

DETERMINA N. 47 PLK  
DEL 29 LUG. 2016

**ACCORDO PER L'AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA  
A.N.F.F.A.S. ONLUS DI MACERATA DEL PIANO DI PRESTAZIONI RIABILITATIVE NELLA  
FORMA AMBULATORIALE, DOMICILIARE, EXTRAMURALE E SEMIRESIDENZIALE DI CUI  
ALL'ART. 26 DELLA LEGGE N. 833 DEL 23.12.1978 PER L'ANNO 2015.**

**TRA**

**L'AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE - AREA VASTA N. 3 di MACERATA**  
rappresentata dal Direttore Dott. Alessandro Maccioni,  
con sede in Macerata, Largo Belvedere Sanzio n.1,

**E**

**II CENTRO AMBULATORIALE A.N.F.F.A.S. DI MACERATA**  
nella persona del Presidente Sig. Mario Sperandini,

per la stipula del seguente piano di prestazioni da valere per l'anno 2015

**PREMESSO**

- A) che l'A.N.F.F.A.S. è presente sul territorio dell'Area Vasta n. 3 – Distretto di Macerata, con il centro ambulatoriale ubicato a Macerata in via Vanvitelli n. 32;
- B) Che il centro ambulatoriale è accreditato ai sensi della L.R. 20/2000 ed ha ottenuto l'accreditamento istituzionale con Decreto del Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali n. 190 del 16/06/2011, rinnovato con Decreto del Direttore del Dip. P.F.Accreditamenti n. 180/ACR del 08/09/2014 senza prescrizioni, per l'erogazione di prestazioni di recupero e rieducazione funzionale in regime ambulatoriale (assegnazione alla classe 5);
- C) Che le parti hanno preso atto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia sulle strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, extramurale e di gruppo con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- D) Che le prestazioni riabilitative oggetto della presente intesa, si caratterizzano per la presa in carico multidisciplinare del soggetto disabile tramite un progetto riabilitativo individuale così come esplicitato nelle linee guida del Ministero della Sanità di cui alla seduta della Conferenza Stato-Regione dello 07/05/1998 e dello 02/03/2011, con esclusione quindi del trattamento di disabilità transitorie, segmentarie e/o minimali, che richiedono un semplice e breve programma terapeutico- riabilitativo attuabile attraverso il ricorso alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Le parti convengono e stipulano quanto segue:

**ART. 1**

**Prestazioni oggetto dell'accordo**

L'A.N.F.F.A.S., attraverso il proprio centro ambulatoriale di Macerata, erogherà "assistenza riabilitativa specifica" di cui all'ex art. 26 della legge 833/78 e nelle forme

- 1) **ambulatoriali individuali**
- 2) **ambulatoriali di gruppo**
- 3) **extramurali individuali**
- 4) **domiciliari**
- 5) **riabilitazione semiresidenziale medio-livello**
- 6) **riabilitazione semiresidenziale alto livello.**



in favore di pazienti residenti nell'ambito territoriale dell'Area Vasta 3, nonché di pazienti residenti in ambiti di altre Aree Vaste delle Regione Marche le cui prestazioni vengono liquidate da questa Area Vasta in regime di mobilità.

Il Centro di Riabilitazione erogherà le medesime prestazioni, alle medesime condizioni, anche a pazienti residenti in altre Regioni italiane mediante rapporti diretti con le UU.SS.LL. di residenza dei medesimi, senza oneri di sorta a carico del Servizio Sanitario Regionale, fatta salva l'attività di controllo propria del regime di accreditamento.

## ART 2

### Requisiti e modalità di accesso

I requisiti e le modalità per l'accesso alle prestazioni, i tempi massimi di permanenza, nelle tipologie riabilitative di cui all'art. 1, sono stabiliti nelle linee guida del Ministero della Sanità di cui alla Conferenza Stato Regioni del 07.05.98 e del 02/03/2011, le linee guida vigenti per l'età evolutiva, nonché nelle D.G.R.M. n° 1437 del 15.06.99, n° 1524 del 28.12.2006, n.1299/2009, n.54/2010 n.1799/2010, n.1749/2011 e n. 1233/2012, n. 1259/2013 e n. 1064/2014 alle quali viene fatto espresso richiamo.

Ad integrazione si stabilisce quanto ai commi che seguono.

Gli utenti rientranti nelle tipologie, secondo i requisiti indicati nel presente articolo, potranno accedere alle strutture del Centro con il sistema della libera scelta di cui al D.Lvo 502/92.

La prescrizione delle prestazioni è di competenza: del Medico di Medicina Generale, del Pediatra di libera scelta o del Medico Specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Regionale. Ovvero deriva da un percorso assistenziale predisposto dalle unità valutative distrettuali (UVD, UMEE, UMEA).

Per medico specialista del S.S.R. si intende un Medico Ospedaliero o Specialista Ambulatoriale di una struttura pubblica del S.S.R., della disciplina cui è riferibile la patologia prevalente del paziente interessato, che dichiara di aver preso in cura il paziente per una o più patologie e che certifichi la "necessità di un trattamento riabilitativo multidisciplinare".

La stessa certificazione della "necessità di un trattamento riabilitativo multidisciplinare", è requisito essenziale anche per l'ammissione di pazienti con proposta di trattamento formulata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta.

L'ammissione alle prestazioni del Centro avviene sulla base di liste di attesa tenute secondo le disposizioni regionali vigenti così come applicate e comunicate dall'Area Vasta 3, tenendo conto comunque delle urgenze, delle priorità di trattamento e delle specificità dei casi.

Il Centro di Riabilitazione, nella accettazione dei pazienti dovrà tenere conto delle linee guida e dei protocolli nazionali e regionale, nonché di quelli concordati o da concordarsi con l'Area Vasta 3, concernenti i criteri di inclusione/esclusione delle patologie e disabilità, il regime ed i tempi più appropriati in termini di efficienza/efficacia.

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

- acquisizione di idonea prescrizione su ricettario del S.S.N.;
- ammissione del paziente sulla base delle linee guida e dei protocolli in essere
- predisposizione del progetto e del piano individuale di trattamento
- esecuzione del progetto e del piano
- progetto per la dimissione o per la proposta di prosecuzione del trattamento
- classificazione e tariffazione delle prestazioni
- scheda di trattamento dal quale risulterà opportunamente controfirmata dalle parti (erogatore e beneficiario, quest'ultimo se impossibilitato sarà sostituito in tale incombenza da un familiare o altro incaricato) ogni singola seduta di trattamento effettuata.



Per le attività di cui sopra il Centro osserverà le norme di legge vigenti in materia e tutte le disposizioni che l'Area Vasta 3 impartirà per una loro corretta applicazione.

Secondo quanto previsto dalla DGRM n° 1524 del 28/12/2006, dopo la presa in carico del paziente il Centro trasmetterà all'Area Vasta di residenza dell'assistito (per quanto riguarda l'Area Vasta n.3 al Responsabile del Dipartimento di Riabilitazione), il piano di trattamento entro 15 gg., ad esclusione dell'età evolutiva la cui complessità richiede un periodo di elaborazione del piano non inferiore a 30 giorni. Il medesimo piano dovrà essere trasmesso per conoscenza al Medico di Medicina generale o Pediatra di Libera Scelta del paziente ed all'Area Vasta n. 3, (nel caso di pazienti provenienti da altre Aree Vaste).

La trasmissione del piano di trattamento all'Area Vasta 3 potrà effettuarsi a mezzo posta (senza anticipazione via fax o avviso di inserimento) o consegnata a mano presso Ufficio Protocollo.

Il Centro, una volta portato a conclusione il progetto riabilitativo individuale predisposto al momento dell'inserimento, qualora ravvisi la necessità di ulteriore trattamento, può inoltrare al soggetto prescrittore del trattamento iniziale, per il tramite dell'assistito, richiesta di prosecuzione del trattamento corredata di circostanziata relazione clinica e di un nuovo piano di trattamento. La prosecuzione è disposta a giudizio del soggetto prescrittore, anche previa visita del paziente, con le stesse modalità della richiesta iniziale.

Prosecuzioni di trattamento, a fine di completamento terapeutico, possono essere disposte dal medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta anche nei casi in cui il prescrittore del trattamento iniziale sia stato un soggetto diverso.

#### ART. 3

##### Standards di qualità

I requisiti e gli standards di qualità da osservarsi per l'erogazione delle prestazioni, sono quelli stabiliti nelle linee guida per la Riabilitazione del 07/05/98 e del 02/03/2011, nel D.P.R. 14/01/97, nella D.G.R.M. n° 1437 del 25/06/99, nonché da quanto stabilito dai Manuali di Autorizzazione e di Accreditamento adottati dalla Regione Marche; norme alle quali viene fatto espresso richiamo.

#### ART. 4

##### Standards di personale

Gli standards di personale fissati nella D.G.R.M. 1437/99 sono da intendersi come requisito minimo.

Al fine del costante monitoraggio sul rispetto degli standards di personale il Centro di Riabilitazione trasmetterà, alla fine dell'anno 2014, un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato nell'assistenza, corredato della qualifica, dei titoli, del tipo e durata del contratto.

#### ART. 5

##### Documentazione e controlli

Il Centro istituirà e terrà costantemente aggiornate delle cartelle sanitarie personali degli utenti, nonché un fascicolo amministrativo, sempre individuale, nei quali verranno conservati:

- la prescrizione di inserimento;
- il progetto di trattamento e suoi aggiornamenti predisposti secondo quanto indicato dalle linee guida nazionali di cui in premessa (nel piano di trattamento verrà, in particolare indicato se trattasi di primo intervento o di prosecuzione, con specifica, per quest'ultimo caso, dei trattamenti già effettuati per la medesima menomazione o disabilità negli ultimi 12 mesi);
- il programma di trattamento aggiornato allo stato di esecuzione, ovvero, per le prestazioni ambulatoriali, il diario di trattamento (redatto su apposito stampato concordato con l'Area Vasta) dal quale risulterà opportunamente controfirmata dalle parti (erogatore e



beneficiario, quest'ultimo se impossibilitato sarà sostituito in tale incombenza da un familiare o altro incaricato) ogni singola seduta di trattamento effettuata;

- la relazione motivata di proroga.

L'Area Vasta n. 3 potrà effettuare presso il Centro, a sua discrezione nei tempi e nel numero e senza preavviso, i controlli ritenuti più opportuni, sia a livello sanitario che amministrativo, al fine di verificare la corretta applicazione del presente accordo e delle norme di legge su cui esso si basa.

I controlli saranno effettuati da personale sanitario ed amministrativo individuato dall'Area Vasta n. 3, con facoltà, per i primi, anche di visitare i pazienti in trattamento; i controlli effettuati presso il Centro avverranno alla presenza di un rappresentante del Centro medesimo; di tale attività verranno redatti appositi verbali.

Il Centro si impegna inoltre a trasmettere all'Area Vasta n. 3, entro 3 giorni dalla richiesta, copia di ogni documento conservato di cui ai precedenti commi.

Un primo tentativo di definizione del contenzioso, che eventualmente dovesse sorgere a seguito dei controlli ed accertamenti di cui sopra, è affidato ad apposita Commissione Paritetica composta da quattro membri (due in rappresentanza dell' Area Vasta n. 3 e due in rappresentanza del Centro) che decidono a maggioranza assoluta dei componenti.

## ART. 6

### Budget

L'Area Vasta 3 si rende disponibile a riconoscere per l'anno 2015 al Centro quote di prestazioni riabilitative a carico del Servizio Sanitario Regionale per un importo onnicomprensivo ed insuperabile di € 1.650.399,00 comprendente gli aumenti tariffari decisi dalla Regione Marche fino ad oggi con DGRM n. 54 del 18.01.2010, n. 1799 del 13.12.2010, n. 1749 del 22/12/2011 e n. 1223 del 01/08/2012.

L'importo sopra indicato è suddiviso nel modo seguente:

- a) quanto ad € 886.724,17 per le prestazioni riabilitative di cui ai punti 1,2,3 e 4 dell'art. 1 (ambulatoriali individuali, ambulatoriali di gruppo, extramurali individuali, domiciliari)
- b) quanto ad € 763.674,83 per le prestazioni riabilitative semiresidenziali di cui ai punti 5 e 6 dell'art. 1 (riabilitazione semiresidenziale medio-livello, riabilitazione semiresidenziale alto livello).

Dietro autorizzazione da parte dell'Area Vasta n. 3 saranno possibili compensazioni tra le somme di cui ai citati punti a) e b).

Il tetto di spesa sopra assegnato, rideterminato dall'accordo con le strutture private di riabilitazione della Regione Marche – ARIS per gli anni 2014-2015 recepito con DGRM 1064 del 22/09/2014, è riferito a tutto l'anno 2015, quindi il Centro di Riabilitazione si impegna a distribuire le prestazioni uniformemente nel corso dell'anno e per tipologia al fine di soddisfare i bisogni dell'utenza nel pieno rispetto dei tetti di spesa, delle liste di attesa, delle priorità e delle urgenze, ancorchè l'accordo si sia perfezionato oltre l'inizio dell'anno e quindi tenendo conto delle prestazioni già erogate.

Le prestazioni erogate verranno retribuite, nei limiti dei tetti di spesa fissati, con le tariffe di cui all'Allegato 3 della DGRM 1064/14, fermo restando, per le c.d. prestazioni intermedie di cui all'art. 4, l'abbattimento tariffario del 20%.

Al fine del riequilibrio del budget assegnato, in forza del disposto dell'Accordo di cui alla DGRM 1064/14, il Centro di Riabilitazione nei limiti del 15%, è autorizzato ad effettuare redistribuzione di budget tra le attività anche di differente livello assistenziale.



ART. 7  
Contabilizzazione

Il Centro presenterà all'Area Vasta n. 3 contabilità mensili distinte per Area Vasta di appartenenza del paziente. Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dalla fattura commerciale che dovrà essere inviata elettronicamente a far tempo dal 1 aprile 2015 secondo le disposizioni vigenti in materia;
- b) da un prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate nel mese, con l'indicazione per tipo di prestazione del numero totale di pazienti, del numero totale delle prestazioni, del valore economico singolo della prestazione e del valore economico totale;
- c) dalla distinta indicante per ogni paziente sottoposto a trattamento i seguenti dati:
  - = cognome e nome
  - = data di nascita
  - = codice fiscale
  - = Comune di residenza
  - = numero tessera sanitaria
  - = tipologia di accesso e soggetto prescrittore
  - = distinzione tra primo accesso e prosecuzione di trattamento
  - = numero totale delle prestazioni erogate dalla data del primo accesso

tale distinta recherà in calce la firma per validazione del Legale Rappresentante del Centro e l'attestazione che i medesimi dati sono stati trasmessi a mezzo posta elettronica

- d) analoga distinta, a mezzo posta elettronica, secondo tracciato record individuato dalla Agenzia Regionale Sanitaria; dovrà essere effettuata una trasmissione mensile o trimestrale per tutte le prestazioni erogate appartenenti alla stessa tipologia, in concomitanza con l'emissione delle fatture. Il messaggio di posta elettronica dovrà riportare nell'oggetto: il nome della struttura seguito da "dati attività" e dovrà contenere un testo secondo il seguente schema:
  - 1) Denominazione struttura
  - 2) Tipologia prestazioni
  - 3) Mese ed anno cui si riferiscono i dati
  - 4) Estremi fatture di riferimento

*Il file dati sarà inserito in allegato.*

Nel caso si tratti di file di rettifica, il punto 3) dovrà riportare : "rettifica dati mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_"

Il Centro è tenuto ad assolvere il debito informativo secondo le disposizioni indicate dall'Agenzia Sanitaria Regionale e dalla Regione Marche (comma 11 art.50 L.326/2003), necessario ad assicurare il monitoraggio degli accordi pattuiti, delle attività svolte, della verifica dell'appropriatezza, della qualità dell'assistenza prestata nonché ai fini della valutazione complessiva dei risultati raggiunti.

Alle contabilità mensili non dovrà essere allegata alcuna documentazione probatoria in quanto la stessa sarà conservata a disposizione della 'Area Vasta n. 3 ha facoltà di effettuare controlli e richiedere copie così come specificato all'art. 5.

Il mancato invio delle distinte e dei tracciati record di cui sopra, ovvero la rilevazione della loro incompletezza o imprecisione (codifica, tariffazione ecc.), anche a seguito del confronto con quanto effettivamente accettato dall'Agenzia Sanitaria Regionale a seguito dell'invio del file C mediante sistema di trasmissione telematica e delle procedure di controllo, nonché la mancata corrispondenza tra la fatturazione e le risultanze desunte dal file C, qualora contestati formalmente da parte dell'Area Vasta n. 3, danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con interruzione dei termini di pagamento previsti.

La liquidazione ed il pagamento delle fatture saranno effettuati, nei termini previsti dal D.Lgs 09/11/2012 n. 192, previo controllo sanitario e contabile, nella misura di un dodicesimo del tetto di



spesa sempre se la struttura privata avrà presentato una fatturazione mensile corrente o pregressa per l'attività espletata superiore all'importo da corrispondere a titolo di acconto. In caso contrario si pagherà la fattura per intero.

Il conguaglio finale sarà eseguito dalla Area Vasta n. 3 entro il 31 marzo dell'anno successivo.

#### ART. 8 Flussi informativi

Il Centro è impegnato alla puntuale resa dei dati necessari ai flussi informativi: aziendali, regionali e nazionali. In particolare il debito informativo verso l'Area Vasta è costituito da:

- Distinta cartacea e a mezzo di posta elettronica;
- Rilevamento liste di attesa di cui all'art. 2 secondo modalità da impartirsi a carico dell'Area Vasta 3;
- Flussi di cui all'art. 10 del D.L.vo 502/92 secondo le modalità impartite dal Ministero della Sanità.

Il mancato, puntuale e corretto adempimento degli obblighi di cui al presente articolo è motivo di proposta di revoca del rapporto di accreditamento da parte dell'Area Vasta 3.

#### ART. 9 Contenzioso

Eventuali inadempienze agli accordi di cui alla presente intesa saranno contestate dall'Area Vasta 3 per iscritto e con fissazione del termine perché le stesse siano rimosse; trascorso inutilmente il termine concesso, l'Area Vasta 3 ha facoltà di proporre la procedura di revoca dell'accreditamento.

#### ART. 10 Disposizioni transitorie e finali

La sottoscrizione del presente accordo da parte dell'Istituto è efficace e vincolante al momento della sua apposizione. La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta 3 diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente alla approvazione dell'accordo stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR e del relativo controllo da parte della Giunta Regionale Marche ai sensi dell'art.28 della L.R. 26/96.

Nelle more della definizione dell'iter procedurale di cui al comma 1, al fine di assicurare la continuità nella erogazione del servizio, l'Area Vasta 3 agirà conseguentemente alle disposizioni provvisorie impartite con nota del Direttore dell'Area Vasta 3 del 04/03/2014 prot. n. 18591.

Il presente accordo sarà adeguato, ovvero, se necessario ricontrattato, qualora sopravvenuti accordi con le rappresentanze di categoria, ovvero disposizioni regionali, introducano modifiche delle tariffe vigenti, ristrutturazioni e modifiche dei posti letto e degli ambiti operativi del Centro, ovvero diversi criteri per l'ammissione al Centro.

Il Centro si impegna a garantire forme di partecipazione degli utenti, delle associazioni di volontariato e dei portatori di interessi diffusi.

Per quanto non espressamente previsto nella presente contrattazione, si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia.

Il Centro è obbligato ad osservare gli indirizzi previsti dai piani socio-sanitari e dalle normative regionali e nazionali.

Le linee guida ed i protocolli operativi già stabiliti, o gli ulteriori che si stabiliranno in forma congiunta fra Area Vasta 3 e Centro, pur non rappresentando vincolo normativo e contrattuale, costituiscono criterio generale per l'effettuazione dei controlli.

Il presente accordo sarà registrato in caso d'uso a cura dell'Area Vasta 3 secondo le procedure previste dalla Legge.

Macerata, \_\_\_\_\_

PER L'ISTITUTO A.N.F.F.A.S.

DI MACERATA

Il Presidente

Mario Sperandini



PER L'AREA VASTA N. 3

DI MACERATA

Il Direttore di Zona

Dr. Alessandro Maccioni

