende dedicate alle prestazioni ambulatoriali, suddivise per classi B, D e P siano definite ed inviate al CUP partecipando attivamente alla riduzione delle liste di attesa comprese le modalità del nuovo PNGLA e relativo recepimento regionale, di cui alle DGR 380/2019, DGR 462/2019 e DGR 703/2019;
- 5) Il mancato invio al CUP delle Agende differenziate, suddivise per classi di priorità B, D e P pregiudica il riconoscimento dell'intera quota economica stabilita per l'abbattimento Tempi di attesa;
- 6) Per i ricoveri ad "elevato rischio di inappropriatelyzza" di cui al Patto per la Salute 2010-2012 le strutture dovranno documentare il rispetto delle soglie di ricovero in regime di RO e DS previo abbattimento delle tariffe come previsto nei decreti che normano le attività del CVPS e nella DGR 709/2014;
- 7) Con riferimento alle prestazioni di ricovero le Case di Cura dovranno documentare ad ASUR l'impiego di professionisti con adeguata competenza e professionalità. A tal fine si terrà un monitoraggio annuale con incontri dedicati (ASUR, CdC);
- 8) Le parti si impegnano, in corso della valenza del presente accordo, a rivedere le tariffe delle cure intermedie, a seguito della riclassificazione delle stesse in classe "R1".

2. Appropriatelyzza e rispetto delle soglie minime di volume di attività

Per quanto attiene l'appropriatelyzza in regime di ricovero le strutture del Privato si impegnano al rispetto delle regole di cui ai Decreti 08/RAO del 05/04/2016, 12/RAO del 28/04/2016; 20/RAO del 26/07/2016, 9/RAO del 26/05/2017, 28/RAO del 21/09/2018, 13/RAO del 06/05/2019) e alla DGR 781/2013 ed accettano conseguentemente gli eventuali abbattimenti tariffari nel caso in cui i CVPS aziendali ASUR/AV rilevino il non rispetto delle modalità di ricovero e durata dello stesso. Eventuali controdeduzioni da parte degli erogatori verranno gestite secondo le modalità dei predetti Decreti.

Per quanto riguarda le attività collegate alle soglie minime di volume oggetto di monitoraggio di cui al DM 70/2015, le reti di impresa potranno effettuare solo a patto che vengano rispettate tali soglie.

Pertanto, per i ricoveri effettuati dal 1 gennaio 2019, ogni Ente sarà tenuto a monitorare tali volumi specifici di attività, riferiti al singolo stabilimento identificato dallo specifico codice ministeriale (HSP 11 bis), attraverso l'utilizzo di appositi report regionali, predisposti nel software Decisys e messi a disposizione dei referenti CVPS. Le Reti di Impresa oggetto del presente Accordo, che, a seguito della valutazione annuale regionale, non raggiungeranno le soglie previste dei volumi minimi di attività, subiranno un abbattimento tariffario dei relativi DRG, come di seguito indicato e come da Decreto n. 13/RAO del 06/05/2019:



4

VOLUME DI ATTIVITÀ	ABBATTIMENTO TARIFFARIO
70% ≤ valore < 100%	pari al 30%
30% ≤ valore < 70%	pari al 50%
valore < 30%	pari al 100%

3. Modalità di accesso all'attività di ricovero per acuti

Il ricovero può essere proposto da qualunque medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale. Può essere inoltre disposto da un Pronto Soccorso di struttura pubblica o richiesto per trasferimento da una struttura pubblica; tali ricoveri sono da considerarsi appropriati se coerenti con le motivazioni per cui il paziente viene inviato, in particolare nel caso della riabilitazione deve essere predisposto il Progetto Riabilitativo Individuale. L'accettazione medica del paziente è a cura del medico della Casa di Cura che effettua il ricovero. Nel caso di paziente che, senza essere transitato da Pronto Soccorso o dal medico di medicina generale o specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale, si presenti ad una Casa di Cura privata in condizioni cliniche che non consentano il rinvio al Pronto Soccorso lo stesso deve essere messo in condizioni di sicurezza, attraverso una stabilizzazione, e quindi la struttura privata potrà procedere al successivo trasferimento presso una struttura pubblica; le prestazioni correlate saranno rimborsate secondo il vigente sistema tariffario.

4. Flussi informativi

Le strutture private sono tenute al rispetto di tutti gli obblighi informativi previsti dalla normativa nazionale e regionale, il cui rispetto, in termini di tempestività, completezza e qualità, costituisce adempimento della Regione Marche nei confronti del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e Finanza. Al riguardo, particolare attenzione deve essere posta alla rilevazione del personale di cui alla Tabella 1C.bis del conto annuale, nonché alla registrazione delle grandi apparecchiature sanitarie, di cui al D.M. 22 aprile 2014. Le strutture private sono tenute al raccordo con il CUP unico regionale per la garanzia della trasparenza della gestione delle liste di attesa e a garantire l'inserimento delle attività nel File C.

Le parti concordano che le Case di Cura aderenti alle Reti di Impresa accedano alle agende del sistema informativo CUP per effettuare attività di prenotazione per i cittadini che ne abbiano bisogno.

5. Compensazioni e Riequilibrio del budget assegnato

Potranno essere effettuate redistribuzioni di budget, nell'ambito del budget assegnato, tra le attività anche di differente livello assistenziale, per ogni singola struttura nei limiti del 15% del budget complessivamente assegnato alla struttura stessa. La ulteriore redistribuzione, oltre che all'interno della singola struttura, potrà essere effettuata, d'intesa con il Direttore di Area Vasta, tra strutture diverse anche facenti capo alla medesima rete di impresa, situate nella medesima Area Vasta. Nel caso di strutture situate in differenti Aree Vaste, è facoltà dell'ASUR redistribuire, in accordo con la rete di impresa, il budget delle singole strutture sulla base dell'evoluzione della domanda territoriale di prestazioni in corso di esercizio o in caso di situazioni particolari che si dovessero verificare (es. fermo macchina ecc.)

6. Budget di spesa per residenti anni 2019-2020-2021

Per gli anni **2019-2020-2021**, il Budget ordinario massimo per l'erogazione delle prestazioni a favore dei residenti della Regione, viene fissato in euro **53.857.844,90**, come da tabella 1, confermando pertanto il budget storico. Tuttavia a seguito della modifica organizzativa della RTI AV2 che ha rinunciato ad attivare i posti letto per Cure Intermedie, riassegnati al pubblico, si è concordato di utilizzare la stessa quota di budget precedentemente dedicata a tale attività, pari a euro 1.058.500,00, a valere su Labor s.p.a., in continuità con quanto erogato in regime di ricovero negli anni precedenti.

Si concorda che le eventuali economie dovute a minore produzione di una o più Case di Cura potranno essere distribuite, su proposta della Rete d'Impresa, e a seguito di verifica e parere positivo di ASUR, tra le case di cura che avessero superato il budget di competenza.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a smaller one in the center, and several others on the right.

Tabella 1: Budget Attività Ordinaria 2019-2020-2021 Case di Cura Multispecialistiche

		Budget Ordinario			
		Degenze	Ambulatoriali	Cure Intermedie	Totale 2019 - 2021
RTI AV2	Villa Igea	12.026.851,35	1.197.726,14		13.224.577,49
	Villa Serena	4.363.991,10	777.562,92		5.141.554,02
	Totale RTI AV2	16.390.842,45	1.975.289,06		18.366.131,51
RTI AV3	Villa Pini	12.543.768,07	2.013.616,82		14.557.384,89
	Villa Alba		511.378,18		511.378,18
	Marchetti	1.517.670,00	674.718,03	1.058.500,00	3.250.888,03
	Totale RTI AV3	14.061.438,07	3.199.713,03	1.058.500,00	18.319.651,10
RTI AV 4/5	Villa Verde	4.296.504,05	547.118,53		4.843.622,58
	Villa Anna	4.368.171,90	762.525,73		5.130.697,63
	Villa San Marco	2.377.754,21	1.152.142,72		3.529.896,93
	Stella Maris/Sbt	3.522.001,75	145.843,40		3.667.845,15
	Totale RTI AV4/5	14.564.431,91	2.607.630,38	0,00	17.172.062,29
Totale Generale		45.016.712,43	7.782.632,47	1.058.500,00	53.857.844,90

7. Mobilità Attiva

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

- le prestazioni potranno essere effettuate per le prestazioni di ricovero solo nell'ambito di discipline per le quali la struttura sia già accreditata con il SSN e nel limite della capacità dei posti letto accreditati;
- le prestazioni ambulatoriali dovranno essere erogate attraverso un'unica lista di attesa, escludendo percorsi preferenziali per gli utenti in ragione della loro regione di residenza.

Nel corso degli ultimi anni i criteri di regolamentazione della mobilità attiva hanno subito diverse modifiche in relazione a differenti accordi di compensazione maturati dalla Conferenza delle Regioni in sede di riparto del Fondo Sanitario Nazionale. In particolare in sede di riparto 2019, sui dati di mobilità 2017, è stato praticato un abbattimento del 60% sui saldi di mobilità rispetto all'anno precedente, senza distinzione tra prestazioni di bassa ed alta complessità.

In conseguenza di tali criteri di abbattimento la Regione Marche si trova nella necessità di assoggettare ai tetti di produzione programmata, per il futuro, anche le prestazioni di alta complessità in mobilità attiva.

Con la DGR 728/2019, comunicata ad ASUR ed AIOP con nota prot. 755467 del 18/06/2019, la Regione ha dato mandato ad ASUR, in assenza e nelle more dell'accordo 2019-2021 con AIOP e le strutture aderenti, di effettuare la riconversione fino al 15% del tetto della mobilità attiva a favore della riduzione dei tempi di attesa per la gestione delle liste di garanzia. Pertanto, per la determinazione dei tetti di produzione a valere per l'anno 2019, 2020 e 2021 viene presa come base per ciascuna Rete di impresa la produzione 2018, alla quale viene applicato un abbattimento del 15%.

Inoltre, su specifica richiesta della CdC Stella Maris di San Benedetto della Rete di Impresa AV 4/5, sono state attribuite a quest'ultima delle risorse aggiuntive, finalizzate alla tutela dei livelli occupazionali tramite il progressivo recupero della capacità produttiva antecedente la procedura fallimentare cui è stata sottoposta. Tali risorse derivano, da un lato, da un riequilibrio effettuato tra le Case di Cura aderenti alla Rete d'Impresa, per importi pari ad euro 400.000,00 per il 2019, ridotti di euro 100.000,00 per il 2020 e 2021, dall'altro dal contributo regionale pari a euro 600.000,00 per il 2019, incrementato di euro 500.000,00 per il 2020 e di euro 500.000,00 per il 2021. Anche gli importi sopracitati saranno soggetti all'abbattimento del 15%.

La produzione complessivamente abbattuta, superiore rispetto all'importo decurtato da parte della conferenza delle regioni, risulta pari a euro 6.145.256,00 per il 2019, euro 6.220.256,00 per il 2020 ed euro 6.295.256,00 per il 2021; essa viene riconvertita in attività a favore dei cittadini residenti nella regione e finalizzata, in via prioritaria, alla gestione delle liste di garanzia per la riduzione dei tempi di attesa di cui alle DGR 380/2019, DGR 462/2019 e DGR 703/2019. Qualora tali risorse risultassero eccedenti all'effettivo fabbisogno per le liste di garanzia o comunque superiori alle capacità produttive delle CdC aderenti alle reti di impresa di Area Vasta, saranno anche finalizzate a garantire l'erogazione di prestazioni a favore dei residenti allo scopo di ridurre la Mobilità passiva ed alla presa in carico dei ricoveri dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso.

I tetti di mobilità attiva interregionale, che sono da intendersi come insuperabili, sono comprensivi delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di ricovero di alta specialità.

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the left and several smaller ones on the right, some with a date '6' written below them.

Le parti concordano, in considerazione della possibile modifica in sede di Conferenza delle Regioni dei criteri di regolamentazione della mobilità sanitaria e dei relativi abbattimenti, che la regolamentazione regionale delle prestazioni erogate e/o da erogare a titolo di Mobilità Attiva Interregionale e dei relativi tetti saranno oggetto di annuale revisione nel prioritario obiettivo di salvaguardare la Regione da possibili nuovi criteri di abbattimento. A tal fine, e anche allo scopo di garantire in ogni caso l'assenza di penalizzazioni nei confronti della Regione Marche si apre un tavolo di confronto allo scopo di verificare la possibilità di rivedere le politiche regionali di regolamentazione dei tetti di mobilità attiva interregionale.

Le parti concordano inoltre che, qualora in sede di riparto del FSN per gli anni 2020 e 2021 vengano applicati ulteriori abbattimenti calcolati sui saldi di mobilità degli erogatori privati accreditati prodotti in esercizi successivi al 2017, la Regione Marche, attraverso il medesimo approccio metodologico che verrà utilizzato a livello nazionale, provvederà a ribaltare in maniera puntuale tali abbattimenti verso i singoli erogatori privati accreditati regionali, con una decurtazione del budget in mobilità attiva, sulla base del contributo di ciascuno di essi alla variazione del saldo di mobilità interregionale.

Il tetto di mobilità attiva di ciascuna Casa di Cura può essere compensato tra le attività relative alle degenze e a quelle ambulatoriali.

Tabella n. 2. Tetti Mobilità Attiva Interregionale

MOBILITA' ATTIVA - Rideterminazione tetti comprensiva di Alta Specialità Anno 2019, 2020 e 2021											
		Produzione totale 2018	Nuovo Tetto 2019 post riconversione del 15% (Degenze)	Nuovo Tetto 2019 post riconversione del 15% (Ambulatoriali)	Nuovo Tetto 2019 post riconversione del 15% (Totale)	Nuovo Tetto 2020 post riconversione del 15% (Degenze)	Nuovo Tetto 2020 post riconversione del 15% (Ambulatoriali)	Nuovo Tetto 2020 post riconversione del 15% (Totale)	Nuovo Tetto 2021 post riconversione del 15% (Degenze)	Nuovo Tetto 2021 post riconversione del 15% (Ambulatoriali)	Nuovo Tetto 2021 post riconversione del 15% (Totale)
RTI AV2	Villa Igea	7.414.208,00	6.086.495,49	45.581,51	6.132.077,00	6.255.231,83	46.845,17	6.302.077,00	6.255.231,83	46.845,17	6.302.077,00
	Villa Serena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Totale RTI AV2	7.414.208,00	6.086.495,49	45.581,51	6.132.077,00	6.255.231,83	46.845,17	6.302.077,00	6.255.231,83	46.845,17	6.302.077,00
RTI AV3	Villa Pini	8.096.119,00	6.753.157,74	43.543,26	6.796.701,00	6.837.613,19	44.087,81	6.881.701,00	6.837.613,19	44.087,81	6.881.701,00
	Marchetti	40.000,00	34.000,00	0,00	34.000,00	34.000,00	0,00	34.000,00	34.000,00	0,00	34.000,00
	Totale RTI AV3	8.136.119,00	6.787.157,74	43.543,26	6.830.701,00	6.871.613,19	44.087,81	6.915.701,00	6.871.613,19	44.087,81	6.915.701,00
RTI AV4/5	Villa Verde	2.656.606,00	1.951.633,70	263.981,30	2.215.615,00	1.914.197,40	258.917,60	2.173.115,00	1.914.197,40	258.917,60	2.173.115,00
	Villa Anna	10.749.048,00	7.981.402,91	1.155.288,09	9.136.691,00	7.907.150,72	1.144.540,28	9.051.691,00	7.907.150,72	1.144.540,28	9.051.691,00
	Villa San Marco	5.587.229,00	3.775.142,89	931.502,11	4.706.645,00	3.741.054,15	923.090,85	4.664.145,00	3.741.054,15	923.090,85	4.664.145,00
	Stella Marsi/Sbt	5.825.167,00	5.739.545,72	61.846,28	5.801.392,00	6.075.921,11	65.470,89	6.141.392,00	6.496.390,36	70.001,64	6.566.392,00
	Totale RTI AV4/5	24.818.050,00	19.447.725,21	2.412.617,79	21.860.343,00	19.638.323,39	2.392.019,61	22.030.343,00	20.058.792,64	2.396.550,36	22.455.343,00
Totale Generale		40.368.377,00	32.321.378,44	2.501.742,56	34.823.121,00	32.765.168,41	2.482.952,59	35.248.121,00	33.185.637,65	2.487.483,35	35.673.121,00

8. Progetti per la gestione delle liste di garanzia

Con la DGR 728/2019, comunicata ad ASUR ed AIOP con nota prot. 755467 del 18/06/2019, la Regione ha dato mandato ad ASUR, in assenza e nelle more dell'accordo 2019-2021 con AIOP e le strutture aderenti, di effettuare la riconversione fino al 15% del tetto della mobilità attiva a favore della riduzione dei tempi di attesa per la gestione delle Liste di Garanzia. Al budget dedicato alle prestazioni a favore dei residenti si affianca pertanto una quota, se considerata pari al 15%, pari a euro 6.145.256,00 per il 2019, euro 6.220.256,00 per il 2020 ed euro 6.295.256,00 per il 2021, corrispondente alla riconversione del 15% della produzione 2018 della mobilità attiva rimodulata nel triennio 2019-2021 (tabella n.3). Essa è specificatamente orientata per attività a favore dei pazienti regionali finalizzate, in via prioritaria, alla gestione delle liste di garanzia per la riduzione dei tempi di attesa, di cui alle DGR 380/2019, DGR 462/2019 e DGR 703/2019. Qualora tali risorse risultassero eccedenti all'effettivo fabbisogno per le liste di garanzia o comunque superiori alle capacità produttive delle CdC aderenti alle reti di impresa di Area Vasta, saranno anche finalizzate a garantire l'erogazione di prestazioni a favore dei residenti allo scopo di ridurre la Mobilità passiva ed alla presa in carico dei ricoveri dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso. Tali attività verranno valutate da ASUR in dodicesimi sulla base dell'avanzamento delle richieste. Le quote di cui alla tabella 3 potranno essere compensate solo tra le sub-reti, previo accordo con ASUR.

Le parti concordano che nell'ambito dell'accordo per anno 2019, la riconversione verrà calcolata in dodicesimi dalla data di sottoscrizione dell'accordo.

Considerando che la gestione delle predette liste necessita di un costante rimodulazione e miglioramento dell'offerta, sulla base delle effettive necessità che si paleseranno durante il monitoraggio dei percorsi, si dà mandato ad ASUR di gestire l'intera attività di committenza sulle attività rientranti nelle quote riconvertite di cui alla tabella 3, completando e perfezionando le azioni già intraprese con nota prot. ASUR/DG n. 25300 dell'1/7/2019.

Per quanto attiene alle modalità di gestione di tali progetti, si rinvia alle regole di gestione operativa di cui al paragrafo 1. Il mancato invio di pazienti delle agende differenziate da parte del CUP, e comunque il mancato arrivo del paziente stesso, non pregiudicano il riconoscimento della quota economica stabilita per tale attività, ove Casa di Cura effettui comunque prestazioni della stessa tipologia di quelle concordate, prenotate direttamente, in quanto le stesse comunque consentono di contenere i tempi di attesa.

Tabella n. 3. Risorse riconvertite finalizzate prioritariamente alla gestione delle liste di garanzia

Risorse riconvertite 2019, 2020 e 2021				
		Risorse riconvertite 2019	Risorse riconvertite 2020	Risorse riconvertite 2021
RTI AV2	Villa Igea	1.082.131,00	1.112.131,00	1.112.131,00
	Villa Serena	0,00	0,00	0,00
	Totale RTI AV2	1.082.131,00	1.112.131,00	1.112.131,00
RTI AV3	Villa Pini	1.199.418,00	1.214.418,00	1.214.418,00
	Marchetti	6.000,00	6.000,00	6.000,00
	Totale RTI AV3	1.205.418,00	1.220.418,00	1.220.418,00
RTI AV4/5	Villa Verde	390.991,00	383.491,00	383.491,00
	Villa Anna	1.612.357,00	1.597.357,00	1.597.357,00
	Villa San Marco	830.584,00	823.084,00	823.084,00
	Stella Maris/Sbt	1.023.775,00	1.083.775,00	1.158.775,00
	Totale RTI AV4/5	3.857.707,00	3.887.707,00	3.962.707,00
Totale Generale		6.145.256,00	6.220.256,00	6.295.256,00

9. Progetti per il Miglioramento Tempi di Attesa e Recupero Mobilità Passiva

Come già espresso in premessa la Regione intende far fronte a specifiche necessità di riduzione delle liste di attesa e di recupero di mobilità passiva mediante nuovi accordi di committenza legati a specifici progetti che prevedono modalità vincolanti di erogazione, rendicontazione e fatturazione di un limitato elenco di prestazioni. Le attività in questione si pongono nella logica delle DGR 280/2014 e DGR 640/2018 ed in diretta continuità con quelli già approvati con DGR 279/2014, DGR 280/2014, DGR 1291/2014, DGR 1109/2015 e DGR 1071/2016. L'attività oggetto del presente piano di committenza dovrà essere svolta esclusivamente sulle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali di cui all'allegato 1 specificamente declinato per le differenti annualità. Per quanto attiene alle modalità di gestione di tali progetti, si rinvia alle regole di gestione operativa di cui al paragrafo 1.

- Per accedere alla quota di committenza prevista nei progetti ciascuna struttura dovrà rispettare una "quota di accesso" che presuppone l'aver eseguito nell'ambito del proprio Budget ordinario (di cui alla tabella 1) prestazioni inserite nell'elenco di cui all'Allegato 1 per almeno un 50% del valore complessivo del Budget stesso.
- Le quote di Budget di cui alla seguente tabella n.4 destinate al miglioramento Tempi di Attesa e recupero mobilità passiva saranno ripartite su Proposta della Rete di Impresa "Case di Cura delle Marche" verificata la committenza ASUR e ripartite tra le sub-reti della rete tenendo conto della capacità produttiva complessiva delle singole Case di Cura. Il riparto avverrà per dodicesimi e mensilmente l'ASUR verificherà la committenza eventuali quote eccedenti potranno essere riconvertite sempre nell'ambito del progetto per il recupero della mobilità passiva andando ad incrementare l'offerta anche in questo caso per i cittadini marchigiani;
In corso d'anno le Case di Cura potranno compensare tra loro eventuali quote di maggiore o minore produzione rispetto al riparto nel limite massimo del 20% previo accordo con ASUR.
- Con riferimento alle prestazioni di ricovero le Case di Cura dovranno documentare ad ASUR l'impiego di professionisti con adeguata competenza e professionalità e/o che negli anni passati abbiano svolto attività di ricovero presso Case di Cura di altre Regioni ed abbiano capacità di attrarre e trattenere utenza marchigiana. A tal fine si terrà un monitoraggio annuale con incontri dedicati (ASUR, CdC).

All'interno del progetto di riduzione dei tempi di attesa, negli anni di vigenza del presente accordo, i soggetti erogatori privati si impegnano a mantenere attiva una quota assegnata per le attività di specialistica ambulatoriale diagnostica fino al 15% del totale del budget, di cui alla tabella n. 4

Per l'anno 2019, vengono destinate risorse finalizzate, pari ad euro 250.000,00, già incluse nella tabella n.4, focalizzate al riequilibrio delle risposte assistenziali sul territorio. Sulla base dell'analisi della capacità produttiva e dei bisogni di salute dei residenti sulle prestazioni in oggetto, su indicazione di AIOP, il progetto verrà realizzato dalle Case di Cura aderenti alla Rete di Impresa AV4 / 5, per un importo pari a ad euro 200.000,00 e alla Case di Cura aderenti alla Rete di Impresa AV3, per un importo pari a ad euro 50.000,00.

Per quanto riguarda le Case di Cura aderenti alla Rete di Impresa AV4 / 5, verranno destinati per la medesima progettualità ulteriori euro 600.000,00 per l'anno 2020 ed ulteriori euro 300.000,00 per l'anno 2021, già inclusi nella tabella n.4. Per quanto riguarda la Case di Cura aderenti alla Rete di Impresa AV3, verranno destinati per la medesima progettualità ulteriori euro 100.000,00 per l'anno 2020 ed ulteriori euro 100.000,00 per l'anno 2021, già inclusi nella tabella n.4. Gli importi aggiuntivi per l'anno 2020 e 2021 saranno attribuiti previa verifica della coerenza tra l'attività progettuale e gli effettivi bisogni di salute dei residenti.

Il privato accreditato afferisce al CUP regionale predisponendo e attuando agende differenziate in modo da poter ampliare, garantendo trasparenza e accessibilità, la disponibilità di prestazioni particolarmente critiche in termini di TdA, come previsto dalle citate deliberazioni sui TdA.

Per quanto riguarda le attività dedicate alla Riabilitazione viene confermata e prorogata per il triennio 2019-2021 la quota assegnata alle strutture di riabilitazione ospedaliera associate all'ARIS con DGR 1438 /2016.

Tabella n. 4. Riduzione tempi di Attesa e Recupero Mobilità Passiva

Interventi su RTA e RMP 2019, 2020 e 2021				
		Budget 2019	Budget 2020	Budget 2021
RTI AV2	Villa Igea	2.860.000,00 €	2.860.000,00 €	2.860.000,00 €
	Villa Serena	- €	- €	- €
	Totale RTI AV2	2.860.000,00 €	2.860.000,00 €	2.860.000,00 €
RTI AV3	Villa Pini	2.500.000,00 €	2.500.000,00 €	2.500.000,00 €
	Marchetti	50.000,00 €	100.000,00 €	100.000,00 €
	Totale RTI AV3	2.550.000,00 €	2.600.000,00 €	2.600.000,00 €
RTI AV 4/5	Villa Verde	1.092.052,00 €	1.368.209,00 €	1.506.287,00 €
	Villa Anna	366.012,00 €	414.048,00 €	438.066,00 €
	Villa San Marco	441.936,00 €	717.743,00 €	855.647,00 €
	Stella Maris/Sbt	300.000,00 €	300.000,00 €	300.000,00 €
	Totale RTI AV4/5	2.200.000,00 €	2.800.000,00 €	3.100.000,00 €
Totale Generale		7.610.000,00 €	8.260.000,00 €	8.560.000,00 €
Totale ARIS		480.000,00 €	480.000,00 €	480.000,00 €
Totale AIOP + ARIS		8.090.000,00 €	8.740.000,00 €	9.040.000,00 €

9

1. Prestazioni oggetto di Azioni per Riduzione Tempi di Attesa e Recupero Mobilità Passiva

Per gli anni 2019-2020-2021 la Rete di Impresa Case di Cura delle Marche è impegnata ad eseguire, nell'ambito del Budget per RTdA e RMP, una quota di prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale e Diagnostica per Immagini di cui ai seguenti elenchi, pari ad almeno al 15% del totale del budget storico di cui alla tabella n. 3 cui si aggiungono le quote determinate per effetto della riconversione del budget della Mobilità Attiva per le quali sarà l'ASUR a fare la committenza per il Rispetto delle Liste di Garanzia. Di seguito si riportano i DRG delle prestazioni in regime di ricovero e i codici delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale:

DRG	Descrizione DRG	Valore soglia (% Max. RO \geq 1 giorno su totale ricoveri)	Valore soglia (% Max. Day surgery su totale ricoveri diurni e prestazioni ambulatoriali)
8	Nervi periferici	10%	15%
40	Occhio	15%	15%
42	Interv. sulle strutture intraoculari	19%	10%
55	Miscellanea di interv. su orecchio naso bocca e gola	35%	
63	Orecchio naso gola		
147	Resezione rettale		
149	Intestino		
158	Interv. su ano e stoma senza CC	30%	
160	Ernia	30%	40%
162	Ernia inguinale	10%	40%
169	Bocca	10%	
211	Interv. su anca e femore		
219	Interv. su arto inf. e omero		
223	Interventi maggiori sulla spalla e gomito		
224	Spalla		
225	Interventi sul piede	70%	25%
227	Tessuti molli	20%	
229	Interv. su mano o polso	7%	
234	Altri Interventi su sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo		
266	Trapianti di pelle	15%	
290	Interv. sulla tiroide		
304	Rene e uretere		
305	Rene		
311	Via transuretrale		
335	Pelvi maschili		
339	Testicolo	10%	
359	Utero		
491	Articolazioni maggiori		
494	Colecistectomia		
500	Interventi su dorso e collo eccetto artrodesi vertebrale		
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di inf.	20%	
538	Escissione locale e rimoz. di mezzi di fissazione int.	20%	
544	Sostituz. di articolaz. Maggiori		
545	Revisione di sostituz. dell'anca o del ginocchio		
119	Stripping	10%	(60% rispetto a 38.59 e 38.59.1) (0% rispetto a 38.59.2)
6	Tunnel carpale	10%	15%
39	Interv. sul cristallino	10%	10%



10






Le prestazioni di ricovero saranno fatturate con il tariffario regionale (DGR 709/2014) con le valorizzazioni ivi previste.

2. Chirurgia Ambulatoriale

La chirurgia ambulatoriale sarà effettuata presso le strutture che aderiscono all'accordo nel rispetto della norma regionale e per quanto attiene la sicurezza delle cure in coerenza con quanto previsto nel DM 70/2015 Appendice 2 a pag. 29-31.

Nell'ambito della specifica committenza del Progetto le prestazioni saranno eseguite con la seguente tariffa:

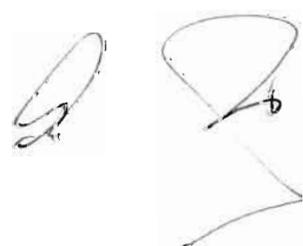
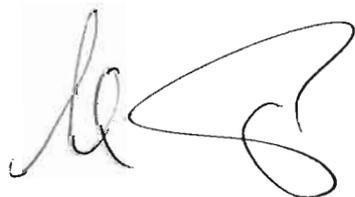
Viene applicato uno **abbattimento tariffario pari al 20%** alle prestazioni di seguito elencate:

- 08.6 Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto,
- 13.8 Rimozione di cristallino artificiale impiantato,
- 81.72 Artoplastica dell'Articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto,
- 81.75 Artoplastica dell'Articolazione carpo carpale e carpo metacarpale senza impianto,
- 84.01 Amputazione e disarticolazione di dita della mano,
- 84.02 Amputazione e disarticolazione del pollice,
- 84.1.1 Amputazione delle dita del piede,
- 14.75 Iniezione intravitale di sostanze terapeutiche*,
- 53.49.1 Riparazione monolaterale di ernia ombelicale.

Viene applicato uno **abbattimento tariffario pari al 5%** alle prestazioni sottoelencate:

- 53.41 Riparazione monolaterale di ernia ombelicale con protesi,
- 53.00.1 Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta,
- 53.00.2 Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta,
- 53.21.1 Riparazione monolaterale di ernia crurale diretta o indiretta,
- 53.29.1 Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi,
- 77.56 Riparazione di dito a martello artiglio,
- 04.43 Liberazione del Tunnel Carpale,
- 13.70.1 Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo,
- 13.72 Impianto secondario di cristallino artificiale a scopo refrattivo,
- 80.20 Artroscopia sede non specificata,
- 04.44 Riparazione del tunnel tarsale,
- 08.72 Ricostruzione della palpebrale non a tutto spessore,
- 08.74 Ricostruzione della palpebra a tutto spessore,
- 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'Arto inferiore,
- 38.59.2 Interventi endovascolari sulle varici eseguiti con tecnica laser,
- 13.91.1 Intervento di Cataratta con o senza impianto di lente intraoculare,
- 13.41 Faciemulsificazione ed aspirazione di cataratta,
- 98.51.1 Litotripsia Extracorporea del rene, Uretere con cateterismo uretrale (1seduta),
- 98.51.2 Litotripsia Extracorporea del rene, Uretere con cateterismo uretrale (seduta),
- 98.51.3 Litotripsia Extracorporea del rene, Uretere con cateterismo uretrale e/o vescica.

*14.75 Iniezione intravitale di sostanze terapeutiche: per quanto attiene la prestazione di Iniezione Intravitale si ritiene che gli erogatori privati, utilizzino, mediante accordi con le farmacie pubbliche ospedaliere, i farmaci preparati dalle stesse, riconosciute qualificate per la fornitura ai presidi pubblici.



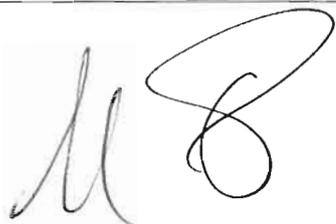
3. Visite specialistiche e prestazioni strumentale di cui al PNGLA

VISITE SPECIALISTICHE

Pro-gressivo	Prestazione	Codice No-menclatore	Codice Nuovi LEA	Tariffa (Euro)
1	Prima Visita cardiologia	89.7	87.7A.3	20,00
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7A.6	20,00
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	89.7A.8	20,00
4	Prima Visita neurologica	89.13	89.13	20,00
5	Prima Visita oculistica	95.02	95.02	20,00
6	Prima Visita ortopedica	89.7	89.7B.7	20,00
7	Prima Visita ginecologica	89.26	89.26.1	20,00
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7B.8	20,00
9	Prima Visita urologica	89.7	89.7C.2	20,00
10	Prima Visita dermatologica	89.7	89.7A.7	20,00
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	89.7B.2	20,00
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	89.7A.9	20,00
13	Prima Visita oncologica	89.7	89.7B.6	20,00
14	Prima Visita pneumologica	89.7	89.7B.9	20,00

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Pro-gressivo	Prestazione	Codice Nomencla-tore	Codice Nuovi LEA	Tariffa (Euro)
15	Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1	30,00
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2	20,00
17	TC del Torace	87.41	87.41	70,00
18	TC del Torace senza e con MCD	87.41.1	87.41.1	110,00
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	70,00
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2	110,00
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3	70,00
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4	110,00
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	90,00
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6	140,00
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03	70,00
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1	110,00
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A	70,00
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B	70,00
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C	70,00





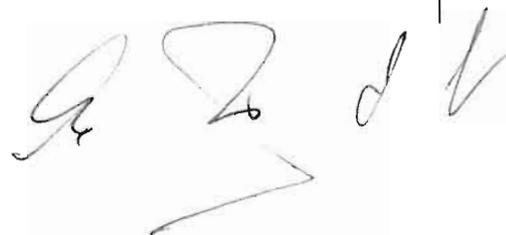



30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D	110,00
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E	110,00
32	TC del rachide e dello speco lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F	110,00
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	70,00
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1	130,00
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2	190,00
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	110,00
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5	170,00
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6	100,00
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B	170,00
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	25,00
41	Eco (color) doppler-grafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	60,00
42	Eco (color) doppler-grafia dei tronchi sovra-aortici	88.73.5	88.73.5	40,00
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	40,00
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	30,00
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	55,00
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1	30,00
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	20,00
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	30,00
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	31,00
50	Eco color doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4 88.77.5	40,00

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

Pro-gressivo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Nuovi LEA	Tariffa calmierata (Euro)
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile^	45.23	45.23	80,00
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	100,00
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	50,00
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13	50,00
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2	90,00
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	10,00
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	60,00
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	50,00
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44	50,00
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	8,00
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	20,00





62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	30,00
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11	3,00
64 **	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A	116,00
65 **	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B	98,00
66 **	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C	78,00
67 **	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D	78,00
68 **	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E	85,60
69 **	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F	51,65

^45.23 Colonscopia: ove durante l'esecuzione dell'esame si rendesse necessaria, anche in assenza della specifica richiesta nella ricetta, una biopsia la prestazione potrà essere codificata con codice 45.25 (verificato che l'esame biotico sia effettuato); ove fosse necessario procedere, anche in assenza della specifica richiesta nella ricetta, durante l'esame colonscopico alla resezione di uno o più polipi, la prestazione potrà essere codificata con il codice 45.23 + il codice 45.42 (polipectomia endoscopica dell'intestino crasso) (verificato che l'intervento sia stato effettuato).

** Per tali prestazioni è in fase di integrazione il nomenclatore tariffario ed il relativo catalogo.

Ancona, 02/08/2019

Firmatari accordo

Rappresentante

Firma (per esteso)

sigla

A.I.O.P. Marche

Antonio Romani



A.I.O.P.
Associazione Italiana Ospedalità Privata
Sede Provinciale e Regionale - ANCONA
Il Presidente
Dr. A. Romani
OR S.p.A.
CASA DI CURA "VILLA IGEEA"
ANCONA
Maggioli, 200
P.IVA 00204460422

Labor S.p.a.

Ugo Salvolini



(CdC Villa Igea e Villa Serena)

LABOR S.p.A.
CASA DI CURA "VILLA IGEEA"
ANCONA
Via Maggioli, 200
P.IVA 00204460422

Sanatrix Gestioni S.r.l.

Enrico Brizioli



(CdC Villa Pini e Villa Alba)

SANATRIX GESTIONI s.r.l.
CASA DI CURA VILLA DEI PINI
Viale Dei Pini, 31
62012 CIVITANOVA MARCHE (MC)
Cod. Fisc. - part. IVA 0149007043



Firmatari accordo

Rappresentante

Firma (per esteso)

sigla

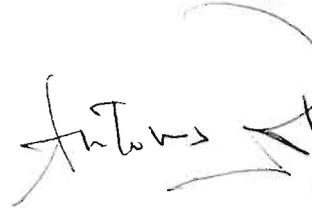
Casa di Cura Dr. Marchetti S.r.l.
(CdC Marchetti)

Michele Bacchi


CASA DI CURA DR. MARCHETTI S.R.L.
VIA ALIANTI 9 - 62100 MACERATA
COD. FISC. 00154640437

RI.TA. S.r.l.
(CdC Villa Verde)

Maurizio Natali


RI.TA Srl
Dott. Antonio Romani
Amministratore delegato

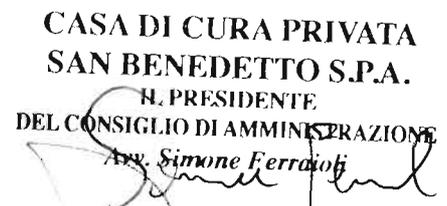
Casa di Cura Privata Villa Anna S.p.a.
(CdC Villa Anna)

Simone Ferraioli


VILLA ANNA S.p.A.
CASA DI CURA PRIVATA
IL PRESIDENTE
Avv. Simone Ferraioli

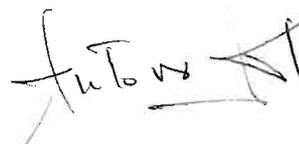
Casa di Cura Privata San Benedetto S.p.a.
(Cdc Stella Maris/Sbt)

Simone Ferraioli


**CASA DI CURA PRIVATA
SAN BENEDETTO S.P.A.**
N. PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
Avv. Simone Ferraioli

Casa di Cura Privata Villa San Marco S.r.l.
(CdC Villa San Marco)

Antonio Romani


**CASA DI CURA PRIVATA
Villa San Marco s.r.l.**
PRESIDENTE
(Dott. A. Romani)

Servizio Salute – Regione Marche

Lucia Di Furia



A.S.U.R.

Pierluigi Gigliucci

