ALL. n 1

ACCORDO PER L'AFFIDAMENTO ALLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA KOS CARE S.R.L. "ISTITUTO DI RIABILITAZIONE S. STEFANO" DI MACERATA FELTRIA DEL PIANO DI PRESTAZIONI RIABILITATIVE EXTRA-OSPEDALIERE ED AMBULATORIALI (CAR) DI CUI ALL'ART. 26 DELLA LEGGE N. 833 DEL 23/12/78 - ANNI 2017 E 2018.

TRA

L'AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE – AREA VASTA N. 1 di Fano, in persona del Dr. Giovanni Fiorenzuolo, Direttore di Area Vasta n. 1, per la carica domiciliato presso la sede dell'Area Vasta 1 in Fano, via Ceccarini, 38,

E

LA KOS CARE S.R.L. (EX ISTITUTO DI RIABILITAZIONE S. STEFANO S.r.l.), con sede legale in via Durini 9, Milano – CF e PI 01148190547, nella persona dell'Amministratore Delegato, Dott. Enrico Brizioli

Per la stipula del seguente piano di prestazioni riabilitative ex art. 26 da valere per gli anni 2017 e 2018

PREMESSO

A) che con nota del 19/06/2017 l'Istituto di Riabilitazione Santo Stefano ha comunicato che in data 7 novembre 2016 le Assemblee dei Soci di Istituto di Riabilitazione Santo Stefano S.r.l. e di Residenze Anni Azzurri S.r.l., hanno approvato la fusione per incorporazione di Residenze Anni Azzurri S.r.l. in Istituto di Riabilitazione Santo Stefano s.r.l;

B) che con la stessa nota l'Istituto di Riabilitazione Santo Stefano ha comunicato, con decorrenza dal 1 luglio 2017, la modifica della Denominazione Sociale di Istituto di Riabilitazione Santo Stefano s.r.l. in KOS CARE SRL e il trasferimento della sede legale della stessa da via Aprutina 194, Porto Potenza Picena (MC) a via Durini 9, Milano;

C) che la Kos Care s.r.l. è presente sul territorio della Asur-Area Vasta n. 1, in Macerata Feltria via Penserini n. 9 - c/o Ospedale Civile "C. Belli" - con una struttura sanitaria denominata "Istituto di Riabilitazione S. Stefano";

D) che la struttura denominata "Istituto di riabilitazione S. Stefano" - situata nel comune di Macerata Feltria (PU), in via Penserini, 9 ha ottenuto l'accreditamento istituzionale senza prescrizioni per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime: residenziale con una dotazione di n. 40 posti letto e ambulatoriale (CAR), rinnovato con Decreto del Dirigente P.F. "Accreditamenti" n. 272/ACR del 29/09/2017;

E) che con D.G.R.M. n. 1438 del 23/11/2016 ad oggetto: "Strutture Private di Riabilitazione Accreditate della Regione Marche Accordo con Associazione ARIS per gli anni 2016-2017-2018", la Regione Marche, in considerazione della forte carenza di strutture riabilitative dedicate all'età evolutiva ed alla riabilitazione ambulatoriale complessa nell'Area Vasta 1, ed in particolare nel Distretto di Pesaro, al fine di assicurare una idonea copertura dei livelli Essenziali di Assistenza anche in questo territorio, nelle more di una puntuale ricognizione del fabbisogno su scala regionale che è già stata avviata, per il periodo ottobre-dicembre 2016, ha disposto di attribuire all'Istituto S. Stefano, quale struttura firmataria dell'Accordo, già titolare di accordo contrattuale con AV1, un Budget incrementale di € 60.000,00; tale budget è

finalizzato ad incrementare prestazioni per il trattamento di disabilità neuropsichiatriche cognitive e sensoriali dell'età evolutiva coinvolgendo anche, con accordi di collaborazione, strutture accreditate già operanti nel Distretto di Pesaro;

F) che con nota acquisita al prot. n. 19097 del 06/03/2017, l'allora Istituto di Riabilitazione Santo Stefano ha individuato quale sito prevalentemente finalizzato al trattamento di pazienti con disabilità neuropsichiatriche cognitive e sensoriali dell'età evolutiva il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione di Pesaro, ubicato nel Comune di Pesaro in via IV Novembre, 1/7;

G) che con D.G.R.M. n. 1114 del 29/09/2017, è stato approvato e recepito il "Progetto Riabilitativo Età Evolutiva", finalizzato all'incremento di prestazioni dei Centri Ambulatoriali di Riabilitazione ad integrazione della D.G.R.M. n. 1438/16, che, per il "S. Stefano Pesaro", ha previsto un budget incrementale di € 180.510,00 rispettivamente per gli anni 2017 e 2018.

H) che, per gli anni 2017 e 2018, il budget di cui alla lettera E), incrementato dal budget aggiuntivo previsto con D.G.R.M: n. 1114/2017, sarà oggetto di separato accordo con la Kos Care s.r.l. che opera attraverso il sopraccitato Centro Ambulatoriale di Riabilitazione di Pesaro;

I) che le parti hanno preso atto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia sulle strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie riabilitative extraospedaliere nonché riabilitativa ambulatoriale di cui all'art. 26 legge 833/78 per conto del SSN;

J) l'accordo che segue viene stipulato sulla base della D.G.R.M. n. 1064/2014, DGRM n. 5/2015, D.G.R.M. n. 193/2015, D.G.R.M. n. 1331/14, D.G.R.M. n. 1438 del 23/11/2016 e della D.G.R.M. n. 1114 del 29/09/2017.

Premesso quanto sopra, le parti convengono e stipulano quanto segue:

ART. 1

Efficacia delle premesse

Le parti accettano ed approvano espressamente le premesse del presente accordo, che si devono intendere come parte integrante e sostanziale di esso.

ART. 2

Prestazioni oggetto dell'accordo

La Kos Care, attraverso il proprio centro di Macerata Feltria, erogherà assistenza riabilitativa specifica di cui all'ex art. 26 della legge 833/78 nelle seguenti tipologie:

- Ricoveri a tempo pieno, intensiva extraospedaliera: 10.950 gg. di degenza;
- Unità Comi Permanenti: 1825 gg. di degenza;
- Unità Gravi insufficienze respiratorie: 1825 gg di degenza;
- Seminternato: 2700 annui (10/die per 270 gg. come da ex convenzione)
- Ambulatoriali: 10.000 annui (40/die per 250 gg. come da ex convenzione)
- Extramurali: 2.500 annui (10/die per 250 gg. come da ex convenzione)
- Domiciliari: 8.280 annui (30/die per 276 gg. come da ex convenzione)

La gestione dell'intera attività (sia sanitaria che di documentazione amministrativa) è demandata alla struttura accreditata che curerà 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 dimmissione o per la proposta di prosecuzione del trattamento;
- classificazione e tariffazione delle prestazioni secondo il tracciato unico regionale per la documentazione delle prestazioni sanitarie;
- scheda di trattamento dalla quale risulterà, opportunamente controfirmata dalle parti, ogni singola seduta di trattamento effettuata.

Il Centro di Riabilitazione nell'accettazione dei pazienti dovrà tener conto delle linee guida e dei protocolli nazionali e regionali vigenti, nonché del protocollo operativo concordato con l'Area Vasta n. 1, che si allega al presente accordo, quale parte integrante e sostanziale (allegato "A").

Dopo la presa in carico del paziente la Struttura comunicherà il piano di trattamento alla ASUR-Area Vasta /Azienda sanitaria di residenza dell'assistito e per conoscenza al medico di medicina generale, o Pediatra di libera scelta entro 15 giorni, ad esclusione dell'età evolutiva la cui complessità richiede un periodo di elaborazione del piano non inferiore a 30 giorni.

Nella prescrizione dovranno essere indicati: la diagnosi, la necessità di trattamento riabilitativo, la forma del trattamento richiesto (ricovero, seminternato, ambulatoriale, domiciliare).

Il Centro di Riabilitazione avrà cura di elaborare il piano di trattamento personalizzato da effettuare dandone comunicazione al distretto di residenza ed al medico di fiducia del paziente.

I sanitari del Centro di Riabilitazione, una volta portato a conclusione il progetto riabilitativo individuale, qualora ravvisino la necessità di un ulteriore trattamento, possono inoltrare al medico prescrittore del trattamento iniziale, richiesta di prosecuzione del trattamento corredata di circostanziata relazione clinica e da un nuovo piano di trattamento. La prosecuzione è disposta a giudizio del medico prescrittore, anche previa visita del paziente, con le stesse modalità della richiesta iniziale.

ART. 4
Standards di qualità

I requisiti e gli standards di qualità da osservarsi per l'erogazione delle prestazioni, sono quelli stabiliti dalle norme nazionali e regionali in materia riabilitativa, dai Manuali di Autorizzazione ed Accreditamento adottati dalla Regione Marche, nonché dai protocolli/procedure di Area Vasta in ottemperanza alla vigente normativa nazionale/regionale raggiunti per l'anno di riferimento o in mancanza, dall'ultimo accordo sottoscritto.

In ogni caso il Centro di Riabilitazione trasmetterà, alla stipula del presente accordo ed a fine anni 2017 e 2018 all'Area Vasta n. 1, un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato distinto per qualifica e attività, e comunque invierà una volta l'anno un riepilogo di tutto il personale che ha effettivamente operato nella struttura medesima.

in favore di pazienti residenti nell'ambito territoriale dell'Area Vasta n. 1, nonché di pazienti residenti in ambito di altre Aree Vaste della Regione, le cui prestazioni a carico del SSR, vengono liquidate da questa Area Vasta in regime di mobilità sanitaria attiva.
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.
Relativamente alle prestazioni in regime di ricovero verranno ammessi pazienti in fase post-acuta, provenienti da reparti ospedalieri per acuti e di riabilitazione, che debbano effettuare o proseguire il trattamento riabilitativo e le cui condizioni cliniche e funzionali consentano il suo svolgimento in ambiente extraospedaliero; il tempo limite del ricovero è di 120 giorni, mentre tale limite temporale non è riferibile ai ricoveri in UCP/UGIR.
Nel caso in cui non ci sia l'immediata disponibilità di posti letto per il ricovero, possono essere ammessi anche pazienti che siano stati dimessi da un presidio ospedaliero entro e non oltre 30 giorni.
Le prestazioni riabilitative ambulatoriali/domiciliari 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-Regioni del 7/5/98 e del 2/03/2011, 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 di cui al D.M. 22/7/96.
Inoltre, l'Area Vasta n. 1, relativamente agli utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale, necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo erogato o direttamente dal medico specialista in riabilitazione o da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione, con una presa in carico complessa, ma ridotta nel tempo, necessita di garantire le prestazioni intermedie, di cui al protocollo operativo concordato con l'AV1, ai sensi della D.G.R.M. n. 1627/2005 e D.G.R.M. n. 1299/2009.
Gli utenti rientranti nelle tipologie di cui sopra, potranno accedere al Centro di riabilitazione con il sistema della libera scelta di cui al D. Lvo 502/92.

ART. 3
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. 2, 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. 1437/1999, n. 1524/2006, n. 1299/2009, n. 54/2010, n. 1799/2010, n. 1749/2011, n. 1233/2012, n. 1259/2013, n. 1064/2014, n. 1438/2016 e n. 1114 del 29/09/2017 alle quali viene fatto espresso richiamo.
Gli utenti potranno accedere alla struttura per la erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo, a libera scelta, dietro prescrizione su ricettario del SSN da parte del medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta o di medico Specialista di struttura pubblica.
L'accesso può inoltre essere disposto per trasferimento da un reparto di una struttura pubblica.

ART. 5
Documentazione e Controlli

Le funzioni di verifica e controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate avviene secondo quanto previsto dalla DGRM n. 781/2013 e s.m.i., e suoi decreti applicativi, nonché quanto previsto dalle normative nazionali e regionali vigenti.
L'Area Vasta n. 1 si riserva comunque di effettuare presso il Centro di Riabilitazione, 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, nonché l'appropriatezza delle cure erogate.
Il Centro di Riabilitazione istituirà e terrà costantemente aggiornate le cartelle sanitarie personali degli utenti nonché un fascicolo amministrativo, sempre individuale, nei quali dovranno essere conservati:
- la prescrizione di inserimento;
- il piano di trattamento dettagliato e personalizzato previsto;
- il diario di trattamento (redatto su apposito stampato) dal quale risulterà opportunamente controfirmata dalle parti (erogatore e beneficiario, questo ultimo se impossibilitato sarà sostituito in tale incombenza da un famigliare o da altro incaricato) ogni singola seduta di trattamento ambulatoriale o domiciliare effettuata;
- scheda di dimissione;
- comunicazione dell'avvenuto ricovero (solo per i degenti) inviata all'Area Vasta/Azienda sanitaria di residenza del degente entro 48 h dalla data del ricovero.

ART. 6
Azioni di committenza e livelli ottimali di offerta

L'Area Vasta n. 1 si rende disponibile a riservare alla Kos Care s.r.l., sede operativa situata nel comune di Macerata Feltria (PU), per gli anni 2017-2018, sulla base dell'Accordo con le Associazioni ARIS per gli anni 2016-2017-2018 approvato con DGRM n. 1438/2016, una quota di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 a carico del Servizio Sanitario Regionale, per un importo omnicomprensivo ed insuperabile annuo di € 4.478.836,00, per le prestazioni attese indicate nella tabella seguente.
Il budget incrementale di € 60.000,00, finalizzato ad incrementare prestazioni per il trattamento di disabilità neuropsichiatriche cognitive e sensoriali dell'età evolutiva, riconosciuto all'Istituto s. Stefano con D.G.R.M. n. 1438/2016 anche per gli anni 2017 e 2018, sarà oggetto di separato accordo con la Kos Care s.r.l. che opera sul territorio di Pesaro con la struttura denominata Centro Ambulatoriale di Riabilitazione di Pesaro, ubicata in via IV Novembre, 1/7 (codice NSIS 101313).
Il tetto di spesa e le tariffe saranno automaticamente adeguate qualora sopraggiungano diversi indirizzi o disposizioni a livello regionale e nazionale.
Il tetto di spesa di cui sopra è riferito alle prestazioni erogate in favore di pazienti residenti nell'ambito territoriale dell'Area Vasta 1 nonché di pazienti residenti nell'ambito di altre Aree Vaste della Regione Marche, le cui prestazioni, a carico del servizio sanitario regionale, vengono liquidate da questa Area Vasta in regime di mobilità sanitaria attiva.
Il volume del fatturato relativo ai residenti fuori regione non viene conteggiato nel budget, né l'accesso è sottoposto a condizionamenti o limitazioni da parte delle Aziende sanitarie delle Marche (DGR 1524 del 28/12/2006). Queste prestazioni saranno fatturate direttamente all'Azienda sanitaria di residenza

dell'utente.

Kos Care s.r.l. – Centro di Macerata Feltria

	Degenza Extra-ospedaliera	P.L.	Potenzialità	Giornate previste	Tariffe DGRM n° 1064/2014, D.G.R.M. n. 5/2015 e D.G.R.M. n. 193/2015	Budget rispettivamente per anno 2017 e 2018
A)	**Ricoveri a Tempo Pieno**					
	Riabilitazione Intensiva (1)	30	10.950	10.583	€ 271,39	€ 2.872.158,66
	Unità Comi Permanenti	5	1.825	1.756	€ 292,94	€ 514.402,64
	U.Gravi Insufficienze Resp.	5	1.825	1.755	€ 292,94	€ 514.109,70
						€ 3.900.671,00

	Diurno ed Ambulatoriale	Prestazioni per giornate	Prestazioni Attese	Tariffe DGRM n° 1064/2014, D.G.R.M. n. 5/2015 e D.G.R.M. n. 193/2015	Budget rispettivamente per anno 2017 e 2018
B)	Semiresidenziale Alto livello	10 X 270 gg.	374	€ 118,50	€ 44.384,76
	Ambulatoriale *di cui età evolutiva*	40 X 250 gg.	2.100	€ 51,60 *€ 54,70*	€ 108.367,88
	Domiciliare *di cui età evolutiva*	30 X 276 gg.	3.769	€ 66,40 *€ 70,40*	€ 250.412,36
					€ 403.165,00

		(giornate)	TARIFFA approvata da DGRM n° 1064 del 22.9.2014	
C)	Rimborso forfetario per farmaci, presidi, visite specialistiche ed esami diagnostici, trasporti sanitari, non inclusi nelle tariffe	11.160	€. 15,68	€. 175.000,0
	TOTALE (A,B,C):	**€ 4.478.836,00**		

(1) Tariffa unificata con l'obbligo del servizio di guardia medica

Il numero delle prestazioni sopra fissato per distinta tipologia è quello atteso; saranno comunque e solamente retribuite prestazioni fino al raggiungimento dei

tetti invalicabili di spesa.
Il Centro Ambulatoriale 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 d'attesa, delle priorità e delle urgenze, ancorché 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 1064/2014 aggiornate con la DGRM 5/2015 e la D.G.R.M. n. 193/2015, fermo restando, per le prestazioni intermedie l'abbattimento tariffario del 20%, come previsto dalla D.G.R.M. n. 1299/2009.
La struttura si impegna a mettere a disposizione, all'interno del tetto di spesa assegnato, un valore stimato di prestazioni intermedie pari a € 10.000,00.
Per particolari esigenze assistenziali, come previsto dalla D.G.R.M. n. 1438/2016 e dal precedente Accordo di cui alla D.G.R.M. n. 1064/2014, nell'ambito del budget assegnato, nei limiti del 15%, potranno essere effettuate redistribuzioni di budget tra le attività anche di differente livello assistenziale, per ogni singola struttura. La 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 al medesimo gruppo societario, situate nella medesima Area Vasta.
Rimane fermo il vincolo del numero di posti letto attivi per ogni tipologia riabilitativa. Anche con riferimento ai posti letto è consentito il temporaneo declassamento di alcuni (verso tipologie riabilitative di minore intensità) in presenza di una domanda assistenziale in tal senso orientata.
Eventuali revisioni del Budget assegnato potranno essere fatte qualora intervengano, da parte della Regione Marche, modificazioni di tariffe a valere per l'anno di riferimento.
L'eventuale adeguamento automatico dell'atto a nuove disposizioni regionali avverrà se specificatamente finanziate.
Per quanto riguarda i rimborsi forfetari di cui alla D.G.R.M. n. 731/07 per beni e servizi relativi a prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera intensiva non inclusi nel tariffario, si confermano gli importi dei rimborsi rideterminati con D.G.R.M. n. 1064 del 22/09/2014 nel seguente importo: € 15,68 a gg di degenza.
I rimborsi "forfetari" sono riferiti alla erogazione di tutte le prestazioni aggiuntive al trattamento riabilitativo e necessarie al soddisfacimento della totalità dei bisogni sanitari dei soggetti ricoverati: fornitura di farmaci, fornitura di presidi per l'incontinenza, esecuzione degli esami diagnostici e di laboratorio, visite medico specialistiche, prestazioni di trasporto sanitario correlate, fornitura dei presidi protesici non personalizzati. Sono esclusi: la fornitura dei presidi protesici personalizzati, i ricoveri ospedalieri in acuzie, le prestazioni anche ambulatoriali complesse e di altissima specialità.
La struttura erogatrice di prestazioni è comunque tenuta a produrre annualmente un resoconto sulle spese sostenute per tali servizi, restando inteso che l'accordo potrà essere rinegoziato in caso di sostanziale modifica dei volumi di spesa sostenuta. La corresponsione dei rimborsi forfetari avverrà con la medesima cadenza dei pagamenti delle rette di degenza, sulla base di una fatturazione separata nella quale sia possibile risalire all'ASL di residenza dell'utente. Per i pazienti residenti extra regione Marche le fatture di rimborso saranno inoltrate direttamente all'asl di residenza e seguiranno il medesimo iter della fatturazione della degenza.

ART. 7
Contabilizzazione

Il Centro Riabilitativo si impegna ad inviare all'Area Vasta n. 1 contabilità mensili costituite:

a) dalla fattura commerciale che dovrà essere inviata elettronicamente secondo la normativa vigente 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

Il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione 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.

Il mancato invio della documentazione di cui sopra, ovvero la rilevazione della loro incompletezza o imprecisione della stessa anche a seguito del confronto con quanto effettivamente accettato dall'ARS 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.1, danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con interruzione dei termini di pagamento previsti.

La liquidazione ed il pagamento delle contabilità mensili avviene nell'ambito di una gestione per dodicesimi del tetto di spesa e deve in ogni caso intendersi a titolo di acconto sul budget annuale accordato; con riserva quindi di ogni conguaglio attivo e passivo anche a seguito di verifiche sanitarie ed amministrative. Il conguaglio finale sarà eseguito dall'Area Vasta n.1 a favore della Struttura Privata accreditata entro il 31 marzo dell'anno successivo. Nel caso di ritardato o mancato pagamento delle fatture si applicheranno le previsioni del D. Lgs. 9 novembre 2012 n. 192.

ART. 8
Flussi informativi

Il debito informativo definito con i tracciati unici regionali, oltre che essere obbligatorio nei riguardi della Regione e dello Stato, rappresenta per l'Area Vasta il principale strumento per la programmazione, la verifica ed il controllo delle prestazioni erogate dalla struttura.

In merito alla resa del debito informativo relativo alle prestazioni erogate, previsto dai tracciati unici regionali ex art. 50, comma 11, Legge 326/2003, da inviarsi, mediante sistema di trasmissione telematica, all'Agenzia Sanitaria Regionale, entro il giorno 7 del mese successivo a quello di resa delle prestazioni, poiché da gennaio 2008 tale sistema di documentazione è da considerarsi a regime, esso sarà preso a base, dai competenti Ministeri, per la definizione dei finanziamenti da assegnare al Servizio Sanitario Regionale. Conseguentemente il riconoscimento delle prestazioni ed il pagamento delle fatture è subordinato alla verifica del corretto e completo invio all'ARS dei dati di cui sopra. La mancata resa di tali dati comporta la sospensione dei pagamenti e l'interruzione dei termini.

ART. 9
Eventi modificativi e cause di risoluzione

Ogni mutamento che incide sulle caratteristiche soggettive (ad es. cessione ramo d'azienda, fusione, scorporo, subentro di altro titolare. ecc.) ed oggettive (ad es. spostamento sede operativa) della struttura, dovrà essere tempestivamente dalla stessa comunicato all'Area Vasta n. 1.
In caso di cessazione unilaterale dell'attività da parte della struttura, la stessa ha l'obbligo di darne preventiva comunicazione all'Area Vasta con preavviso di almeno 60 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

ART. 10
Contenzioso

Eventuali inadempienze agli accordi di cui alla presente intesa saranno contestate dall'Area Vasta n. 1 per iscritto e con fissazione del termine perché le stesse siano rimosse; trascorso inutilmente il termine concesso, l'Area Vasta n. 1 ha facoltà di proporre la procedura di revoca dell'accreditamento.

ART. 11
Tutela della privacy

Il Centro di Riabilitazione, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati relativi all'oggetto del presente accordo, si impegna a trattare i dati, di cui è titolare l'Area Vasta n. 1 e dei quali venga a conoscenza in esecuzione del contratto e nell'effettuazione delle operazioni e dei compiti ad essa affidati, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, di cui al D.Lgs. n.196 del 30.06.2003 e s.m.i..
Il Centro di Riabilitazione garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dall'Area Vasta nel regolamento privacy e l'adozione di tutte le misure di sicurezza idonee ad evitare rischi di distruzione e perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità di raccolta.
Il Centro di Riabilitazione assicura, in ogni caso, espressamente, che non effettuerà operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Ente committente, senza preventivo consenso dell'Ente stesso, laddove non rientrino tra quelle espressamente affidate al Centro di Riabilitazione.

L'Area Vasta n. 1 per il tramite del referente privacy e/o dei responsabili del trattamento, ha facoltà di richiedere al Centro di Riabilitazione e verificare, in qualunque momento, lo stato di applicazione della normativa sulla privacy.

ART. 12
Disposizioni transitorie e finali

La sottoscrizione del presente accordo da parte del Centro di Riabilitazione è efficace e vincolante al momento della sua apposizione. La sottoscrizione da parte della Area Vasta n. 1, diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente all'approvazione dell'accordo stesso con Determina del Direttore Generale dell'ASUR.

Le azioni di committenza definite nell'accordo, stanti le necessità di gestione e di continuità del servizio, trovano diretta ed immediata applicazione.

Nelle more della definizione dell'iter procedurale di cui al comma 1, al fine di assicurare la continuità nella erogazione del servizio, l'Area Vasta 1 agirà conseguentemente alle disposizioni di gestione provvisoria.

Il presente accordo sarà adeguato, ovvero se necessario ricontrattato, qualora sopraggiungano diversi indirizzi o disposizioni a livello regionale e nazionale.

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

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

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

Il presente contratto sarà registrato in caso d'uso secondo le procedure previste dalla legge.

Fano lì 12 DIC 2017

KO8 CARE S.R.L
Dott. Enrico Brizioli

AREA VASTA N.1
Dr. Giovanni Fiorenzuolo

PROTOCOLLO OPERATIVO tra Strutture

KOS Care e SERVIZIO UMEE ASUR AREA VASTA 1

Collaborazione sui casi clinici in età evolutiva afferenti All'UMEE Area Vasta 1 e strutture KOS Care

1. Finalità

La stesura del presente accordo è finalizzata all'individuazione di modalità operative coordinate ed integrate che :

- possano favorire la collaborazione tra gli operatori dell'UMEE dell'ASUR Area Vasta 1 e Strutture KOS Care;
- possano favorire l'utente e la sua famiglia nel fruire di una serie di servizi in una forma coordinata;
- consentano di superare le eventuali sovrapposizioni nella presa in carico di bambini con disordine del neurosviluppo, disabilità neuromotorie e sensoriali;
- possano sistematizzare lo scambio di informazioni.

2. Destinatari dell'accordo

L'accordo riguarda i casi clinici che necessitano di una presa in carico *complessa* multidisciplinare (ex art. 26) e *monodisciplinare (denominate prestazioni intermedie)*.

3. Normativa di riferimento

L'intervento rivolto alle persone disabili è disciplinato da Leggi nazionali, regionali (L. 104/92, DPR 24/2/94, L.R. 18/96 e succ. modificazione, DGR 1965 del 12/11/2002, DA n°97 del 30/6/2003).

Per gli interventi rivolti alle persone disabili i rapporti tra la scuola e gli enti sono disciplinati dall'Accordo di programma per l'inclusione degli alunni disabili nelle scuole della provincia di PESARO - URBINO (accordo **AA. SS. 2015/16 – 2019/2020 firmatari : MIUR Ufficio VI Ambito Territoriale per la Provincia di Pesaro e Urbino, Ambiti Territoriali Sociali 1 - 3 - 4 - 5 - 6 – 7, Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche Area Vasta1, Centro Territoriale di Supporto Provincia di Pesaro e Urbino**) in cui vengono definiti i reciproci impegni tra le parti relativamente a tempi, procedure e modalità attuative degli interventi.

4. Requisiti e modalità di accesso

La gestione dell'intera attività (sia sanitaria che burocratica amministrativa) è demandata alla struttura accreditata convenzionata che curerà l'accesso (allegato 1-3) degli utenti previa acquisizione dell'apposita prescrizione compilata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta o Medico specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Regionale.

Successivamente alla presa in carico del paziente la Struttura comunicherà per vie brevi la proposta di progetto riabilitativo. Il progetto riabilitativo definitivo dovrà essere inviato, di norma entro 45 giorni (l'elaborazione del Piano per l'età evolutiva prevede per la sua complessità un tempo non inferiore a 30 giorni), al Distretto di Residenza del minore e, se non coincidente, anche al Distretto dove incide la struttura e per conoscenza al Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta.

Nel progetto riabilitativo dovranno essere indicate: la diagnosi, la tipologia , la durata e la frequenza del trattamento riabilitativo. Il progetto di norma va verificato ogni 6 mesi.

Il Centro di Riabilitazione invierà inoltre al Distretto trimestralmente l'elenco dei pazienti in carico e in lista d'attesa.

Il Distretto sanitario, a sua volta, si impegnerà a inoltrare l'elenco alle équipe UMEE competenti per territorio e ai Centri di Riabilitazione dell'Area Vasta n.1.

LA Struttura KOS Care dovrà informare le famiglie che nel rispetto della libera scelta la presa carico può avvenire o presso la struttura pubblica o presso quella accreditata convenzionata, in modo esclusivo. Un eventuale passaggio della presa in carico da un servizio ad un altro seguirà le procedure di cui al regolamento dei rispettivi servizi.

5. Procedure

I Servizi coinvolti, consapevoli dell'importanza della centralità dei bisogni dell'utenza, della facilitazione all'accessibilità dei servizi, della presa in carico multidisciplinare all'interno di un sistema di servizi razionale ed integrato, ritengono di concordare quanto segue.

1. La presa in carico del minore disabile presso il C.A.R. KOS Care prevede la stesura di una relazione con notizie di tipo *clinico, anamnestico e terapeutico* da inviare al servizio UMEE competente per residenza del minore al fine di evitare ripetizioni diagnostiche o doppia presa in carico terapeutico-riabilitativa.

2. I minori (in carico alla KOS Care) per i quali è necessario iniziare le procedure per l'inserimento scolastico, continueranno ad essere seguiti dal centro di riabilitazione anche per tutte le procedure previste per legge (DF, PEI, etc.).

   Gli operatori del C.A.R. KOS Care concorderanno direttamente con le scuole del territorio le date dei PEI/incontri.

3. L'assistente sociale del Servizio UMEE di residenza del minore funge da collegamento tra il servizio UMEE e il C.A.R. KOS Care e se necessario sarà coinvolta per avviare l'eventuale richiesta dell'assistente comunale domiciliare.

4. La **dimissione** che avviene "non per conclusione" della presa in carico dal C.A.R. KOS Care ed il successivo passaggio al Servizio UMEE competente per territorio, e viceversa, è di tipo *protetto*. Prevede:

   a. un primo incontro con operatori di entrambi i servizi nel quale vengono illustrate le motivazioni della dimissione, prospettandone tempi e modalità;

   b. un secondo incontro da effettuarsi alla compresenza di un operatore UMEE in sede di PEI in cui si condivide la dimissione con la famiglia e gli operatori della scuola per l'effettivo passaggio con la relativa presa in carico da parte del Servizio UMEE di competenza, o viceversa.

   c. il percorso riabilitativo, qualora non concluso, seguirà le procedure dei regolamenti dei rispettivi servizi.

Accordo di committenza

Il C.A.R. si impegna ad informare i genitori che i pazienti non possono essere presi in carico da due Servizi e che i soggetti già dimessi per fine presa in carico dalla struttura pubblica non possono aver accesso per lo stesso trattamento al servizio convenzionato "KOS Care", e viceversa.

Nel piano di trattamento deve essere indicato se la presa in carico complessa sarà multidisciplinare o monoprofessionale. Per quanto concerne il numero di sedute annue e per le priorità di accesso in lista di attesa fa fede il percorso già in atto in AV1 e descritto nel regolamento per la presa in carico logopedica e neuropsicomotoria (allegati 2 e 4 del protocollo).

Per tutti i casi che richiedono anche un trattamento neuromotorio, fa fede il progetto riabilitativo nel quale si indica il numero di sedute settimanali (con un tetto non superiore a 100 sedute annue), che va rinnovato comunque ogni volta che viene richiesta una ortesi o un ausilio (DG 269/2015).

Per questi casi è necessario che la documentazione venga inviata anche al vaglio del Servizio di Riabilitazione di residenza del minore.

In base alla rilevazione del fabbisogno epidemiologico dell'Area Vasta 1 si forniscono le seguenti indicazioni di committenza a cui tendere per la tipologia di utenti da prendere in carico:

DIAGNOSI	% committenza
Ritardo mentale, collegato o meno ad origine genetica Disturbi generalizzati dello sviluppo	60
Problemi neurologici maggiori di origine centrale (PCI, epilessia, etc) Deficit sensoriali (uditivi e visivi in particolare) Disturbi specifici dell'apprendimento Disturbi dell'attenzione con iperattività Disturbi del linguaggio Disturbi dello sviluppo, collegati o meno a nascita prematura Disturbi emozionali ed affettivi Disturbi somatiformi	40

Relativamente agli utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale, necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo erogato o direttamente dal medico specialista in riabilitazione o da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione, con una presa in carico complessa, ma ridotta nel tempo, si ritiene debbano essere previste le cosiddette *prestazioni intermedie* ai sensi della DGRM 1627/2005 e DGRM 1299/09. Tali prestazioni prevedono un abbattimento delle tariffe del 20%, così da aumentare la presa in carico dei pazienti complessi o di pazienti in lista d'attesa. Ne saranno autorizzate di norma per un valore fino al 10% del budget assegnato alla struttura, ricompreso nel tetto stesso.

E' escluso il 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.

Di norma, a cadenza annuale, le équipe dei due servizi (pubblico e privato accreditato convenzionato), si incontrano per confrontarsi sull'applicazione del presente accordo.

Al fine di uniformare il percorso di presa in carico ed individuare i medesimi strumenti di valutazione multidimensionali, in allegato, è stata predisposta la modulistica che verrà utilizzata dai servizi coinvolti.

Il Direttore Sanitario
KOS Care

Il Direttore di Distretto di Pesaro
Dr.ssa Lorena Mombello

Il Direttore di Distretto di Urbino
Dr. Romeo Magnoni

Il Direttore del Distretto di Fano
Dr. Giovanni Guidi

Il Responsabile UOS Governo dei tempi di attesa
e percorsi organizzativi di continuità
Dr.ssa Elisabetta Esposto

Elisabetta Esposto

Dirigente Professioni Sanitarie Area riabilitativa
Dott.ssa Giovanna Diotallevi

Giovanna Diotallevi

A seguire gli allegati da utilizzare nella presa in carico riabilitativa logopedica e neuropsicomotoria con relativa intensità di cura

ALLEGATO 1

Scheda di Accesso al Servizio di Logopedia

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo: _____

Residente a _____ in via: _____

Tel. _____ Data richiesta: _____

Distretto / U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione di: _____

Items	Punteggio
Età del minore ☐ 0 – 3 anni ☐ 3 anni ☐ 4 anni ☐ 5 anni ☐ 6 – 8 anni ☐ 8 – 10 anni ☐ età uguale e maggiore di 10 anni	☐ 2 punti ☐ 6 punti ☐ 8 punti ☐ 9 punti ☐ 3 punti ☐ 1 punto ☐ 0 punti
Diagnosi clinica ☐ sordità infantile > 65 db bilaterale ☐ PCI ☐ palatoschisi/ disfagia pediatrica ☐ disturbo misto del linguaggio/disprassia ☐ disturbo specifico di produzione ☐ sindrome genetica con ritardo evolutivo lieve/autismo ☐ sindrome genetica con ritardo evolutivo globale/autismo ☐ disturbo articolatorio semplice/balbuzie ☐ deglutizione atipica ☐ disfonia infantile ☐ DSA	☐ 14 punti ☐ 13 punti ☐ 12 punti ☐ 8 punti ☐ 7 punti ☐ 6 punti ☐ 5 punti ☐ 3 punto ☐ 1 punto ☐ 1 punto ☐ 1 punto
Certificazione handicap ai sensi della L. 104/92: ☐ si ☐ no	☐ 1 punto ☐ 0 punti
Tempo permanenza in lista d'attesa	☐ 1 punto (per ogni anno)
TOTALE PUNTEGGIO	

Data _____ **Firma Operatore** _____

ALLEGATO 2

Scheda Intensità di cure Riabilitazione Logopedica

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo: _____

Residente a _____ in via: _____

Tel. _____ Data richiesta: _____

Distretto / U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione di: _____

L'intensità di cure verrà stabilita attraverso l'attribuzione dei punti previsti nella scheda d'accesso, e si adeguerà in base alla quantità di trattamenti erogati. I trattamenti riabilitativi con presa in carico diretta non potranno protrarsi oltre il 8 anno di età/ ingresso 3 classe della Scuola Primaria. Fatto salvo il progetto riabilitativo individuale

Le sedute settimanali erogate saranno al massimo 2, la cui durata non supererà i 45 minuti (60 minuti per professionisti). Per le sordità neurosensoriali bilaterali profonde non sono previsti limiti di sedute, né settimanali né annue, ma farà fede il progetto riabilitativo.

Punti	Cicli annui
Da 24 a 14	MAX 50 sedute annue fino a 6 anni
Da 13 a 10	MAX 40 sedute annue
Da 9 a 5	MAX 20 sedute annue
Da 4 a 0	MAX 10 sedute annue

Note:

_____

_____

Data, _____

Firma Operatore per Servizio

_____

ALLEGATO 3

Scheda di Accesso al Servizio di Neuropsicomotricità

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo: _____

Residente a _____ in via: _____

Tel. _____ Data richiesta: _____

Distretto / U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione di: _____

Items	Punteggio
Età del minore ☐ 0 – 3 anni ☐ 3 anni ☐ 4 anni ☐ 5 anni ☐ 6 – 8 anni ☐ età uguale e maggiore di 8 anni	☐ 12 punti ☐ 10 punti ☐ 6 punti ☐ 4 punti ☐ 1 punto ☐ 0 punto
Diagnosi clinica ☐ Disturbo di regolazione ☐ Ritardo psicomotorio ☐ **disprassia** ☐ **disturbo di comunicazione** ☐ **sindrome genetica con ritardo evolutivo lieve** ☐ **sindrome genetica con ritardo evolutivo globale** ☐ patologie neuromotorie ☐ difficoltà grafo motorie	☐ 10 punti ☐ 9 punti ☐ 8 punti ☐ 7 punti ☐ 6 punti ☐ 5 punti ☐ 3 punto ☐ 1 punto
Certificazione handicap ai sensi della L. 104/92: ☐ si ☐ no	☐ 1 punto ☐ 0 punti
Tempo di permanenza in lista d'attesa	☐ 1 punto (per ogni anno)
TOTALE PUNTEGGIO	

Note:

_____

Data, _____

Firma Operatore per Servizio

_____

ALLEGATO 4

Scheda Intensità di cure Riabilitazione Neuropsicomotricità

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo: _____

Residente a _____ in via: _____

Tel. _____ Data richiesta: _____

Distretto / U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione di: _____

L'intensità di cure verrà stabilita attraverso l'attribuzione dei punteggi previsti nella scheda d'accesso. I trattamenti riabilitativi con presa in carico diretta non potranno protrarsi oltre il 6 anno di età/ ingresso 1 classe della Scuola Primaria. Fatto salvo il progetto riabilitativo individuale

Le sedute settimanali erogate saranno al massimo 2, la cui durata non supererà i 45 minuti (60 minuti per professionista).

Punti	**Cicli annui**
Da 21 a 16	MAX 50 sedute annue
Da 15 a 11	MAX 40 sedute annue
Da 10 a 5	MAX 20 sedute annue
Da 4 a 0	MAX 10 sedute annue

Note:

_____

_____

Data, _____

Firma Operatore per Servizio

_____

ALLEGATO 5

DOMANDA DI INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA PER IL TRATTAMENTO LOGOPEDICO E/O NEUROPSICOMOTORIO

Il/la sottoscritto/a genitore /tutore _____

di _____

CHIEDE

di inserire il nominativo del minore nella

Lista di Attesa per l'Accesso al Servizio di Logopedia e/o neuropsicomotorio

DICHIARA

altresì di conoscere e di accettare la normativa relativa alla Modalità di accesso alla Lista di Attesa, qui di seguito riportata:

Art. 8 Modalità di fuoriuscita dalla Lista di Attesa.

La terapia diretta sarà effettuata sino agli 8 anni di età e/o ingresso 3^ classe Primaria per l'intervento Logopedico e sino ai 6 anni di età e/o ingresso 1^ classe Primaria per l'intervento Neuropsicomotorio, salvo casi particolari valutati dall'equipe. Oltre tali fasce d'età sarà garantita la presa in carico indiretta.

Data,

Firma

_____

ALLEGATO 6

MODULO INFORMAZIONE E CONSENSO A PRESA IN CARICO RIABILITATIVA

Io Sottoscritto _____

nato a _____ il _____/_____/_____, in qualità di:

☐ Diretto interessato ☐ Familiare ☐ Tutore Legale ☐ Amministratore di Sostegno

Io Sottoscritta _____

nata a _____ il _____/_____/_____, in qualità di:

☐ Diretto interessato ☐ Familiare ☐ Tutore Legale ☐ Amministratore di Sostegno

del/la Sig./Sig.ra/Minore _____

dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato dal _____

_____

Cognome e Nome con Titolo/Funzione

che a causa delle condizioni patologiche in atto e/o delle disabilità presenti, si rende opportuno avviare un percorso valutativo necessario per definire le funzioni compromesse e contestualmente procedere al trattamento riabilitativo che è descritto nella proposta di "Progetto Riabilitativo Individuale" formulata in sede di UVAD (Unità Valutativa di Accertamento Diagnostico) e riportata nel Diario Clinico della Cartella Clinica personale. In seguito, tale proposta verrà revisionata dall'Equipe Riabilitativa che elaborerà il Progetto Riabilitativo Individuale.

Dichiara che la Proposta del "Progetto Riabilitativo Individuale", formulata in sede UVAD/Equipe Riabilitativa, nonché le attività terapeutiche in esso contenute che sono sotto riportate e che riguardano l'intero processo di Presa in Carico Riabilitativa (obiettivi, frequenza, figure professionali coinvolte, durata del progetto), sono state spiegate in modo dettagliato ed approfondito tramite colloquio personale fino alla completa ed esaustiva comprensione.

Valutazioni proposte:

☐ Fisiatrica ☐ Psicologica ☐ Neuropsicomotoria ☐ Occupazionale

☐ Neurologica ☐ Fisioterapica ☐ Assistente Sociale

☐ Neuropsichiatrica Inf. ☐ Ortottica ☐ Logopedica

☐ Altra _____

Obiettivi del trattamento:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Numero di sedute e frequenza del trattamento (specificare la frequenza d'intervento per ciascuna figura professionale):

Tipologia del trattamento:

Multidisciplinare: ☐ ***Ambulatoriale individuale*** ☐ ***Ambulatoriale di gruppo*** ☐ ***Domiciliare***

☐ ***Extramurale*** ☐ ***Intermedio***

Altre informazioni sono state rese in modo accurato, riguardanti: l'attesa necessaria per effettuare un primo incontro con l'Equipe, utile per redigere il "Progetto Riabilitativo Individuale", le condizioni di accesso e frequenza al trattamento, la possibilità di revocare in qualsiasi momento il presente Consenso (assumendo la responsabilità degli eventi conseguenti e liberandone, contestualmente, la Struttura), le modalità di dimissione e le possibili conseguenze, il tutto in assenza di complicanze che determinerebbero variazioni significative.

SEZIONE RISERVATA AL CONSENSO PER MINORE

Noi Sottoscritti: (in qualità di madre)_____ e (in qualità di padre)_____ dichiariamo di non essere decaduti dalla potestà parentale e di non essere sottoposti, da parte dell'Autorità Giudiziaria, a procedimenti limitativi sul Minore e di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:

- sullo stato di salute del/la Minore
- sul tipo di intervento riabilitativo proposto
- sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati
- sulle conseguenze della mancata esecuzione dell'intervento proposto e sulle eventuali alternative terapeutiche.

Dichiariamo inoltre di essere stati informati della possibilità di revocare in qualsiasi momento il presente Consenso, assumendoci la responsabilità degli eventi conseguenti e liberandone, contestualmente, la struttura.

TUTTO CIÒ PREMESSO:

SI ACCONSENTE AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO CHE È STATO PROPOSTO

DATA_____

Firma leggibile _____

Firma leggibile _____
(in caso di Minore, firma del secondo genitore)

Firma dell'Operatore che ha fornito le informazioni

_____

IL PRESENTE MODULO È DA RITENERSI PARTE INTEGRANTE DELLA CARTELLA CLINICA N° _____

ALL. n. 2

ACCORDO STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA KOS CARE S.R.L. - PIANO DI PRESTAZIONI RIABILITATIVE AMBULATORIALI, DOMICILIARI, EXTRAMURALI E DI GRUPPO, DA EROGARSI IN NOME E PER CONTO DEL S.S.R.– SEDE OPERATIVA CAR PESARO – ANNI 2017 E 2018

TRA

L'AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE – AREA VASTA N. 1 di Fano rappresentata dal Direttore Dr. Giovanni Fiorenzuolo, domiciliato per la carica presso la sede dell'Area Vasta n.1 sita in Fano, Via Ceccarini, 38,

E

LA KOS CARE S.R.L. (ex ISTITUTO DI RIABILITAZIONE S. STEFANO), con sede legale in via Durini 9, Milano – CF e PI 01148190547, nella persona dell'Amministratore Delegato, Dr. Enrico Brizioli

per la stipula del seguente piano di prestazioni riabilitative ex. art. 26 da valere per gli anni 2017 e 2018,

PREMESSO

A) che con D.G.R.M. n. 1438 del 23/11/2016 ad oggetto: "Strutture Private di Riabilitazione Accreditate della Regione Marche Accordo con Associazione ARIS per gli anni 2016-2017-2018", la Regione Marche, in considerazione della forte carenza di strutture riabilitative dedicate all'età evolutiva ed alla riabilitazione ambulatoriale complessa nell'Area Vasta 1, ed in particolare nel Distretto di Pesaro, al fine di assicurare una idonea copertura dei livelli Essenziali di Assistenza anche in questo territorio, nelle more di una puntuale ricognizione del fabbisogno su scala regionale, ha disposto di attribuire all'Istituto S. Stefano, quale struttura firmataria dell'Accordo, già titolare di accordo contrattuale con AV1, un Budget incrementale di € 60.000,00 per il periodo ottobre-dicembre 2016; tale budget è finalizzato ad incrementare prestazioni per il trattamento di disabilità neuropsichiatriche cognitive e sensoriali dell'età evolutiva coinvolgendo anche, con accordi di collaborazione, strutture accreditate già operanti nel Distretto di Pesaro;

B) che con nota del 19/06/2017 l'Istituto di Riabilitazione Santo Stefano ha comunicato che in data 7 novembre 2016 le Assemblee dei Soci di Istituto di Riabilitazione Santo Stefano S.r.l. e di Residenze Anni Azzurri S.r.l., hanno approvato la fusione per incorporazione di Residenze Anni Azzurri S.r.l. in Istituto di Riabilitazione Santo Stefano s.r.l;

C) che con la stessa nota l'Istituto di Riabilitazione Santo Stefano ha comunicato, con decorrenza dal 1 luglio 2017, la modifica della Denominazione Sociale di Istituto di Riabilitazione Santo Stefano s.r.l. in KOS CARE SRL e il trasferimento della sede legale della stessa da via Aprutina 194, Porto Potenza Picena (MC) a via Durini 9, Milano;

D) che la Kos Care s.r.l. (ex Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l.) svolge la propria attività sul territorio dell'Area Vasta 1 – Distretto Pesaro, tramite la struttura denominata Centro Ambulatoriale di Riabilitazione di Pesaro, ubicata nel Comune di Pesaro in via IV Novembre, 1/7 di seguito denominata CAR Pesaro;

E) che con nota acquisita al prot. n. 19097 del 06/03/2017, l'allora Istituto di Riabilitazione Santo Stefano ha individuato quale sito prevalentemente finalizzato al trattamento di pazienti con disabilità neuropsichiatriche cognitive e sensoriali dell'età evolutiva il citato CAR Pesaro, (codice NSIS 101313);

F) che la suddetta struttura, ha ottenuto l'accreditamento con decreto n. 210/ACR del 14/05/2015 per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione in regime ambulatoriale con assegnazione di classe n. 5,

G) che con D.G.R.M. n. 1114 del 29/09/2017, è stato approvato e recepito il "Progetto Riabilitativo Età Evolutiva", finalizzato all'incremento di prestazioni dei Centri

Ambulatoriali di Riabilitazione ad integrazione della D.G.R.M. n. 1438/16 "Strutture Private di Riabilitazione Accreditate della Regione Marche. Accordo con Associazione ARIS per gli anni 2016-2017-2018".

H) che con la stessa D.G.R.M. n. 1114/2017 per il "S. Stefano Pesaro" è stato previsto, un budget incrementale di € 180.510,00 rispettivamente per gli anni 2017 e 2018;

I) 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 del 07/05/1998 e del 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.

J) 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;

Premesso quanto sopra le parti convengono e stipulano quanto segue:

ART. 1
Efficacia delle premesse

Le parti accettano ed approvano espressamente le premesse del presente accordo, che si devono intendere come parte integrante e sostanziale di esso.

ART. 2
Prestazioni oggetto dell'accordo

La Kos Care (ex Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l.), attraverso la propria struttura CAR Pesaro, erogherà "assistenza riabilitativa specifica" di cui all'ex. art.26 della legge 833/78 e nelle forme:

- **AMBULATORIALE INDIVIDUALE ETA' EVOLUTIVA**
- **AMBULATORIALE DI GRUPPO ETA' EVOLUTIVA**
- **DOMICILIARE ETA' EVOLUTIVA**
- **EXTRAMURALE ETA' EVOLUTIVA**

in favore di pazienti residenti nell'ambito territoriale dell'Area Vasta 1, nonché di pazienti residenti in ambiti di altre Aree Vaste della 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.

Inoltre, l'Area Vasta n. 1, relativamente agli utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale, necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo erogato o direttamente dal medico specialista in riabilitazione o da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione, con una presa in carico complessa, ma ridotta nel tempo, necessita di garantire le *prestazioni intermedie* ai sensi della D.G.R.M. n. 1627/2005 e D.G.R.M. n. 1299/2009.

ART 3
Requisiti e modalità di accesso

L'accordo riguarda i casi clinici che necessitano di una presa in carico complessa multidisciplinare (ex art. 26) e monodisciplinare (denominate prestazioni intermedie).

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° 1437/1999, n. 1524/2006, n. 1299/2009, n. 54/2010, n. 1799/2010, n. 1749/2011, n. 1233/2012, n. 1259/2013, n. 1064/2014, n. 1438/2016 e n. 1114 del 29/09/2017 alle quali viene fatto espresso richiamo.

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

- acquisizione di apposita prescrizione su ricettario del S.S.N. compilata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta o dal Medico Specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Regionale;
- 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 dimmissione o per la proposta di prosecuzione del trattamento;
- classificazione e tariffazione delle prestazioni;
- scheda di trattamento dalla quale risulterà, opportunamente controfirmata dalle parti, ogni singola seduta di trattamento effettuata.

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

L'ammissione alle prestazioni del Centro Ambulatoriale di Riabilitazione avviene sulla base di liste di attesa tenute secondo le disposizioni regionali vigenti così come applicate e comunicate dall'Area Vasta 1, tenendo conto comunque delle urgenze, delle priorità di trattamento e delle specificità dei casi.

Il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione nell'accettazione dei pazienti dovrà tener conto delle linee guida e dei protocolli nazionali e regionali vigenti, nonché del protocollo operativo concordato con l'Area Vasta n. 1, che si allega al presente accordo, quale parte integrante e sostanziale (allegato "A").

Successivamente alla presa in carico del paziente la Struttura comunicherà per le vie brevi la proposta di progetto riabilitativo. Il progetto riabilitativo definitivo dovrà essere inviato, di norma entro 45 giorni (l'elaborazione del Piano per l'età evolutiva prevede per la sua complessità un tempo non inferiore a trenta giorni), al Distretto di residenza del minore e, se non coincidente, anche al Distretto dove incide la struttura per conoscenza al Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta del paziente.

Nel progetto riabilitativo dovranno essere indicate: la diagnosi, la tipologia, la durata e la frequenza del trattamento riabilitativo. Il progetto di norma va verificato ogni sei mesi.

Il Centro di Riabilitazione invierà inoltre al Distretto trimestralmente l'elenco dei pazienti in carico e in lista d'attesa.

Il Distretto sanitario, a sua volta, si impegnerà a inoltrare l'elenco alle equipe UMEE competenti per territorio e ai Centri di Riabilitazione dell'Area Vasta n. 1.

Il C.A.R. Pesaro dovrà informare le famiglie che nel rispetto della libera scelta la presa in carico può avvenire o presso la struttura pubblica o presso quella accreditata convenzionata, in modo esclusivo. Un eventuale passaggio della presa in carico da un servizio ad un altro seguirà le procedure di cui al regolamento dei rispettivi servizi.

Per le attività di cui sopra il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione osserverà le norme di legge vigenti in materia e tutte le disposizioni che l'Area Vasta 1 impartirà per una loro corretta applicazione.

In base alla rilevazione del fabbisogno epidemiologico dell'Area Vasta 1 il C.A.R., per la tipologia di utenti da prendere in carico dovrà tendere alle seguenti indicazioni:

DIAGNOSI	**% committenza**
Ritardo mentale, collegato o meno ad origine genetica Disturbi generalizzati dello sviluppo	60
Problemi neurologici maggiori di origine centrale (PCI, epilessia, etc.); Deficit sensoriali (uditivi e visivi in particolare); – Disturbi specifici dell'apprendimento; Disturbi dell'attenzione con iperattività; Disturbi del linguaggio; Disturbi dello sviluppo, collegati o meno a nascita prematura; Disturbi emozionali ed affettivi; Disturbi somatiformi.	40

ART. 4

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; i protocolli/procedure di Area Vasta di cui al precedente articolo in ottemperanza alla vigente normativa nazionale/regionale.

ART. 5

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 Ambulatoriale di Riabilitazione trasmetterà, alla stipula del presente accordo ed alla fine degli anni 2017 e 2018, un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato nell'assistenza, corredato della qualifica, dei titoli, del tipo e durata del contratto.

ART. 6

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, questo 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 1 potrà effettuare presso il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione, 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, per quanto di rispettiva competenza, individuato dall'Area Vasta n.1, con facoltà, per i primi, anche di visitare i pazienti in trattamento; i controlli effettuati presso il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione avverranno alla presenza di un rappresentante del Centro medesimo; di tale attività verranno redatti appositi verbali.

Il Centro di Riabilitazione si impegna inoltre a trasmettere all'Area Vasta n. 1, entro 5 giorni dalla richiesta, copia di ogni documento conservato di cui al 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.1. e due in rappresentanza del Centro Ambulatoriale di Riabilitazione) che decidono a maggioranza assoluta dei componenti.

ART. 7
Budget

L'Area Vasta n.1, si rende disponibile a riconoscere per gli anni 2017 e 2018 al Centro Ambulatoriale di Riabilitazione una quota di prestazioni riabilitative per l'età evolutiva a carico del Servizio Sanitario Regionale, per un importo annuale omnicomprensivo ed insuperabile (tetto di spesa) pari a € 240.510,00.

Il tetto di spesa sopra assegnato è determinato sulla base del budget finalizzato ad incrementare prestazioni per il trattamento di disabilità neuropsichiatriche cognitive e sensoriali dell'età evolutiva di cui alla DGRM 1438/2016, pari a € 60.000,00, integrato da € 180.510,00 come previsto dalla D.G.R.M. n. 1114/2017 per gli anni 2017 e 2018.

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

Il Centro Ambulatoriale 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 d'attesa, delle priorità e delle urgenze, ancorché 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 1064/2014 aggiornate con la DGRM 5/2015 e la D.G.R.M. n. 193/2015, fermo restando, per le prestazioni intermedie l'abbattimento tariffario del 20%, come previsto dalla D.G.R.M. n. 1299/2009.

Le prestazioni intermedie saranno autorizzate per un valore fino al 10% del budget assegnato alla struttura, compreso nel tetto stesso.

ART. 8
Contabilizzazione

Il Centro presenterà all'Area Vasta n.1 contabilità mensili distinte per Area Vasta di appartenenza del paziente. Ogni contabilità sarà costituita:

a) dalla fattura commerciale che dovrà essere inviata elettronicamente secondo la normativa vigente 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.

Il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione 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.

Il mancato invio della documentazione di cui sopra, ovvero la rilevazione della loro incompletezza o imprecisione della stessa anche a seguito del confronto con quanto effettivamente accettato dall'ARS 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.1, danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con interruzione dei termini di pagamento previsti.

La liquidazione ed il pagamento delle contabilità mensili avviene nell'ambito di una gestione per dodicesimi del tetto di spesa e deve in ogni caso intendersi a titolo di acconto sul budget annuale accordato; con riserva quindi di ogni conguaglio attivo e passivo anche a seguito di verifiche sanitarie ed amministrative. Il conguaglio finale sarà eseguito dall'Area Vasta n.1 a favore della Struttura Privata accreditata entro il 31 marzo dell'anno successivo. Nel caso di ritardato o mancato pagamento delle fatture si applicheranno le previsioni del D. Lgs. 9 novembre 2012 n. 192.

ART. 9
Flussi informativi

Il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione 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
- 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 n.1.

ART. 10
Contenzioso

Eventuali inadempienze agli accordi di cui alla presente intesa saranno contestate dall'Area Vasta 1 per iscritto e con fissazione del termine perché le stesse siano rimosse; trascorso inutilmente il termine concesso, l'Area Vasta 1 ha facoltà di proporre la procedura di revoca dell'accreditamento.

ART. 11
Eventi modificativi e cause di risoluzione

Ogni mutamento che incide sulle caratteristiche soggettive (ad es. cessione ramo d'azienda, fusione, scorporo, subentro di altro titolare. ecc.) ed oggettive (ad es. spostamento sede operativa) della struttura, dovrà essere tempestivamente dalla stessa comunicato all'Area Vasta n. 1.

In caso di cessazione unilaterale dell'attività da parte della struttura, la stessa ha l'obbligo di darne preventiva comunicazione all'Area Vasta con preavviso di almeno 60 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

ART. 12
Validità

Il presente atto ha validità dal 01.01.2017 al 31.12.2018 ed è esclusa ogni possibilità di rinnovo tacito del presente atto. Saranno comunque riconosciute le prestazioni nel frattempo erogate, nelle more del rinnovo contrattuale.

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 ovvero modifiche degli ambiti operativi del Centro Ambulatoriale di Riabilitazione ovvero diversi criteri di ammissione al Centro.

ART. 13
Tutela della privacy

Il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati relativi all'oggetto del presente accordo, si impegna a trattare i dati, di cui è titolare l'Area Vasta n. 1 e dei quali venga a conoscenza in esecuzione del contratto e nell'effettuazione delle operazioni e dei compiti ad essa affidati, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al D.Lgs. n.196 del 30.06.2003 e s.m.i..

Il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dall'Area Vasta nel regolamento privacy e l'adozione di tutte le misure di sicurezza idonee ad evitare rischi di distruzione e perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità di raccolta.
Il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione assicura, in ogni caso, espressamente, che non effettuerà operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Ente committente, senza preventivo consenso dell'Ente stesso, laddove non rientrino tra quelle espressamente affidate al Centro di Riabilitazione.
L'Area Vasta n. 1 per il tramite del referente privacy e/o dei responsabili del trattamento, ha facoltà di richiedere al Centro di Riabilitazione e verificare, in qualunque momento, lo stato di applicazione della normativa sulla privacy.

ART. 14

Disposizioni transitorie e finali

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente contratto si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia.
Il presente contratto sarà registrato solamente in caso d'uso, a cura dell'Area Vasta n.1 secondo le procedure previste dalla Legge.
La sottoscrizione del presente accordo da parte della struttura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione. La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta n.1 diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente all'approvazione dell'accordo stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR.
Le azioni di committenza definite nel presente accordo, stante la necessità di gestione e di continuità del servizio, trovano diretta ed immediata applicazione. Nelle more della definizione dell'iter procedurale del piano di prestazioni, al fine di assicurare la continuità dell'erogazione del servizio, l'Area Vasta n.1, sul piano dei rapporti economici, agirà conseguentemente alle disposizioni proprie della gestione provvisoria.
Il presente accordo sarà adeguato, o se necessario, ricontrattato, qualora sopraggiungano diversi indirizzi o disposizioni a livello Asur, regionale e nazionale.

Fano, lì 12 DIC 2017

KOS CARE S.R.L
Dott. Enrico Brizioli

AREA VASTA N.1
Dr. Giovanni Fiorenzuolo

PROTOCOLLO OPERATIVO tra Strutture

KOS Care e SERVIZIO UMEE ASUR AREA VASTA 1

Collaborazione sui casi clinici in età evolutiva afferenti All'UMEE Area Vasta 1 e strutture KOS Care

1. Finalità

La stesura del presente accordo è finalizzata all'individuazione di modalità operative coordinate ed integrate che :

- possano favorire la collaborazione tra gli operatori dell'UMEE dell'ASUR Area Vasta 1 e Strutture KOS Care;
- possano favorire l'utente e la sua famiglia nel fruire di una serie di servizi in una forma coordinata;
- consentano di superare le eventuali sovrapposizioni nella presa in carico di bambini con disordine del neurosviluppo, disabilità neuromotorie e sensoriali;
- possano sistematizzare lo scambio di informazioni.

2. Destinatari dell'accordo

L'accordo riguarda i casi clinici che necessitano di una presa in carico *complessa* multidisciplinare (ex art. 26) e *monodisciplinare (denominate prestazioni intermedie)*.

3. Normativa di riferimento

L'intervento rivolto alle persone disabili è disciplinato da Leggi nazionali, regionali (L. 104/92, DPR 24/2/94, L.R. 18/96 e succ. modificazione, DGR 1965 del 12/11/2002, DA n°97 del 30/6/2003).

Per gli interventi rivolti alle persone disabili i rapporti tra la scuola e gli enti sono disciplinati dall'Accordo di programma per l'inclusione degli alunni disabili nelle scuole della provincia di PESARO - URBINO (accordo **AA. SS. 2015/16 – 2019/2020 firmatari : MIUR Ufficio VI Ambito Territoriale per la Provincia di Pesaro e Urbino, Ambiti Territoriali Sociali 1 - 3 - 4 - 5 - 6 – 7, Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche Area Vasta1, Centro Territoriale di Supporto Provincia di Pesaro e Urbino)** in cui vengono definiti i reciproci impegni tra le parti relativamente a tempi, procedure e modalità attuative degli interventi.

4. Requisiti e modalità di accesso

La gestione dell'intera attività (sia sanitaria che burocratica amministrativa) è demandata alla struttura accreditata convenzionata che curerà l'accesso (allegato 1-3) degli utenti previa acquisizione dell'apposita prescrizione compilata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta o Medico specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Regionale.

Successivamente alla presa in carico del paziente la Struttura comunicherà per vie brevi la proposta di progetto riabilitativo. Il progetto riabilitativo definitivo dovrà essere inviato, di norma entro 45 giorni (l'elaborazione del Piano per l'età evolutiva prevede per la sua complessità un tempo non inferiore a 30 giorni), al Distretto di Residenza del minore e, se non coincidente, anche al Distretto dove incide la struttura e per conoscenza al Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta.

Nel progetto riabilitativo dovranno essere indicate: la diagnosi, la tipologia , la durata e la frequenza del trattamento riabilitativo. Il progetto di norma va verificato ogni 6 mesi.

Il Centro di Riabilitazione invierà inoltre al Distretto trimestralmente l'elenco dei pazienti in carico e in lista d'attesa.

Il Distretto sanitario, a sua volta, si impegnerà a inoltrare l'elenco alle équipe UMEE competenti per territorio e ai Centri di Riabilitazione dell'Area Vasta n.1.

LA Struttura KOS Care dovrà informare le famiglie che nel rispetto della libera scelta la presa carico può avvenire o presso la struttura pubblica o presso quella accreditata convenzionata, in modo esclusivo. Un eventuale passaggio della presa in carico da un servizio ad un altro seguirà le procedure di cui al regolamento dei rispettivi servizi.

5. Procedure

I Servizi coinvolti, consapevoli dell'importanza della centralità dei bisogni dell'utenza, della facilitazione all'accessibilità dei servizi, della presa in carico multidisciplinare all'interno di un sistema di servizi razionale ed integrato, ritengono di concordare quanto segue.

1. La presa in carico del minore disabile presso il C.A.R. KOS Care prevede la stesura di una relazione con notizie di tipo *clinico, anamnestico e terapeutico* da inviare al servizio UMEE competente per residenza del minore al fine di evitare ripetizioni diagnostiche o doppia presa in carico terapeutico-riabilitativa.

2. I minori (in carico alla KOS Care) per i quali è necessario iniziare le procedure per l'inserimento scolastico, continueranno ad essere seguiti dal centro di riabilitazione anche per tutte le procedure previste per legge (DF, PEI, etc.).

   Gli operatori del C.A.R. KOS Care concorderanno direttamente con le scuole del territorio le date dei PEI/incontri.

3. L'assistente sociale del Servizio UMEE di residenza del minore funge da collegamento tra il servizio UMEE e il C.A.R. KOS Care e se necessario sarà coinvolta per avviare l'eventuale richiesta dell'assistente comunale domiciliare.

4. La **dimissione** che avviene "non per conclusione" della presa in carico dal C.A.R. KOS Care ed il successivo passaggio al Servizio UMEE competente per territorio, e viceversa, è di tipo *protetto*. Prevede:

   a. un primo incontro con operatori di entrambi i servizi nel quale vengono illustrate le motivazioni della dimissione, prospettandone tempi e modalità;

   b. un secondo incontro da effettuarsi alla compresenza di un operatore UMEE in sede di PEI in cui si condivide la dimissione con la famiglia e gli operatori della scuola per l'effettivo passaggio con la relativa presa in carico da parte del Servizio UMEE di competenza, o viceversa.

   c. il percorso riabilitativo, qualora non concluso, seguirà le procedure dei regolamenti dei rispettivi servizi.

Accordo di committenza

Il C.A.R. si impegna ad informare i genitori che i pazienti non possono essere presi in carico da due Servizi e che i soggetti già dimessi per fine presa in carico dalla struttura pubblica non possono aver accesso per lo stesso trattamento al servizio convenzionato "KOS Care", e viceversa.

Nel piano di trattamento deve essere indicato se la presa in carico complessa sarà multidisciplinare o monoprofessionale. Per quanto concerne il numero di sedute annue e per le priorità di accesso in lista di attesa fa fede il percorso già in atto in AV1 e descritto nel regolamento per la presa in carico logopedica e neuropsicomotoria (allegati 2 e 4 del protocollo).

Per tutti i casi che richiedono anche un trattamento neuromotorio, fa fede il progetto riabilitativo nel quale si indica il numero di sedute settimanali (con un tetto non superiore a 100 sedute annue), che va rinnovato comunque ogni volta che viene richiesta una ortesi o un ausilio (DG 269/2015).

Per questi casi è necessario che la documentazione venga inviata anche al vaglio del Servizio di Riabilitazione di residenza del minore.

In base alla rilevazione del fabbisogno epidemiologico dell'Area Vasta 1 si forniscono le seguenti indicazioni di committenza a cui tendere per la tipologia di utenti da prendere in carico:

DIAGNOSI	% committenza
Ritardo mentale, collegato o meno ad origine genetica Disturbi generalizzati dello sviluppo	60
Problemi neurologici maggiori di origine centrale (PCI, epilessia, etc) Deficit sensoriali (uditivi e visivi in particolare) Disturbi specifici dell'apprendimento Disturbi dell'attenzione con iperattività Disturbi del linguaggio Disturbi dello sviluppo, collegati o meno a nascita prematura Disturbi emozionali ed affettivi Disturbi somatiformi	40

Relativamente agli utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale, necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo erogato o direttamente dal medico specialista in riabilitazione o da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione, con una presa in carico complessa, ma ridotta nel tempo, si ritiene debbano essere previste le cosiddette *prestazioni intermedie* ai sensi della DGRM 1627/2005 e DGRM 1299/09. Tali prestazioni prevedono un abbattimento delle tariffe del 20%, così da aumentare la presa in carico dei pazienti complessi o di pazienti in lista d'attesa. Ne saranno autorizzate di norma per un valore fino al 10% del budget assegnato alla struttura, ricompreso nel tetto stesso.

E' escluso il 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.

Di norma, a cadenza annuale, le équipe dei due servizi (pubblico e privato accreditato convenzionato), si incontrano per confrontarsi sull'applicazione del presente accordo.

Al fine di uniformare il percorso di presa in carico ed individuare i medesimi strumenti di valutazione multidimensionali, in allegato, è stata predisposta la modulistica che verrà utilizzata dai servizi coinvolti.

Il Direttore Sanitario
KOS Care

Il Direttore di Distretto di Pesaro
Dr.ssa Lorena Mombello

Il Direttore di Distretto di Urbino
Dr. Romeo Magnoni

Il Direttore del Distretto di Fano
Dr. Giovanni Guidi

Il Responsabile UOS Governo dei tempi di attesa
e percorsi organizzativi di continuità
Dr.ssa Elisabetta Esposto

Elisabetta Esposto

Dirigente Professioni Sanitarie Area riabilitativa
Dott.ssa Giovanna Diotallevi

A seguire gli allegati da utilizzare nella presa in carico riabilitativa logopedica e neuropsicomotoria con relativa intensità di cura

ALLEGATO 1

Scheda di Accesso al Servizio di Logopedia

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo: _____

Residente a _____ in via: _____

Tel. _____ Data richiesta: _____

Distretto / U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione di: _____

Items	Punteggio
Età del minore ☐ 0 – 3 anni ☐ 3 anni ☐ 4 anni ☐ 5 anni ☐ 6 – 8 anni ☐ 8 – 10 anni ☐ età uguale e maggiore di 10 anni	☐ 2 punti ☐ 6 punti ☐ 8 punti ☐ 9 punti ☐ 3 punti ☐ 1 punto ☐ 0 punti
Diagnosi clinica ☐ sordità infantile > 65 db bilaterale ☐ PCI ☐ palatoschisi/ disfagia pediatrica ☐ disturbo misto del linguaggio/disprassia ☐ disturbo specifico di produzione ☐ sindrome genetica con ritardo evolutivo lieve/autismo ☐ sindrome genetica con ritardo evolutivo globale/autismo ☐ disturbo articolatorio semplice/balbuzie ☐ deglutizione atipica ☐ disfonia infantile ☐ DSA	☐ 14 punti ☐ 13 punti ☐ 12 punti ☐ 8 punti ☐ 7 punti ☐ 6 punti ☐ 5 punti ☐ 3 punto ☐ 1 punto ☐ 1 punto ☐ 1 punto
Certificazione handicap ai sensi della L. 104/92: ☐ si ☐ no	☐ 1 punto ☐ 0 punti
Tempo permanenza in lista d'attesa	☐ 1 punto (per ogni anno)
TOTALE PUNTEGGIO	

Data _____ **Firma Operatore** _____

ALLEGATO 2

Scheda Intensità di cure Riabilitazione Logopedica

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo: _____

Residente a _____ in via: _____

Tel. _____ Data richiesta: _____

Distretto / U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione di: _____

L'intensità di cure verrà stabilita attraverso l'attribuzione dei punti previsti nella scheda d'accesso, e si adeguerà in base alla quantità di trattamenti erogati. I trattamenti riabilitativi con presa in carico diretta non potranno protrarsi oltre il 8 anno di età/ ingresso 3 classe della Scuola Primaria. Fatto salvo il progetto riabilitativo individuale

Le sedute settimanali erogate saranno al massimo 2, la cui durata non supererà i 45 minuti (60 minuti per professionisti). Per le sordità neurosensoriali bilaterali profonde non sono previsti limiti di sedute, né settimanali né annue, ma farà fede il progetto riabilitativo.

Punti	Cicli annui
Da 24 a 14	MAX 50 sedute annue fino a 6 anni
Da 13 a 10	MAX 40 sedute annue
Da 9 a 5	MAX 20 sedute annue
Da 4 a 0	MAX 10 sedute annue

Note:

_____

_____

Data, _____

Firma Operatore per Servizio

_____

ALLEGATO 3

Scheda di Accesso al Servizio di Neuropsicomotricità

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo: _____

Residente a _____ in via: _____

Tel. _____ Data richiesta: _____

Distretto / U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione di: _____

Items	Punteggio
Età del minore ☐ 0 – 3 anni ☐ 3 anni ☐ 4 anni ☐ 5 anni ☐ 6 – 8 anni ☐ età uguale e maggiore di 8 anni	☐ 12 punti. ☐ 10 punti ☐ 6 punti ☐ 4 punti ☐ 1 punto ☐ 0 punto
Diagnosi clinica ☐ Disturbo di regolazione ☐ Ritardo psicomotorio ☐ **disprassia** ☐ **disturbo di comunicazione** ☐ **sindrome genetica con ritardo evolutivo lieve** ☐ **sindrome genetica con ritardo evolutivo globale** ☐ patologie neuromotorie ☐ difficoltà grafo motorie	☐ 10 punti ☐ 9 punti ☐ 8 punti ☐ 7 punti ☐ 6 punti ☐ 5 punti ☐ 3 punto ☐ 1 punto
Certificazione handicap ai sensi della L. 104/92: ☐ si ☐ no	☐ 1 punto ☐ 0 punti
Tempo di permanenza in lista d'attesa	☐ 1 punto (per ogni anno)
TOTALE PUNTEGGIO	

Note:

_____

Data, _____

Firma Operatore per Servizio

_____

ALLEGATO 4

Scheda Intensità di cure Riabilitazione Neuropsicomotricità

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo: _____

Residente a _____ in via: _____

Tel. _____ Data richiesta: _____

Distretto / U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione di: _____

L'intensità di cure verrà stabilita attraverso l'attribuzione dei punteggi previsti nella scheda d'accesso. I trattamenti riabilitativi con presa in carico diretta non potranno protrarsi oltre il 6 anno di età/ ingresso 1 classe della Scuola Primaria. Fatto salvo il progetto riabilitativo individuale

Le sedute settimanali erogate saranno al massimo 2, la cui durata non supererà i 45 minuti (60 minuti per professionista).

Punti	**Cicli annui**
Da 21 a 16	MAX 50 sedute annue
Da 15 a 11	MAX 40 sedute annue
Da 10 a 5	MAX 20 sedute annue
Da 4 a 0	MAX 10 sedute annue

Note:

_____

_____

Data, _____

Firma Operatore per Servizio

_____

ALLEGATO 5

DOMANDA DI INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA PER IL TRATTAMENTO LOGOPEDICO E/O NEUROPSICOMOTORIO

Il/la sottoscritto/a genitore /tutore_____

di _____

CHIEDE

di inserire il nominativo del minore nella

Lista di Attesa per l'Accesso al Servizio di Logopedia e/o neuropsicomotorio

DICHIARA

altresì di conoscere e di accettare la normativa relativa alla Modalità di accesso alla Lista di Attesa, qui di seguito riportata:

Art. 8 Modalità di fuoriuscita dalla Lista di Attesa.

La terapia diretta sarà effettuata sino agli 8 anni di età e/o ingresso 3^ classe Primaria per l'intervento Logopedico e sino ai 6 anni di età e/o ingresso 1^ classe Primaria per l'intervento Neuropsicomotorio, salvo casi particolari valutati dall'equipe. Oltre tali fasce d'età sarà garantita la presa in carico indiretta.

Data,

Firma

_____

ALLEGATO 6

MODULO INFORMAZIONE E CONSENSO A PRESA IN CARICO RIABILITATIVA

Io Sottoscritto _____

nato a _____ il _____/_____/_____, in qualità di:

☐ Diretto interessato ☐ Familiare ☐ Tutore Legale ☐ Amministratore di Sostegno

Io Sottoscritta _____

nata a _____ il _____/_____/_____, in qualità di:

☐ Diretto interessato ☐ Familiare ☐ Tutore Legale ☐ Amministratore di Sostegno

del/la Sig./Sig.ra/Minore _____

dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato dal _____

_____

Cognome e Nome con Titolo/Funzione

che a causa delle condizioni patologiche in atto e/o delle disabilità presenti, si rende opportuno avviare un percorso valutativo necessario per definire le funzioni compromesse e contestualmente procedere al trattamento riabilitativo che è descritto nella proposta di "Progetto Riabilitativo Individuale" formulata in sede di UVAD (Unità Valutativa di Accertamento Diagnostico) e riportata nel Diario Clinico della Cartella Clinica personale. In seguito, tale proposta verrà revisionata dall'Equipe Riabilitativa che elaborerà il Progetto Riabilitativo Individuale.

Dichiara che la Proposta del "Progetto Riabilitativo Individuale", formulata in sede UVAD/Equipe Riabilitativa, nonché le attività terapeutiche in esso contenute che sono sotto riportate e che riguardano l'intero processo di Presa in Carico Riabilitativa (obiettivi, frequenza, figure professionali coinvolte, durata del progetto), sono state spiegate in modo dettagliato ed approfondito tramite colloquio personale fino alla completa ed esaustiva comprensione.

Valutazioni proposte:

☐ Fisiatrica ☐ Psicologica ☐ Neuropsicomotoria ☐ Occupazionale

☐ Neurologica ☐ Fisioterapica ☐ Assistente Sociale

☐ Neuropsichiatrica Inf. ☐ Ortottica ☐ Logopedica

☐ Altra _____

Obiettivi del trattamento:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Numero di sedute e frequenza del trattamento (specificare la frequenza d'intervento per ciascuna figura professionale):

Tipologia del trattamento:

Multidisciplinare: ☐ ***Ambulatoriale individuale*** ☐ ***Ambulatoriale di gruppo*** ☐ ***Domiciliare***

☐ ***Extramurale*** ☐ ***Intermedio***

Altre informazioni sono state rese in modo accurato, riguardanti: l'attesa necessaria per effettuare un primo incontro con l'Equipe, utile per redigere il "Progetto Riabilitativo Individuale", le condizioni di accesso e frequenza al trattamento, la possibilità di revocare in qualsiasi momento il presente Consenso (assumendo la responsabilità degli eventi conseguenti e liberandone, contestualmente, la Struttura), le modalità di dimissione e le possibili conseguenze, il tutto in assenza di complicanze che determinerebbero variazioni significative.

SEZIONE RISERVATA AL CONSENSO PER MINORE

Noi Sottoscritti: (in qualità di madre)_____ e (in qualità di padre)_____ dichiariamo di non essere decaduti dalla potestà parentale e di non essere sottoposti, da parte dell'Autorità Giudiziaria, a procedimenti limitativi sul Minore e di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:

- sullo stato di salute del/la Minore
- sul tipo di intervento riabilitativo proposto
- sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati
- sulle conseguenze della mancata esecuzione dell'intervento proposto e sulle eventuali alternative terapeutiche.

Dichiariamo inoltre di essere stati informati della possibilità di revocare in qualsiasi momento il presente Consenso, assumendoci la responsabilità degli eventi conseguenti e liberandone, contestualmente, la struttura.

TUTTO CIÒ PREMESSO:

SI ACCONSENTE AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO CHE È STATO PROPOSTO

DATA_____

Firma leggibile _____

Firma leggibile _____
(in caso di Minore, firma del secondo genitore)

Firma dell'Operatore che ha fornito le informazioni

_____

IL PRESENTE MODULO È DA RITENERSI PARTE INTEGRANTE DELLA CARTELLA CLINICA N° _____

ALL. n. 3

ACCORDO CONTRATTUALE

Per l'affidamento alla Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Centro "E. Bignamini " di Fano del Piano delle prestazioni ambulatoriali di riabilitazione ex art. art 26 legge n. 833/78 per gli anni 2017 e 2018.

TRA

L'AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE – AREA VASTA N° 1 di Fano in persona del Direttore Dr. Giovanni Fiorenzuolo, per la carica domiciliato presso al sede dell'Area Vasta 1 in Fano, Via Ceccarini n. 38,

E

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Centro "E. Bignamini " di Fano, in persona del dr. Perucci Paolo, nato ad Agugliano (AN) il 5.8.1954, domiciliato per la sua carica in Falconara (AN) via Matteotti n. 56, Direttore pro-tempore delegato dal Presidente Emerito Mons. Angelo Bazzari con procura del 09/01/2015, confermata con ordinanza n. 5854 del 27/12/2016 dell'attuale Presidente Don Vincenzo Barbante per la stipula del seguente piano delle prestazioni da valere per gli anni 2017 e 2018,

Premesso:

- Che la Fondazione Don Gnocchi Onlus è presente sul territorio dell'Area Vasta n. 1 con la struttura "Centro E.Bignamini " ubicata in Fano, via del Ponte n. 68, istituzionalmente accreditato con Decreto del Dirigente del Servizio Salute n.288 del 19.12.2003 per prestazioni di recupero e di rieducazione funzionale e di riabilitazione in regime ambulatoriale ex art 26 legge n. 833/76, regolarmente rinnovato e da ultimo con Decreto del Dirigente della P.F. "Accreditamenti" n. 47/ACR del 03/02/2016, Codice struttura 110109;
- che le parti hanno preso atto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia sulle strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie ambulatoriali di riabilitazione ex art 26 per conto del Servizio Sanitario Nazionale;
- che per l'esercizio dell'attività di riabilitazione ambulatoriale ex art 26 oggetto del presente accordo trovano applicazione, per quanto non previsto dalle norme specifiche, la normativa nazionale e regionale disciplinante in via generale l'attività ambulatoriale di riabilitazione ex art 26 legge n.

833/78 e la tenuta in esercizio delle Strutture di riabilitazione ambulatoriale,

- che per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione ambulatoriale ex art 26 individuali, di gruppo e domiciliare della presente convenzione trovano applicazione, per quanto non previsto dalle norme specifiche, la normativa nazionale e regionale vigente in materia, con particolare riguardo alle disposizioni previste dalla DGRM n. 1064 del 22/09/2014 e DGRM n. 1438 del 23/11/2016;

Premesso quanto sopra le parti convengono e stipulano quanto segue:

ART. 1

Prestazioni oggetto dell'accordo

Il presente accordo ha effetto per il periodo dal 1.1.2017 al 31.12.2018.

La Fondazione Don Carlo Gnocchi, attraverso la propria struttura Centro E. Bignamini di Fano, si impegna ad erogare prestazioni ambulatoriali di riabilitazione ex art 26 individuali, di gruppo e domiciliare nel rispetto della normativa regionale e nazionale richiamata nel presente accordo, in particolare con riferimento alla DGRM n. 1064 del 22/09/2014 e DGRM n. 1438 del 23/11/2016.

Relativamente alla tipologia di prestazioni, si precisa che trattasi di prestazioni di riabilitazione ambulatoriale ex art 26 individuali, di gruppo e domiciliare in favore di pazienti residenti nell'ambito territoriale dell'Area Vasta 1 e di pazienti residenti in ambiti di altre Aree Vaste della Regione Marche le cui prestazioni, a carico del SSR, vengono liquidate dall'Area Vasta 1 in regime di mobilità sanitaria attiva, a favore di :

- maggiorenni affetti da disabilità che richiede un trattamento riabilitativo complesso,
- minori di età affetti da infermità tali da essere, se non curati, dei potenziali invalidi civili alla maggiore età.

Il Centro Bignamini erogherà altresì, alle medesime condizioni, prestazioni anche a residenti in altre Regioni d'Italia. Esse verranno autorizzate e riconosciute al Centro Bignamini dalla ASL di residenza del paziente alle stesse tariffe previste per le prestazioni erogate agli assistiti della Regione Marche.

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

ART. 2

Requisiti e modalità di accesso

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

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

- acquisizione di idonea prescrizione sul ricettario del SSN;
- accettazione e classificazione delle prestazioni secondo la codifica del tariffario regionale di cui alla DGRM n. 1223/2012, la D.G.R.M. n. 1064 del 22/09/2014, la D.G.R.M. n. 5/2015, la D.G.R.M. n. 193/2015 nonché secondo il tracciato unico regionale per la documentazione delle prestazioni sanitarie (file C);

Per le attività di cui sopra, il Centro Bignamini osserverà le norme di legge vigenti in materia e tutte le disposizioni che l'Area Vasta n. 1 impartirà per una loro corretta applicazione. Al fine di eliminare contenziosi e comportamenti non omogenei, i casi di dubbia definizione verranno regolati con appositi protocolli.

La definizione di eventuali casi dubbi deve comunque essere richiesta dal Centro prima della fatturazione della prestazione.

ART. 3

Standards di qualità

I requisiti e gli standards di qualità da osservarsi per l'erogazione delle prestazioni sono quelli stabiliti dalle norme nazionali e regionali in materia, dai Manuali di Autorizzazione e di Accreditamento adottati dalla Regione Marche, nonché dagli accordi quadro regionali con le rappresentanti di categoria raggiunti per l'anno di riferimento o, in mancanza, dall'ultimo accordo sottoscritto.

In ogni caso il Centro Bignamini trasmetterà, alla stipula del presente accordo all'Area Vasta n. 1 un prospetto nominativo del personale direttamente impiegato distinto per qualifica ed attività, e comunque invierà, una volta l'anno, un riepilogo di tutto il personale che ha effettivamente operato nella struttura medesima.

ART. 4

Documentazione e Controlli sull'appropriatezza

La funzione di verifica e controllo sulla erogazione delle prestazioni avviene secondo quanto previsto dalla DGRM n. 781 del 28/05/2013 e suoi decreti applicativi, cui viene fatto espresso riferimento.

L'Area Vasta n. 1 si riserva comunque di effettuare presso il Centro Bignamini , 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 l'appropriatezza delle prestazioni erogate, la corretta applicazione del presente accordo e delle norme di legge su cui esso si basa.

ART. 5

Azioni di committenza e livelli ottimali di offerta

L'Area Vasta n. 1 si rende disponibile a riservare al Centro Bignamini per gli anni 2017 e 2018 una quota di prestazioni di riabilitazione ex art 26 L. 833/78 a carico del Servizio Sanitario Regionale per un importo omnicomprensivo ed insuperabile per ogni anno di **Euro 431.192,00**, pari all'importo del budget stabilito dalla DGRM n. 1438 del 23/11/2016, Tab. II, comprensivo dell'incremento di **€ 20.000** finalizzato a prestazioni per il trattamento di disabilità neuropsichiatriche cognitive e sensoriali dell'età evolutiva, da retribuirsi con le tariffe di cui alla D.G.R.M. n. 1064 del 22/09/2014, la D.G.R.M. n. 5/2015, e la D.G.R.M. n. 193/2015.

Il tetto di spesa e le tariffe saranno automaticamente adeguate qualora sopraggiungano diversi indirizzi o disposizioni a livello regionale e nazionale.

Il numero delle prestazioni fissato è quello calcolabile suddividendo il tetto di spesa per il valore delle prestazioni; saranno comunque e solamente retribuite prestazioni a prescindere dal numero delle medesime, fino alla concorrenza del tetto di spesa fissato.

Il tetto di spesa di cui sopra è riferito alle prestazioni erogate agli assistiti di tutte le articolazioni territoriali della ASUR Marche.

ART. 6

Contabilizzazione

Il Centro Bignamini si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta n. 1 la contabilità mensile con distinzione per Aree Vaste di residenza del paziente. Ogni contabilità sarà costituita:

a) dalla fattura elettronica ai sensi della L.24 dicembre 2007 n.244 all'art.1, commi da 209 a 214 smi e D.M. 3 aprile 2013 n.55;
b) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
c) dal riepilogo finale del File C come individuato dalla Agenzia Sanitaria Regionale inviato mediante trasmissione telegrafica;
d) dalle copie di tutte le prescrizioni oggetto della contabilità.

La liquidazione ed il pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo contabile e sanitario (da parte del Direttore del Distretto di Fano) entro 60 gg. dalla loro ricezione nella misura di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 5) sempre se il Centro Bignamini avrà presentato una fatturazione mensile corrente o pregressa per l'attività espletata superiore all'importo da corrispondere a titolo di acconto. In caso contrario si pagherà la fattura per intero.

In caso di ritardato pagamento, decoreranno gli interessi nella misura prevista dalla normativa vigente.

Il conguaglio finale sarà eseguito dall'Area Vasta n. 1 a favore del Centro Bignamini entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Il mancato invio della documentazione indicata ai punti a)b)c)d)e) ovvero la rilevazione della incompletezza o imprecisione della stessa, anche a seguito di confronto con quanto effettivamente accertato dall'ARS, danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con interruzione dei termini previsti.

ART. 7

Flussi informativi

Il debito formativo con i tracciati unici regionali, oltre che essere obbligatorio nei riguardi della Regione e dello Stato , rappresenta per l'Area

Vasta il principale strumento per la programmazione, la verifica ed il controllo delle prestazioni erogate dalla struttura.

In merito alla resa del debito informativo relativo alle prestazioni erogate (file C) previsto dai tracciati unici regionali ex art 50, comma 11, Legge n. 326/2003, da inviarsi mediante sistema di trasmissione telematica, all'Agenzia Sanitaria Regionale, entro il giorno 7 del mese successivo a quello di resa delle prestazioni, poiché da gennaio 2008 tale sistema di documentazione è da considerarsi a regime, esso sarà preso a base,dai competenti Ministeri, per la definizione dei finanziamenti da assegnare al Servizio Sanitario Regionale.

Conseguentemente, il riconoscimento delle prestazioni ed il pagamento delle fatture è subordinato alla verifica del corretto e completo invio all'ARS dei dati di cui sopra.

La mancata resa di tali dati comporta la sospensione dei pagamenti e l'interruzione dei termini.

Il debito informativo delle prestazioni tariffate è assolto nel rispetto dei seguenti principi:

- il Centro Bignamini è tenuto al rispetto delle indicazioni regionali e nazionali in ordine alle modalità di compilazione della documentazione sanitaria,
- il Centro Bignamini raccoglie e registra nel rispetto della tutela della privacy le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella certificazione clinica e/o in altra documentazione amministrativa e clinica. E' altresì assicurato il rispetto delle indicazioni e delle modalità di codifica e di trasmissione – anche in via informatica – fornite dal competente ufficio di competenza salute.
- Funzionari e incaricati dall'Area Vasta possono compiere, con preavviso non inferiore alle 48 ore lavorative, i controlli ispirati a criteri di imparzialità e obiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con il Legale rappresentante del Centro Bignamini e con l'eventuale assistenza dei responsabili della documentazione in oggetto. Le modalità di controllo rispondono ai principi e alle linee guida fornite dalla Regione con DGRM n. 781 del 28/05/2013.

- Sulla richiesta scritta degli addebiti al controllo deve essere rilasciata copia fotostatica della certificazione sanitaria, ovvero della documentazione oggetto del contenzioso.
- Qualora i rilievi non siano accolti, il Rappresentante Legale del Centro Bignamini o suo delegato,potrà inoltrare entro 30 giorni le proprie contro-deduzioni all'Area Vasta. Nel caso in cui il controllo il controllo duri più giornate, i 30 giorni decorreranno dall'ultimo giorno del controllo. Non saranno prese in considerazione, ai fini del procedimento, le contro-deduzioni inviate oltre i termini descritti.

ART. 8

Eventi modificativi e cause di risoluzione

Ogni mutamento che incide sulle caratteristiche soggettive (ad es. cessione ramo d'azienda, fusione, scorporo, subentro di altro titolare. ecc.) ed oggettive (ad es. spostamento sede operativa) della struttura, dovrà essere tempestivamente dalla stessa comunicato all'Area Vasta n. 1.

In caso di cessazione unilaterale dell'attività da parte della struttura, la stessa ha l'obbligo di darne preventiva comunicazione all'Area Vasta con preavviso di almeno 60 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

ART. 9

Contenzioso

Eventuali inadempienze agli accordi di cui alla presente intesa saranno contestate dall'Area Vasta per iscritto e con fissazione del termine perché le stesse siano rimosse. Trascorso inutilmente tale termine concesso, l'Area Vasta n. 1 ha la facoltà di proporre la procedura per la revoca dell'accreditamento.

ART. 10

Tutela della privacy

Il Centro Bignamini, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati relativi all'oggetto del presente accordo, si impegna a trattare i dati,di cui è titolare l'Area Vasta n. 1 e dei quali venga a conoscenza in esecuzione del contratto e nell'effettuazione delle operazioni e dei compiti ad essa affidati, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto

della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, di cui al DLgs n. 196 del 30.6.2003 e s.m.i.

Il Centro Bignamini garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dalla Area Vasta nel regolamento privacy e l'adozione di tutte le misure di sicurezza idonee ad evitare rischi di distruzione e perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità di raccolta.

Il Centro Bignamini assicura, in ogni caso, espressamente, che non effettuerà operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Ente committente, senza preventivo consenso dell' Ente stesso, laddove non rientrino tra quelle espressamente affidate al Centro Bignamini medesimo.

L'Area Vasta n. 1, per il tramite del referente privacy e/o dei responsabili del trattamento, ha facoltà di richiedere alla struttura accreditata e verificare, in qualunque momento, lo stato di applicazione della normativa sulla privacy.

ART. 11

Disposizioni transitorie e finali

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

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

Le spese di bollo e di registrazione saranno a carico del Centro Bignamini.

La sottoscrizione dell'accordo da parte della struttura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione.

La sottoscrizione da parte dell'area Vasta diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente all'approvazione dello stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR.

Le azioni di committenza definite nell'accordo, stanti le necessità di gestione e di continuità del servizio, trovano diretta ed immediata applicazione, nel rispetto di quanto previsto dall'art 20 della L.R. n. 21 del 30/09/2016.

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 agirà conseguentemente alle disposizioni proprie della gestione provvisoria .

Il presente accordo sarà adeguato o se necessario ricontrattato qualora sopraggiungano diversi indirizzi o disposizioni a livello regionale e nazionale.

Fano, lì

Per Asur Marche
Il Direttore Dell'Area Vasta 1
Dr. Giovanni Fiorenzuolo

Fondazione Don Gnocchi Onlus
Il Delegato
Dr Paolo Perucci

ALL. n. 4

APPENDICE ALL'ACCORDO CONTRATTUALE

Per l'affidamento alla Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Centro "E. Bignamini " di Fano del Piano delle prestazioni ambulatoriali di riabilitazione ex art. art 26 legge n. 833/78 per gli anni 2017 e 2018.

TRA

L'AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE – AREA VASTA N° 1 di Fano in persona del Direttore Dr. Giovanni Fiorenzuolo, per la carica domiciliato presso al sede dell'Area Vasta 1 in Fano, Via Ceccarini n. 38,

E

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Centro "E. Bignamini " di Fano, in persona del dr. Perucci Paolo, nato ad Agugliano (AN) il 5.8.1954, domiciliato per la sua carica in Falconara (AN) via Matteotti n. 56, Direttore pro-tempore delegato dal Presidente Emerito Mons. Angelo Bazzari con procura del 09/01/2015, confermata con ordinanza n. 5854 del 27/12/2016 dell'attuale Presidente Don Vincenzo Barbante per la stipula del seguente piano delle prestazioni da valere per gli anni 2017 e 2018,

Premesso:

1. che con Accordo sottoscritto dalle parti, acquisito con nota prot. N. 44841 del 29/05/2017, è stato affidato alla Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Centro E. Bignamini di Fano, il piano delle prestazioni ambulatoriali di riabilitazione ex art. art 26 legge n. 833/78 per gli anni 2017 e 2018, prevedendo un tetto di spesa annuale omnicomprensivo ed insuperabile pari a € 431.192,00, corrispondente all'importo del budget stabilito dalla D.G.R.M. n. 1438 del 23/11/2016, Tab. II, comprensivo dell'incremento di € 20.000,00, finalizzato a prestazioni per il trattamento di disabilità neuropsichiatriche cognitive e sensoriali dell'età evolutiva;
2. che, successivamente, con D.G.R.M. n. 1114 del 29/09/2017, è stato approvato e recepito il "Progetto Riabilitativo Età Evolutiva", finalizzato all'incremento di prestazioni dei Centri Ambulatoriali di Riabilitazione ad integrazione della D.G.R.M. n. 1438/16 "Strutture Private di Riabilitazione Accreditate della Regione Marche. Accordo con Associazione ARIS per gli anni 2016-2017-2018".

3. che con la stessa D.G.R.M. n. 1114/2017 per il "Don Gnocchi Fano" è stato previsto, un budget incrementale di € 62.358,00 rispettivamente per gli anni 2017 e 2018;
4. 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 del 07/05/1998 e del 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.

Fermo restando quanto già disciplinato con l'accordo già sottoscritto tra le parti, acquisito al prot. N. 44841 del 29/05/2017, **le parti concordano quanto segue:**

1) di incrementare il tetto di spesa annuale pari a € 431.192,00, di cui all'art. 5 dell'accordo sottoscritto tra le parti per gli anni 2017 e 2018, per prestazioni di riabilitazione ex art 26 L. 833/78 a carico del Servizio Sanitario Regionale, dell'ulteriore importo previsto dalla D.G.R.M. n. 1114/2017 per gli anni 2017 e 2018 pari a € 62.358,00, finalizzato all'incremento di prestazioni nell'ambito dell'Età Evolutiva, adeguando il tetto di spesa annuale omnicomprensivo a € 493.550,00;
2) di confermare le medesime condizioni giuridiche ed economiche del precedente accordo.

Fano, lì

Per Asur Marche
Il Direttore Dell'Area Vasta 1
Dr. Giovanni Fiorenzuolo

Fondazione Don Gnocchi Onlus
Il Delegato
Dr Paolo Perucci

CENTRO POLIVALENTE FONDAZIONE DON C. GNOCCHI ONLUS