



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 227 DEL 17/05/2024

Il DIRETTORE GENERALE acquisiti i pareri preventivi, favorevoli, del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e, ove previsto per competenza, del Direttore dell'attività Socio Sanitaria

A D O T T A

la deliberazione avente per oggetto:

APPROVAZIONE SCHEMI DI ACCORDI LOCALI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DA PARTE DI STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE PER L'ANNO 2024

DIRETTORE GENERALE	Dott.ssa Paola Bardasi	FIRMATO
DIRETTORE AMMINISTRATIVO	Dott. Marco Chiari	FIRMATO
DIRETTORE SANITARIO	Dott. Andrea Magnacavallo	FIRMATO
DIRETTORE ATTIVITA' SOCIO SANITARIA	Dott.ssa Corsalini Eleonora	

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Paola Bardasi

OGGETTO: APPROVAZIONE SCHEMI DI ACCORDI LOCALI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DA PARTE DI STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE PER L'ANNO 2024.

IL DIRETTORE GENERALE

Su proposta del Dirigente Ing. Nicholas Rossetti, Responsabile dell'U.O.S.D. Gestione operativa Sale Operatorie e Responsabile Unitario dell'accesso per i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, in ottemperanza alla nota prot. n. 44345 del 18/04/2024.

Premesso:

che, in base all'art. 8 bis comma 1 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni, "Le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende Unità Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Universitarie e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, nonché dei soggetti accreditati, nel rispetto degli accordi contrattuali";

che, ai sensi dei successivi articoli 8-bis comma 2° e 8-quater comma 2°, i contenuti prestazionali ed economici degli accordi contrattuali costituiscono il titolo in virtù del quale i singoli produttori possano operare nell'ambito, per conto e a carico del Sistema Sanitario Nazionale e i cittadini possano liberamente scegliere il luogo di cura.

Richiamati:

- l'art. 8 commi 5 e 7 del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502, come successivamente modificato ed integrato dal D.Lgs. 07.12.1993 n. 517 e dal D.Lgs. 19.06.1999 n. 229, che dispone in materia di rapporti con strutture private fondati sull'accREDITAMENTO;
- l'art. 6 comma 6 della L. 23.12.94 n. 724, che prescrive la cessazione dei precedenti rapporti convenzionali delle Strutture Private con Servizio Sanitario Nazionale e l'entrata in vigore di nuovi rapporti fondati sull'accREDITAMENTO e, a decorrere dalla data di entrata in funzione del sistema di pagamento delle prestazioni sulla base di tariffe predeterminate dalla Regione, della prevista remunerazione a prestazione.

Richiamate inoltre le seguenti norme regionali:

- la DGR n. 1231 del 02.08.2021, che ha aggiornato il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della Regione Emilia-Romagna;
- la D.G.R. n. 1237 del 17/07/2023, che ha definito le linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023, specificando che le Stesse devono garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in coerenza con la D.G.R. n. 603/2019;
- la DGR n. 617 del 15/04/2024, con la quale, da ultimo, la Regione Emilia-Romagna ha differito al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui alla DGR n. 1775 del 20/10/2023.

Atteso che, con Deliberazione n. 151 del 06/04/2023, si era disposto di procedere all'approvazione degli Accordi Locali per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, per il periodo 01.01.2023-31.12.2023, tra l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza e le seguenti Strutture Private Accreditate:

- **Poliambulatorio Privato Centro Thuja S.r.l.**,
- **Poliambulatorio Privato Centro Sprint e Salute S.r.l.**,
- **Poliambulatorio Privato Fisiomed S.r.l.**,
- **Poliambulatorio Privato Kinesis S.r.l.**

Considerato che questa Azienda USL, riconosciuto il fondamentale valore della collaborazione con le strutture private accreditate che contribuiscono alla sensibile riduzione delle liste di attesa obiettivo strategico del sistema sanitario ed al contenimento della mobilità passiva extraregionale, intende mantenere, anche per l'anno 2024, tale collaborazione con le medesime per l'acquisizione di prestazioni specialistiche come indicate negli schemi di Accordi Locali allegati quali parti integranti e sostanziali del presente atto (**Allegati A-B-C-D**), per i seguenti importi complessivi presunti (al netto del ticket e degli sconti previsti):

- € 40.500,00 Poliambulatorio Privato Centro Thuja S.r.l.
- € 49.000,00 Poliambulatorio Privato Centro Sprint e Salute S.r.l.
- € 65.000,00 Poliambulatorio Privato Fisiomed S.r.l.
- € 185.400,00 Poliambulatorio Privato Kinesis S.r.l.,

pari a totali € 339.900,00.

Dato atto che:

- le suddette Strutture private accreditate hanno accolto la richiesta avanzata da questa Azienda ed hanno confermato la propria disponibilità all'erogazione delle prestazioni specialistiche richieste;
- le tipologie delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di che trattasi fanno riferimento al Nomenclatore Tariffario della Regione Emilia-Romagna aggiornato da ultimo con DGR n. 1231 del 02.08.2021 tuttora vigente;
- le Strutture hanno espresso la disponibilità, per il periodo di vigenza dei rispettivi contratti, ad applicare sulle prestazioni specialistiche gli sconti previsti negli Accordi medesimi (All. A-B-C-D);
- a fronte dell'attività erogata questa Azienda USL provvederà, per il tramite dei competenti uffici dell'U.O. Servizi per l'Accesso e relazioni con l'utenza (S.A.R.U.), a liquidare le fatture emesse dalle strutture sanitarie contraenti a seguito di validazione mensile delle prestazioni, secondo la procedura allegata ai predetti schemi di Accordi.

Dato, altresì, atto che le predette Strutture sanitarie sono quindi legittimate alla stipula degli Accordi in quanto in possesso dei seguenti requisiti oggettivi:

- in possesso di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie contrattate;
- accreditate ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente (con le specifiche di seguito riportate per il Centro Thuja S.r.l. e il Centro Sprint e Salute S.r.l.).

Precisato, quindi, che:

a) per quanto concerne il Centro Thuja S.r.l.:

- la Struttura sanitaria ha ottenuto l'Accreditamento con DGR n. 13734 del 23/12/2009, successivamente ampliato con DGR n. 16798 del 14/11/2014;
- la DGR n. 1311/2014 ha stabilito che tutti i provvedimenti di accreditamento/rinnovo delle strutture pubbliche e private già rilasciati e già scaduti o in scadenza entro 24 mesi dalla data di pubblicazione della citata DGR 1311/2014 mantengono la validità fino al 31 luglio 2016;
- la DGR n. 1604/2015 ha definito che, nelle more della revisione complessiva del sistema di accreditamento della Regione Emilia-Romagna, "tutti i provvedimenti di accreditamento attualmente in vigore e con scadenza entro il 31 luglio 2018 sono confermati fino al 31 luglio 2018";
- la DGR n. 1943/2017 ha previsto "di confermare l'accreditamento in essere, per le strutture sanitarie che abbiano presentato una valida domanda, nelle more dell'adozione del provvedimento di rinnovo. Tali strutture possono pertanto continuare a svolgere in regime di accreditamento le medesime attività già accreditate e le Aziende e gli Enti del SSR possono mantenere e stipulare contratti con esse al fine di non creare sospensione nella erogazione dei servizi";
- la Regione Emilia Romagna, riconoscendo la validità formale della domanda presentata entro i termini in data 08.05.2018 dalla Struttura Sanitaria per il rinnovo dell'accreditamento, ha comunicato con nota prot. n. 52362 del 25.05.2018 l'avvio del procedimento, ai sensi della Legge n. 241/1990, per il relativo riconoscimento;

b) per quanto concerne il Centro Sprint e Salute S.r.l.:

- la Struttura sanitaria ha ottenuto l'Accreditamento con DGR n. 4765 del 20/03/2020 (di superamento delle prescrizioni di cui alla determinazione n. 22196 del 29.11.2019);
- l'accreditamento concesso alla Struttura ha validità quinquennale a far data dal citato atto di accreditamento n. 22196 del 29.11.2019 (scadenza 28.11.2024).

Evidenziato che l'art. 18, comma 4, della Legge Regionale n. 22/2019 prevede che "*Nelle more*

dell'adozione dei provvedimenti di rinnovo, le strutture sanitarie che hanno presentato domanda possono continuare a svolgere le funzioni già accreditate e le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale possono mantenere e stipulare contratti con esse al fine di non creare sospensioni nell'erogazione dei servizi".

Precisato quindi che nel rispetto di quanto previsto dal sopra menzionato art. 18, comma 4, della L.R. n. 22/2019:

- **la struttura di cui alla lettera a)**, come confermato con nota mail del 30.11.2023 dai competenti uffici regionali (conservata agli atti), avendo presentato regolare domanda di rinnovo, può continuare a svolgere le funzioni già in precedenza accreditate nonché mantenere e stipulare contratti con questa Azienda Sanitaria al fine di non creare sospensioni nell'erogazione dei servizi;
- **la struttura di cui alla lettera b)**, stante la scadenza dell'accreditamento alla data del 28.11.2024, per poter continuare sino al 31.12.2024 nell'erogazione delle prestazioni sanitarie accreditate ha l'obbligo di presentare alla Regione Emilia-Romagna la propria istanza di rinnovo entro 90 giorni antecedenti alla prevista scadenza, fatto salvo, in caso di rilevata inottemperanza, il recesso anticipato dall'Accordo da parte di questa Azienda USL con decorrenza dal 29.11.2024.

Acquisita la dichiarazione relativa all'assenza di cause di esclusione di cui al D.lgs. 36/2023 (Codice dei Contratti Pubblici), prodotta dalle singole Strutture, come previsto nell'Accordo quadro sottoscritto tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private (ANISAP) per il quadriennio 2022-2025.

Ritenuto pertanto opportuno provvedere per l'anno 2024, nel rispetto degli adempimenti sopra descritti, all'approvazione degli Accordi Locali secondo i testi che si allegano (**Allegati A-B-C-D**) quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento.

Precisato, inoltre, che:

- in caso di ulteriori disposizioni normative nazionali, regionali o aziendali che dovessero nel frattempo intervenire in materia di prestazioni/tariffe/tempi di attesa, questa Azienda si riserva, con apposito provvedimento, di adeguare i contenuti del contratto;
- nel caso in cui gli sconti da applicarsi alle prestazioni oggetto del presente provvedimento dovessero subire variazioni, questa Azienda provvederà alla rideterminazione degli stessi con specifico atto.

Ribadito che, con nota prot. n. 44345 del 18/04/2024, il Direttore Generale di questa Azienda, in attesa di aggiornamento del Piano Deleghe Aziendale, ha individuato e delegato l'Ing. Nicholas Rossetti, Dirigente Responsabile dell'U.O.S.D. Gestione operativa Sale Operatorie e Responsabile Unitario dell'accesso per i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, alla stipula dei vari contratti con "Centri ambulatoriali" privati accreditati.

Acquisito il parere favorevole del Direttore dell'U.O. Amministrazione di rete ospedaliera e Territoriale (A.R.O.T.) Dott.ssa Carla Fornasari che, contestualmente all'apposizione della firma in calce alla proposta, attesta la legittimità in ordine ai contenuti e il rispetto dei requisiti formali e sostanziali del procedimento.

Vista la contabilizzazione dell'importo effettuata dall'U.O. Bilancio come previsto dalla L.R. n. 9/2018 "Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle Aziende Sanitarie e Gestione Sanitaria Accentrata".

Atteso che il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo si intenderà acquisito mediante la sottoscrizione con firma digitale apposta dai medesimi in calce al presente provvedimento;

DELIBERA

per le motivazioni e le finalità di cui in premessa che qui si intendono integralmente richiamate:

- 1) di avvalersi, relativamente all'anno 2024, nel rispetto di tutti gli adempimenti previsti, delle Strutture Sanitarie Private Accreditate che seguono:

- **Poliambulatorio Privato Centro Thuja S.r.l.,**
 - **Poliambulatorio Privato Centro Sprint e Salute S.r.l.,**
 - **Poliambulatorio Privato Fisiomed S.r.l.,**
 - **Poliambulatorio Privato Kinesis S.r.l.**
- per l'acquisizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali indicate negli schemi di Accordi Locali allegati (**Allegati A-B-C-D**), che si approvano quali parti integranti e sostanziali del presente atto, per un importo complessivo presunto pari ad € **339.900,00** (al netto del ticket e degli sconti previsti);
- 2) di prevedere il recesso anticipato dall'Accordo con il Centro Sprint e Salute S.r.l. con decorrenza dal 29.11.2024 in assenza della presentazione della domanda di rinnovo dell'accreditamento da parte della Struttura entro il termine di 90 giorni prima della scadenza dell'attuale accreditamento, come stabilito dall'art. 18, comma 1, della L.R. n. 22/2019;
 - 3) di dare atto che le tipologie delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di che trattasi fanno riferimento al Nomenclatore Tariffario della Regione Emilia-Romagna aggiornato da ultimo con DGR n. 1231 del 02.08.2021 tuttora vigente e che, in caso di ulteriori disposizioni normative nazionali, regionali o aziendali che dovessero nel frattempo intervenire in materia di prestazioni/tariffe/tempi di attesa, i contenuti del contratto saranno opportunamente adeguati con apposito provvedimento;
 - 4) di dare, altresì, atto che le Strutture, per l'anno 2024, applicheranno gli sconti sulle prestazioni specialistiche previsti negli Accordi allegati;
 - 5) di precisare che, nel caso in cui gli sconti da applicarsi alle prestazioni oggetto del presente provvedimento dovessero subire variazioni, questa Azienda provvederà alla rideterminazione degli stessi con specifico atto;
 - 6) di precisare, altresì, che l'Ing. Nicholas Rossetti, Dirigente Responsabile dell'U.O.S.D. Gestione operativa Sale Operatorie e Responsabile Unitario dell'accesso per i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, è stato all'uopo individuato e delegato alla sottoscrizione degli Accordi di cui trattasi con nota prot. n. 44345 del 18/04/2024;
 - 7) di demandare ai Servizi competenti dell'U.O. S.A.R.U. la successiva liquidazione delle fatture emesse dalle strutture sanitarie contraenti a seguito di validazione mensile delle prestazioni, secondo le procedure allegate agli schemi di Accordi parti integranti e sostanziali del presente atto;
 - 8) di contabilizzare il costo totale presunto, per l'anno 2024, secondo quanto riportato nel documento rilasciato dall'U.O. Bilancio, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Dott.ssa Carla Fornasari

Il Dirigente Proponente

Ing. Nicholas Rossetti

LA PRESENTE COPIA E' CONFORME ALL'ORIGINALE DEPOSITATO.

Elenco firme associate al file con impronta SHA1 (hex):

BB-F7-DF-BD-B4-40-B7-54-12-38-4E-B2-1D-7B-5F-16-60-80-0B-95

CADES 1 di 5 del 15/05/2024 13:48:17

Soggetto: CARLA FORNASARI

S.N. Certificato: 36420C3D

Validità certificato dal 25/07/2022 07:31:10 al 25/07/2025 07:31:10

Rilasciato da ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1, ArubaPEC S.p.A., IT

CADES 2 di 5 del 15/05/2024 19:07:38

Soggetto: ANDREA MAGNACAVALLO

S.N. Certificato: CAC38B09

Validità certificato dal 21/02/2022 08:33:31 al 21/02/2025 08:33:31

Rilasciato da ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1, ArubaPEC S.p.A., IT

CADES 3 di 5 del 16/05/2024 10:00:48

Soggetto: PAOLA BARDASI

S.N. Certificato: 4C44DCDD

Validità certificato dal 01/08/2022 12:23:02 al 01/08/2025 12:23:02

Rilasciato da ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1, ArubaPEC S.p.A., IT

CADES 4 di 5 del 15/05/2024 14:28:02

Soggetto: NICHOLAS ROSSETTI

S.N. Certificato: DBE98AF4

Validità certificato dal 02/02/2023 08:54:25 al 02/02/2026 08:54:25

Rilasciato da ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1, ArubaPEC S.p.A., IT

CADES 5 di 5 del 15/05/2024 17:49:26

Soggetto: MARCO CHIARI

S.N. Certificato: 9D4FC5AA

Validità certificato dal 27/02/2024 08:29:28 al 27/02/2027 08:29:28

Rilasciato da ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1, ArubaPEC S.p.A., IT

Allegato A

**SERVIZIO SANITARIO REGIONE EMILIA ROMAGNA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI PIACENZA
(Costituita con decreto del Presidente della Regione n. 566 del 23 Giugno 1994)**

**SCHEMA DI ACCORDO LOCALE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI PER L'ANNO 2024 FRA L'AZIENDA USL DI PIACENZA E LA STRUTTURA
SANITARIA PRIVATA ACCREDITATA POLIAMBULATORIO PRIVATO CENTRO THUJA S.R.L.**

<<<<<<<<>>>>>>>>

TRA

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza – C.F. 91002500337 - con sede legale in Piacenza, Via Antonio Anguissola n. 15, rappresentata dal Responsabile U.O.S.D. Gestione operativa Sale Operatorie e Responsabile Unitario dell'accesso per i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali Ing. Nicholas Rossetti, [REDACTED], il quale interviene al presente atto in rappresentanza e per conto del Direttore Generale Dott.ssa Paola Bardasi, giusta delega conferitagli con nota prot. n. 44345 del 18/04/2024;

E

la Struttura Sanitaria Privata Accreditata **Poliambulatorio Privato Centro Thuja S.r.l.** – C.F. e P.IVA 01061030332, con sede legale in Via Lanza n. 55 - 29122 Piacenza, legalmente rappresentata dall'Amministratrice Unica Dott.ssa Bernardi Monica, [REDACTED] i [REDACTED] c [REDACTED], residente per la carica ricoperta nella sede legale sopra indicata.

Premesso che:

- l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza ha definito il fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali per l'esercizio finanziario 2024, alla luce di quanto previsto dalla DGR 603 del 15 aprile 2019, che ha recepito il PNGLA (piano nazionale per la gestione delle liste d'attesa);
- la Struttura Sanitaria è stata autorizzata al funzionamento per l'esercizio delle attività sanitarie contrattate con autorizzazione del Comune di Piacenza n. 73 del 13/11/2006;
- la Struttura sanitaria ha ottenuto l'Accreditamento con Determina di Giunta Regione Emilia-Romagna n. 13734 del 23/12/2009 per le seguenti attività:
 - Ambulatorio per le visite di:
 - Fisiatria (Recupero e riabilitazione funzionale);
 - Ortopedia (Ortopedia e traumatologia);
 - Presidio ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione;
- con Determina di Giunta Regione Emilia-Romagna n. 16798 del 14/11/2014 il Poliambulatorio ha ottenuto l'ampliamento dell'accREDITamento per l'attività di Odontoiatria;
- la DGR n. 1311/2014 ha stabilito che tutti i provvedimenti di accREDITamento/rinnovo delle strutture pubbliche e private già rilasciati e già scaduti o in scadenza entro 24 mesi dalla data di pubblicazione della citata DGR 1311/2014 mantengono la validità fino al 31 luglio 2016;
- la DGR n. 1604/2015 ha definito che, nelle more della revisione complessiva del sistema di accREDITamento della Regione Emilia-Romagna, "tutti i provvedimenti di accREDITamento attualmente in vigore e con scadenza entro il 31 luglio 2018 sono confermati fino al 31 luglio 2018";
- la DGR n. 1943/2017 ha previsto "di confermare l'accREDITamento in essere, per le strutture sanitarie che abbiano presentato una valida domanda, nelle more dell'adozione del provvedimento di rinnovo. Tali strutture possono pertanto continuare a svolgere in regime di accREDITamento le medesime attività già accREDITate e le Aziende e gli Enti del SSR possono mantenere e stipulare contratti con esse al fine di non creare sospensione nella erogazione dei servizi";
- la Regione Emilia Romagna, riconoscendo la validità formale della domanda presentata entro i termini in

data 08.05.2018 dalla Struttura Sanitaria per il rinnovo dell'accreditamento, ha comunicato con nota prot. n. 52362 del 25.05.2018, l'avvio del procedimento, ai sensi della Legge n. 241/1990, per il relativo riconoscimento;

- l'art. 18, comma 4, della Legge Regionale n. 22/2019 prevede che "Nelle more dell'adozione dei provvedimenti di rinnovo, le strutture sanitarie che hanno presentato domanda possono continuare a svolgere le funzioni già accreditate e le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale possono mantenere e stipulare contratti con esse al fine di non creare sospensioni nell'erogazione dei servizi";
- la Struttura, con nota prot. n. 118711 del 21/11/2023, ha prodotto la dichiarazione relativa al possesso dei requisiti di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. (Codice dei Contratti Pubblici), come previsto dall'Accordo quadro sottoscritto tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private (ANISAP) per il quadriennio 2022-2025;
- con DGR n. 1775 del 23/10/2023 la RER ha adottato il "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con decorrenza dal 01.01.2024";
- con DGR n. 82 del 22/01/2024 la RER ha stabilito il differimento al 1° aprile 2024 dell'entrata in vigore del Nomenclatore Tariffario Regionale di cui alla DGR n. 1775 del 20/10/2023;
- con DGR n. 617 del 15/04/2024 la RER ha differito al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui alla DGR n. 1775 del 20/10/2023;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE :

PARTE I - (Norme economiche) –

ART. 1) - Definizione del budget -

La struttura sanitaria contraente si impegna ad erogare nel corso dell'anno 2024, in favore degli assistiti residenti nel comprensorio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza, le prestazioni specialistiche ambulatoriali alle condizioni previste dalle vigenti disposizioni regionali per branca, tipologie e volume enunciati nel presente accordo, il cui budget complessivo deve intendersi pari all'importo previsto al **punto 1.C**, fatto salvo eventuali adeguamenti che dovessero essere disposti dalla Regione stessa.

Solo previo accordo tra le parti formalizzato con apposito atto integrativo, in caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero rispetto al budget concordato, alla struttura privata potrà essere riconosciuto il corrispondente valore economico aggiuntivo.

La struttura deve impegnarsi a distribuire l'attività pattuita su tutto l'arco temporale di validità del contratto secondo il criterio di priorità clinica combinato con il criterio cronologico d'inserimento nelle liste di attesa.

1.A. TIPOLOGIA

La struttura contraente si impegna pertanto ad erogare le seguenti attività, per le quali la medesima risulta istituzionalmente accreditata:

- ❖ le prestazioni elencate ai sensi della delibera di Giunta Regionale n.1365 del 02.08.2002, per la branca di Medicina fisica e riabilitativa (*tabella A*);
- ❖ la riabilitazione del piano perineale con le modalità definite dal Nomenclatore Tariffario della Regione Emilia-Romagna aggiornato da ultimo con DGR n. 1231 del 02.08.2021:

93.11.4	RIABILITAZIONE PIANO PERINEALE Per seduta (Ciclo di 8 sedute)
---------	---

- ❖ visite fisiatriche con le modalità definite dal Nomenclatore Tariffario della Regione Emilia-Romagna aggiornato da ultimo con DGR n. 1231 del 02.08.2021;

L'Azienda si riserva di acquisire, altresì, prestazioni di disciplina diversa, comunque prevista nella determina di accreditamento della struttura, nel caso intervenissero temporanee necessità correlate al contenimento dei tempi di attesa, con le modalità che verranno definite tra le parti.

In caso di ulteriori disposizioni normative nazionali, regionali o aziendali che dovessero nel frattempo intervenire in materia di prestazioni/tariffe/tempi di attesa, l'Azienda si riserva, con apposito provvedimento, di adeguare i contenuti del contratto.

1.B. VOLUME

La Struttura Sanitaria contraente si impegna ad erogare, nel periodo di validità del presente contratto, complessivamente: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale (incluso riabilitazione del piano perineale) per le quali si fa riferimento **all'importo massimo previsto al tetto di spesa (punto 1.C)**, al netto del ticket direttamente incassato.

L'importo sarà determinato dal numero delle prestazioni erogate, tariffate secondo quanto previsto dal Nomenclatore tariffario vigente della Regione Emilia-Romagna, previa applicazione dello sconto tariffe pari al 2%: da tale importo deve essere sottratto il ticket direttamente incassato.

Si precisa che, nel caso in cui gli sconti da applicarsi alle prestazioni oggetto del presente contratto dovessero subire variazioni, l'Azienda USL provvederà alla rideterminazione degli stessi con specifico atto.

La struttura privata contraente si impegna espressamente a distribuire l'erogazione delle prestazioni nel corso dell'accordo, in modo da garantire agli utenti un servizio esteso a tutto il periodo di validità.

1.C. TETTO DI SPESA

Il limite di spesa massimo programmato per l'erogazione delle prestazioni di cui al punto 1.A. è di **€ 40.500,00** al netto del ticket direttamente incassato per il periodo di validità del presente contratto e dello sconto previsto, fatte salve eventuali nuove diverse disposizioni che dovessero essere impartite dalla Regione Emilia-Romagna.

ART. 2) - Monitoraggio, fatturazione e pagamenti -

Secondo quanto previsto dalle vigenti circolari regionali relativamente al flusso Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA), soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche.

Per le prestazioni rese la struttura sanitaria contraente, al fine di consentire un costante monitoraggio della spesa, emetterà nota di addebito mensile per l'importo corrispondente alle prestazioni oggetto del presente contratto, secondo la procedura allegata quale parte integrante del presente contratto (Allegato n. 1A), specificando l'ammontare:

- a) dell'importo lordo (previa applicazione dello sconto tariffe di cui all'art.1);
- b) dei ticket riscossi (con indicazione separata di eventuale quota ricetta per fascia di reddito);
- c) della somma netta addebitata, unendo alla stessa nota:
 - le prescrizioni dei Medici;
 - l'indicazione dei ticket riscossi direttamente.

L'Azienda USL di Piacenza, in conformità a quanto disposto dal D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231, così come modificato dal D.Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 e interpretato dall'art. 24 L. 30 ottobre 2014, n. 161, effettuerà i pagamenti per le prestazioni ambulatoriali regolarmente erogate entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura.

Sui pagamenti effettuati oltre i 60 giorni verranno applicati gli interessi di mora ex D.lgs. n. 231/2002 e ss.mm.ii. L'Azienda USL si riserva di poter effettuare in qualsiasi momento i controlli contabili, amministrativi e documentali presso gli assistiti, nonché con possibile accesso, a mezzo di propri funzionari che dovranno farsi identificare mediante esibizione di cartellino personale, presso il Poliambulatorio stipulante, onde accertare la congruità e la regolarità delle note di addebito emesse, l'appropriatezza delle prescrizioni e/o le modalità di erogazione. Per le modalità di fatturazione ed i controlli amministrativo/contabili vedasi inoltre quanto specificato nell'apposita procedura condivisa con la struttura erogante ed allegata al presente contratto (Allegato n. 1A).

ART. 3) - Fatturazione pazienti non residenti -

La Struttura privata contraente, in caso di prestazioni rese a cittadini non residenti nell'ambito dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza, dovrà attenersi alle seguenti modalità di invio delle note di addebito, al netto dello sconto:

- a) le prestazioni rese a cittadini residenti nella Regione Emilia-Romagna dovranno essere addebitate direttamente alle Aziende Unità Sanitarie Locali di rispettiva competenza territoriale;
- b) le prestazioni rese a cittadini residenti in Regioni diverse dalla Regione Emilia-Romagna saranno addebitate all'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza per la successiva compensazione per il tramite dei meccanismi di mobilità interregionale nei limiti e secondo le indicazioni regionali.

Le note di addebito anche in questo caso dovranno essere inviate secondo la procedura allegata quale parte integrante del presente contratto (Allegato n. 1A).

ART. 4) – Ticket -

Le quote ticket a carico dell'utenza saranno rimosse direttamente dalla struttura, previa osservanza delle normative disciplinanti la materia e successivamente specificate nelle note di addebito mensili come indicato al precedente art. 2.

PARTE II – (Norme Organizzative) –

Art. 5) - Modalità di accesso -

A far tempo dalla data di inizio della validità del presente contratto, gli assistiti potranno accedere direttamente alla struttura sanitaria contraente, senza necessità di preventiva autorizzazione da parte dell'Azienda Unità Sanitaria Locale nel rispetto:

- ✓ dei limiti di spesa di cui al punto 1.C.;
- ✓ della normativa vigente in materia e nell'ambito delle prestazioni oggetto del presente contratto;
- ✓ delle modalità e/o procedure operative preventivamente concordate con l'Azienda USL;
- ✓ del rispetto dei criteri di appropriatezza previsti dalla DGR n. 1365/2002 (Allegato n. 2A).

Le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione potranno essere prescritte su ricetta SSN o direttamente da specialista fisiatra o da MMG: in entrambe le situazioni la prescrizione deve essere corredata da un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) definito dal fisiatra (secondo lo schema di cui all'Allegato n. 3A).

Le prestazioni di riabilitazione del piano perineale potranno essere effettuate unicamente per pazienti inviati dalla U.O.C. Unità Spinale, Neuroriabilitazione e Medicina Riabilitativa Intensiva secondo logica di Rete Aziendale e secondo le linee guida che saranno emanate dall'AUSL.

Per le visite fisiatriche è previsto accesso attraverso prenotazione CUP. Limitatamente alle prestazioni di visita fisiatrica richieste dall'INAIL è consentito l'accesso in autogestione.

È fatto obbligo alla struttura di adottare tutte le misure e le procedure necessarie per la gestione in sicurezza dell'attività nel rispetto della normativa anti-Covid.

Art. 6) – Controlli -

Con la firma del presente contratto la Struttura Privata contraente accetta che l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza attivi ed esegua, in qualunque momento, controlli e/o ispezioni atti a verificare sia l'appropriatezza delle prestazioni rese, sia la congruenza tra prescrizioni, prestazioni mediche e relative tariffe.

Sulle prestazioni erogate saranno, inoltre, effettuate verifiche relativamente a prestazioni incompatibili secondo le indicazioni del nomenclatore tariffario vigente.

Il Poliambulatorio stipulante assicura agli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale il medesimo livello qualitativo delle prestazioni rese ai cittadini paganti in proprio.

Art. 7) - Debito informativo -

La Struttura si impegna a rendicontare l'attività erogata secondo le specifiche del flusso informativo regionale ASA.

Si precisa che la struttura accreditata risulta essere la sola titolare e responsabile del contenuto del flusso ASA in ordine alla completezza e agli eventuali scarti.

Art. 8) - Adesione alla rete SOLE e integrazioni di applicativi -

Come prefigurato dall'accordo quadro 2022-2025 stipulato tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private (ANISAP) in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, tutte le strutture private accreditate si impegnano ad aderire alla rete SOLE, a garantire la gestione della ricetta dematerializzata, dal recupero alla chiusura secondo le regole previste dal flusso ministeriale, in conformità alla DGR 748/11 "Linee Guida sistema CUP" e alle indicazioni aziendali sulla gestione dell'attività ambulatoriale erogata ed infine per garantire l'invio dei referti al Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente.

Art. 9) - Incompatibilità -

La Struttura privata contraente si dichiara consapevole che è vietato alle strutture private accreditate avere nel proprio organico, in qualità di consulente o di prestatore d'opera, personale medico e non in posizione di

incompatibilità. Il principio dell'incompatibilità deve intendersi riferito all'attività professionale sanitaria e non, a qualsiasi titolo espletata presso la struttura accreditata da personale dipendente dal SSN, personale convenzionato e personale universitario integrato, ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio.

Anche ai fini del presente articolo l'Azienda si riserva, inoltre, la facoltà e la Struttura Sanitaria contraente l'accetta, di effettuare ispezioni senza preavviso a mezzo di propri funzionari che dovranno farsi identificare mediante esibizione di cartellino personale. L'eventuale riscontrata esistenza di situazioni di incompatibilità è motivo di risoluzione immediata del presente contratto.

PARTE III – (Norme tecniche e finali) –

Art. 10) - Accreditamento -

La valenza del presente contratto è subordinata al mantenimento dei requisiti dell'Accreditamento.

Art. 11) – Protezione dei dati personali -

Le parti si impegnano ad osservare le disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e Dlgs 196/2003 così come modificato dal Dlgs. 101/2018).

Le parti convengono che l'Azienda USL di Piacenza, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali dei pazienti, provvederà, con atto separato, alla nomina del Poliambulatorio Privato Centro Thuja S.r.l. a Responsabile del trattamento dei dati personali, così come previsto dall'art. 28 del regolamento UE 2016/679.

Art. 12) - Validità dell'Accordo -

Il presente accordo ha validità ed efficacia dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024, con conseguente ratifica dell'eventuale periodo intercorrente tra il 1° gennaio e la data della stipula effettiva dell'atto.

L'accordo potrà altresì essere "in toto" o in parte risolto o modificato rispetto alle tipologie di prestazioni convenzionate anche prima della data di scadenza, nel caso in cui l'entrata in funzione di nuove strutture aziendali e/o il potenziamento di quelle esistenti aumentasse l'offerta in misura tale da corrispondere al livello della domanda. In tal caso l'Azienda USL darà comunicazione scritta a mezzo PEC, con preavviso di 30 giorni, senza che la parte contraente possa vantare alcuna pretesa a qualsivoglia titolo.

Alla scadenza, qualora permanga per entrambe le parti l'espressa volontà di dare prosecuzione all'accordo alle medesime condizioni in essere, questa Azienda, previa acquisizione dell'assenso alla prosecuzione, procederà alla proroga con atto deliberativo.

Le spese contrattuali relative al presente atto sono a carico della struttura sanitaria contraente.

Art. 13) - Foro competente -

In caso di controversia tra le parti rientrante nella giurisdizione del Giudice Ordinario, è competente a decidere in via esclusiva il Foro di Piacenza.

Si allegano, quali parti integranti e sostanziali: **tabella A; Allegato n. 1A, Allegato n. 2A; Allegato n. 3A (schema PRI).**

Previa lettura, il contratto viene confermato e sottoscritto dalle parti.

Per delega del Direttore Generale
Azienda USL di Piacenza
Ing. Nicholas Rossetti

L'Amministratrice Unica del
Poliambulatorio Privato Centro Thuja s.r.l.
Dott.ssa Monica Bernardi

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del Testo Unico D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e norme collegate, il quale sostituisce il testo cartaceo e la firma autografa.

(Atto soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi del D.P.R. 26.04.1986 n.131 Art.5)

TABELLA A - Elenco prestazioni medicina fisica e riabilitazione (DGR 1365/2002)

codice nomenclatore	prestazione	tariffa
93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	12
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	10
93.11.3	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	9
93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	7
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO Per seduta di 30 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	5
93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE Manipolazione della colonna vertebrale per seduta Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	15
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	9
93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	12
93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	4
93.19.1	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta individuale di 60 minuti (Ciclo di dieci sedute)	11
93.19.2	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta collettiva di 60 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	5
93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	11
93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI	8
93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA Per seduta	1,8
93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO Per seduta (30 minuti ciascuna)	8,5
93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DELLA MANO O DEL VISO Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	2,55
93.39.7	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	2,55

Allegato n. 1A – PARTE INTEGRANTE DELL'ACCORDO**A CARICO DELLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA****PRESTAZIONI EROGATE AD ASSISTITI AUSL DI PIACENZA e FUORI REGIONE**

Secondo quanto previsto dalle vigenti circolari regionali relativamente al flusso ASA, soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche. Il tracciato record costituisce l'unico modello di rilevazione valido come base di riferimento per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse: pertanto, la liquidazione delle fatture avverrà secondo un nuovo schema che farà riferimento alle prestazioni validate mensilmente dal suddetto flusso regionale (ASA).

MODALITA' DI FATTURAZIONE

A partire dal 1 Gennaio 2022 è obbligatorio riportare nella fattura la tripletta, necessaria al fine della liquidazione della medesima e composta dalle seguenti voci:

- ID identificativo dell'ordine nel campo 2.1.2.2 <IdDocumento>
- La data di emissione dell'ordine nel campo 2.1.2.3 <Data>
- Identificativo del soggetto che ha emesso l'ordine nel campo 2.1.2.5 <CodiceCommessaConvenzione> preceduto e seguito dal carattere “ # ” senza interposizione di spazi. L'endpoint della scrivente Azienda è #UFR51Q#
- Codice CIG (codice identificativo di gara).

Entro il 20° giorno (se festivo, il primo giorno utile feriale) del mese successivo al periodo di riferimento delle prestazioni da fatturare, l'Azienda USL invierà alla Struttura Privata Accreditata, a mezzo PEC (Posta elettronica Certificata), il file delle prestazioni validate dalla Regione ER relativamente al mese precedente, distinguendo le prestazioni erogate a pazienti assistiti dalla AUSL di Piacenza da quelli assistiti da altre AUSL fuori regione. Verrà inoltre trasmesso il file degli eventuali scarti e le relative motivazioni che ne hanno causato l'esclusione.

Nel rispetto della normativa vigente in materia di fatturazione, verranno inviati unitamente agli elenchi del flusso ASA i seguenti documenti:

- un prospetto “Riepilogo” riportante il totale di tutte le prestazioni validate e valorizzate sia al lordo che al netto degli sconti applicati ordinati per tipologia nonché i ticket eventualmente incassati. Risulterà pertanto un riepilogo dettagliato che renderà chiari i conteggi effettuati;
- un “Ordine”, il cui numero dovrà essere **obbligatoriamente** riportato in apposito campo previsto dalla fattura elettronica unitamente all'indicazione del mese di competenza che troverete nella sezione evidenziata qui sotto:



ORDINATIVO D'ACQUISTO		
Numero	Data	Pagina
80-DSP19-8	01/01/2019	1 di 1

Questo Ordine costituirà il documento di sintesi da utilizzare per l'emissione della fattura all'Azienda USL, documento che dovrà pertanto riportare solo il totale netto finale per tipologia di conto con l'eventuale indicazione della sola quota fissa riscossa.

CONTO	RIFERIMENTI CONTABILI
Conto sistema affr. privati RER e residenti	Conto: C/CDSP1515 SPECIALISTICA RESIDENTI
9900000000	Prog spesa: 4182015 Aut. del:

- Le fatture dovranno essere emesse distinte per Residenti, Fuori Regione e Stranieri. Per quanto riguarda la fattura dei pazienti stranieri, nel caso di piccoli quantitativi di prestazioni, è possibile emettere un unico documento trimestrale riportando i vari numeri d'ordine.
- Le eventuali prestazioni non inserite nell'ordine, ma per le quali si ritenga di aver titolo alla liquidazione, dovranno essere fatturate separatamente e saranno oggetto di ulteriori controlli/approfondimenti.

Se dovessero essere rilevate da parte della Struttura Accreditata eventuali incongruenze/inesattezze nella documentazione ricevuta, è possibile, prima di emettere le fatture correlate, comunicare tempestivamente all'Azienda le anomalie per le eventuali correzioni del caso che permetteranno di modificare l'ordine e velocizzare le relative liquidazioni.

La Struttura Privata Accreditata, a seguito della ricezione dell'ordine, dovrà pertanto fatturare solo ed esclusivamente le prestazioni inserite nel validato regionale (Flusso ASA) trasmesso dall'Azienda, affinché l'AUSL effettui un tempestivo e puntuale controllo e proceda con la liquidazione della fattura di competenza del mese di riferimento.

Le prestazioni scartate dal flusso validato mensilmente potranno, una volta che la Struttura erogante ha verificato e sistemato i problemi scartanti, essere recuperate nel flusso ASA con il 13° invio (mese di marzo dell'anno successivo a quello a cui si riferiscono le prestazioni). In tal caso la struttura dovrà fatturare a conguaglio le prestazioni recuperate, entro il mese di ricevimento del flusso ASA validato per il 13° invio (marzo dell'anno successivo quello di erogazione delle prestazioni) e inviare le fatture sempre corredate dalla documentazione (ricetta, eventuale ticket riscosso).

Qualora le fatture emesse dalla Struttura Privata Accreditata contengano errori, l'AUSL effettuerà le opportune contestazioni mediante comunicazione formale delle incongruenze, corredando la richiesta di nota di credito/debito di un elenco dettagliato degli errori rilevati. La contestazione potrà riguardare anche eventuali sforamenti di budget. A fronte delle suddette contestazioni, la struttura dovrà emettere relativa nota di credito/debito indicando la/le fattura/e cui la nota di credito si riferisce.

ASSISTITI NON RESIDENTI IN REGIONE Emilia Romagna

Rimangono invariati gli obblighi della struttura convenzionata per quanto riguarda le modalità di fatturazione e trasmissione del materiale a supporto dei controlli precisate per le prestazioni erogate agli assistiti non della nostra AUSL e che dovranno essere consegnate e fatturate separatamente.

E' altresì necessario che tutte le prestazioni erogate dalla Struttura Privata Accreditata siano validate e pertanto presenti sia sul flusso ASA della Regione ER che sul Programma Agenda-Med's Office fornito dall'Azienda USL e rendicontate a parte come da procedura.

Requisiti materiale integrativo della fatturazione

La STRUTTURA CONVENZIONATA deve consegnare all'ufficio AUSL preposto ai controlli, contestualmente alla registrazione sul portale della fattura, per ogni fattura inviata al Bilancio, la seguente documentazione così predisposta:

- copia della fattura registrata;
- Ricette in originale;
- Copia delle ricevute per i Ticket eventualmente riscossi allegati alle singole ricette;
- Elenco dettagliato per branca specialistica delle prestazioni erogate con l'indicazione dei nominativi nonché del valore prestazione e del ticket eventualmente riscosso (l'elenco può essere o per data di esecuzione o in ordine alfabetico) che deve essere allegato ad una copia della fattura trasmessa al fine di collegarla direttamente alle prestazioni contabilizzate;
- riassunto numerico delle prestazioni per tipologia e branca distinguendole tra esenti e non esenti.

La consegna del materiale a supporto dei controlli dovrà avvenire previo appuntamento. Verranno apposti il timbro e la data di arrivo su un modulo specifico che il delegato della struttura convenzionata sottoscriverà per avvenuta consegna di tutto il materiale succitato.

Eventuali ritardi nella consegna della documentazione rispetto alla data di fatturazione nonché consegna di materiale non coerente o anche solo in parte mancante, rispetto a quanto sopra precisato, causeranno la sospensione della data di decorrenza dei termini ai fini del pagamento della fattura.

Allegato n. 2A

Prot. n. (BAS/02/30349)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamata la propria precedente deliberazione n. 295 del 25.2.2002 avente ad oggetto: "Recepimento del DPCM 29 novembre 2001 definizione dei livelli essenziali di assistenza", ratificato da Consiglio regionale con atto n. 349 del 27.3.2002, con cui, tra l'altro al punto 5 del dispositivo si era rinviato ad un successivo provvedimento "l'individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni previste dall'allegato 2B e 2C al DPCM"

Dato atto che nel frattempo il competente Assessorato alla Sanità ha provveduto a porre in essere una serie di approfondimenti destinati a chiarire la portata delle limitazioni riguardanti le tipologie di prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM sopracitato, acquisendo gli elementi necessari per individuare le condizioni cliniche ed i criteri cui subordinare l'erogazione delle prestazioni stesse e che tali elementi hanno formato oggetto di confronto con le categorie professionali interessate e con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale e che la loro applicabilità è stata verificata con le aziende sanitarie della regione;

Valutato che nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, già in passato erano state impartite istruzioni dal competente Assessorato alla Sanità, espressamente richiamate negli allegati al presente provvedimento, circa la erogabilità, secondo criteri di appropriatezza, di ciascuna tipologia di prestazioni di cui all'allegato 2B e che in particolare per l'assistenza odontoiatrica, con deliberazione n. 309/2000, si erano individuate 5 diverse priorità di erogazione della stessa;

Valutato necessario, stante la complessità della tipologia di assistenza, acquisire più precisi elementi informativi relativi alle effettive possibilità di accesso alle prestazioni di assistenza odontoiatrica, che risultano disomogenee in ambito regionale, nonché ulteriori approfondimenti tecnici relativi alle condizioni sanitarie che possono determinare priorità di accesso alle prestazioni;

Considerato inoltre che a livello nazionale sono previste indicazioni specifiche in merito alle condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria che caratterizzano i soggetti in condizioni di "particolare vulnerabilità" tali da garantire tale livello di assistenza odontoiatrica;

Valutato pertanto opportuno, in attesa degli approfondimenti regionali e nazionali sopra indicati, mantenere per l'assistenza odontoiatrica le attuali modalità di erogazione e le priorità a suo tempo individuate;

Ritenuto di meglio puntualizzare le condizioni ed i criteri cui subordinare l'erogazione delle altre 3 tipologie di prestazioni di cui all'allegato 2B (densitometria ossea, medicina fisica e riabilitativa, chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri), come risulta dalle schede allegate al presente provvedimento, quali sua parte sostanziale ed integrante;

Considerato che l'attuazione di tali indicazioni è finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza d'uso delle tre tipologie di prestazioni e al contenimento dei tempi di attesa;

Valutato opportuno far riserva di procedere ad eventuali integrazioni, anche sulla base dell'esperienza nel frattempo acquisita e delle eventuali risultanze degli approfondimenti che saranno formulati a livello nazionale;

Stabilito di dare decorrenza all'applicazione delle modalità di erogazione relative a ciascuna delle 3 tipologie di prestazioni di cui alle schede allegate, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione, fatta salva l'erogazione delle prestazioni già prenotate secondo le modalità vigenti all'atto della prenotazione stessa;

Rilevato inoltre che:

- le indicazioni contenute nell'allegato 2C del DPCM su criteri e modalità per contenere l'erogazione di prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse si pongono in sostanziale continuità con il percorso già avviato in questa regione in tema di appropriatezza dei ricoveri;

- la maggior parte dei DRG elencati in tale allegato e già stata infatti oggetto di specifiche azioni finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa da parte delle Aziende, a partire dal 1999, sia attraverso l'individuazione dei 27 DRG oggetto dell'accordo con i MMG per i quali si sono realizzati importanti riduzioni del numero dei casi trattati in regime di ricovero ordinario, anche in relazione a disposizioni tariffarie specifiche, sia attraverso l'individuazione dell'attività chirurgica elettiva trasferibile in DH;
- anche relativamente alle attività di controllo, le indicazioni fornite alle Aziende a partire dall'anno 1999 indicano un elenco di DRG a rischio di inappropriatazza che comprende tutti i 43 DRG riportati nell'allegato 2C stesso;

Preso atto che saranno adottati successivamente ulteriori e specifici provvedimenti finalizzati a ridurre i margini di inappropriatazza, in particolare per la casistica medica con la riduzione di ricoveri ordinari ed in Day-Hospital e, per quella chirurgica con il trasferimento di parte dell'attività verso il regime diurno ed ambulatoriale; che è altresì previsto un trasferimento a livello ambulatoriale di alcune attività chirurgiche quali cataratta e tunnel carpale, per le quali si sta provvedendo all'inserimento nel Nomenclatore tariffario ambulatoriale della corrispondente tariffa.

Dato atto, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/01 e della delibera di Giunta regionale n. 2774 del 10 dicembre 2001:

del parere favorevole espresso dal Responsabile del Servizio Assistenza Distrettuale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Dott.ssa Maria Lazzarato, in merito alla regolarità tecnica della presente deliberazione;

del parere favorevole espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, Dottor Franco Rossi, in merito alla legittimità della presente deliberazione;

Sentita la Commissione Consigliare Sicurezza sociale che ha espresso parere favorevole nella seduta del 25 luglio 2002;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità

A voti unanimi e palesi

d e l i b e r a

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. In attesa degli approfondimenti regionali in atto relativi alla ricognizione degli attuali livelli di accesso e alle condizioni cliniche che richiedono una priorità di intervento, nonché delle previste indicazioni nazionali che definiscano le condizioni di particolare vulnerabilità, l'assistenza odontoiatrica continua ad essere erogata secondo le modalità in atto, tenendo conto delle priorità stabilite con deliberazione n. 309/2000;
2. L'erogazione delle rimanenti tre tipologie di prestazioni previste dall'allegato 2B del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", è disciplinata secondo quanto indicato nelle schede che fanno parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. La decorrenza delle modalità di erogazione di cui al precedente punto 2., fatta salva l'erogazione delle prestazioni già prenotate secondo le modalità vigenti all'atto della prenotazione stessa, è stabilita a far tempo dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione;
4. Il presente provvedimento dovrà essere pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

- - - - -

Allegato 2B

Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche cliniche di seguito indicate:

- | | |
|---|---------|
| 1. Densitometria ossea | pag. 6 |
| 2. Medicina fisica e riabilitativa | pag. 9 |
| Tabella che riporta "presupposti
e specifiche modalità di erogazione | pag. 12 |
| 3. Chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri | pag. 18 |

1) DENSITOMETRIA OSSEA (MOC)

Fonti normative

Il D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" include la densitometria ossea tra le prestazioni parzialmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza, nel senso che tale esame diagnostico vada erogato solo in presenza delle condizioni per le quali vi siano "evidenze di efficacia clinica".

La Regione in presenza di un non sempre motivato incremento del volume delle prestazioni richieste, anche alla luce delle risultanze di gruppo pluridisciplinare di esperti che ha posto alla base del proprio lavoro un'analisi comparata delle linee guida e dei rapporti di technology assessment disponibili a livello internazionale sull'uso appropriato della Densitometria Ossea, ha dato indicazioni in ordine alla individuazione delle condizioni cliniche e delle priorità di accesso alla MOC con circolare n. 21 del 31/10/2001 "Controllo dei tempi di attesa per le prestazioni di densitometria ossea".

L'entrata in vigore del DPCM 29 /11/2001 rende necessario intervenire su tale regolamentazione puntualizzando una serie di aspetti al fine di individuare le condizioni che presentano le "evidenze di efficacia clinica" alla cui presenza la norma subordina il diritto alla prestazione, ferme restando le altre indicazioni generali contenute nella citata circolare n. 21, e relativo allegato;

In via preliminare, va precisato che:

- La Densitometria Ossea non è raccomandata come screening universale di popolazione, in particolare in donne in peri- menopausa. Non è infatti documentata l'efficacia di controlli a periodicità regolare e su chiamata attiva, rivolti a donne "sane"
- La Densitometria Ossea è da effettuarsi solo quando il risultato dell'esame può modificare i successivi comportamenti assistenziali e/o la qualità di vita del paziente.

CATEGORIE DEGLI AVENTI DIRITTO: INDICAZIONI CLINICHE PER L'EROGAZIONE DELLA DENSITOMETRIA OSSEA

La Densitometria Ossea è l'esame strumentale più utile per la misurazione della massa ossea, ma la diagnosi di osteoporosi è soltanto uno dei fattori che devono essere presi in considerazione per definire il rischio di frattura e per decidere se istituire un trattamento farmacologico.

Le categorie di pazienti che presentano fattori di rischio per la riduzione della massa ossea, per le quali sono presenti le "evidenze di efficacia clinica" per l'effettuazione dell'esame sono:

1. Donne e uomini con sospetta osteoporosi secondaria derivanti da patologie quali:

- morbo di Cushing,
- malassorbimenti intestinali (celiachia),
- malattie infiammatorie intestinali (M. di Crohn),
- ipogonadismo primitivo,
- ipertiroidismo e iperparatiroidismo primitivo,
- epatopatie colestatiche,
- insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica, nefropatie croniche,
- soggetti sottoposti a trapianto.

2. Soggetti che iniziano terapie prolungate (> 6 mesi) con:

- corticosteroidi sistemici (>5mg/die di prednisone-equivalenti),
- tiroxina (ad alte dosi soppressive),
- antiepilettici (fenitoina, fenobarbital),
- farmaci antiretrovirali,
- farmaci che inducono ipogonadismo,
- eparina.

3. Donne in condizioni ginecologiche suggestive di carenza estrogenica:

- amenorrea primaria non trattata,
- ovariectomia bilaterale precoce,
- amenorrea secondaria di durata oltre 2 aa.,
- menopausa precoce (< 45 anni).

4. Donne in menopausa da almeno sei mesi, con fattori di rischio accertati, per le quali l'esecuzione dell'esame è a supporto della decisione terapeutica verso una terapia ormonale sostitutiva o altro trattamento per l'osteoporosi di lunga durata.

I fattori di rischio considerati sono quelli legati all'anamnesi familiare, agli stili di vita e all'assunzione cronica di farmaci:

- a) *Nutrizione*: inadeguata assunzione di Calcio e vitamina D; peso corporeo estremamente basso (ovvero Indice di Massa Corporea $<19 \text{ kg/m}^2$),
- b) *Stili di Vita riferiti* a scarso esercizio fisico o immobilità prolungata; fumo ($> 20 \text{ sig/die}$); abuso di alcool (etilismo),
- c) *Assunzione di Farmaci*: vedi quelli indicati al precedente punto

5. **Soggetti con evidenza radiologica di osteoporosi** o con storia di pregresse fratture di tipo osteoporotico.

MODALITA' DI EROGAZIONE

Tenuto conto delle condizioni cliniche presentate, le categorie di pazienti prima individuate hanno diritto a ricevere la prestazione di densitometria ossea con oneri a carico del S.S.R. tranne, se dovuto, il pagamento del ticket, entro il limite temporale indicato per la generalità degli esami diagnostici (60 giorni).

Tenuto conto che le variazioni della massa ossea si verificano in un intervallo di tempo elevato, in quanto il metabolismo naturale dell'osso necessita di tempi lunghi per poter registrare cambiamenti rilevanti ai fini diagnostici, si stabilisce che le densitometrie ossee di controllo successive al primo esame sono erogabili a carico del S.S.R. solo se eseguite con scansione temporale non inferiore ai 24 mesi.

2) MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA AMBULATORIALE

Fonti normative

Il D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" include le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale tra quelle che l'allegato 2B definisce quali prestazioni parzialmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza, nel senso che le stesse sono erogabili solo in presenza di particolari condizioni cliniche.

Il medesimo provvedimento, all'allegato 2A, lettera f), elenca, nell'ambito della medicina fisica e riabilitativa, le prestazioni totalmente escluse dai LEA, recepite con la deliberazione regionale n. 295 del 25 febbraio 2002.

In ambito regionale l'assistenza ambulatoriale di medicina fisica e riabilitativa ha trovato finora la sua regolamentazione nella direttiva emanata con circolare n. 24 del 22/7/1997 che, in sede di individuazione di priorità nell'erogazione delle prestazioni, le suddivideva in 3 classi di erogabilità.

Il DPCM 29 /11/2001, per l'allegato 2B, conferma le opzioni già espresse dalla citata circolare, rendendo comunque necessaria una serie di puntualizzazioni, concernenti le condizioni cliniche ed i presupposti organizzativi cui subordinare la loro erogazione.

PROGRAMMA RIABILITATIVO E PRESA IN CARICO

L'individuazione di specifiche indicazioni cliniche per alcune prestazioni riabilitative e di terapia fisica è finalizzato a favorire modalità di accesso legate ad una valutazione preventiva del problema presentato dal paziente, necessaria per impostare il percorso terapeutico più idoneo.

Presupposto per l'accesso alle prestazioni terapeutiche diventa quindi la presa in carico, che comporta la valutazione del grado di disabilità o di ridotta funzionalità neuromotoria della persona e che normalmente si concretizza nella formulazione di un programma

riabilitativo, eventualmente inserito in un progetto riabilitativo individuale.

In questo contesto la valutazione che determina il programma riabilitativo deve essere riferita a criteri di tempestività, di continuità e di appropriatezza:

- rispetto dei tempi necessari per l'avvio del percorso terapeutico, in funzione del tipo di bisogno e delle fasi biologiche del recupero,
- coerente successione ed integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting in funzione delle fasi del processo morboso,
- priorità della presa in carico connessa alla tipologia di menomazione e disabilità, con riferimento anche alla loro modificabilità con l'intervento riabilitativo.

La presenza di un programma riabilitativo, visto eventualmente come parte di un progetto riabilitativo individuale, consente di orientare il progetto stesso al raggiungimento di obiettivi predefiniti e misurabili, secondo il criterio di presa in carico omnicomprensiva, prevedendo cadenza e modalità di verifica dell'efficacia dell'intervento stesso.

CRITERI DI ACCESSO E MODALITA' DI EROGAZIONE

La tabella allegata riporta le prestazioni terapeutiche di medicina fisica e riabilitativa incluse nei LEA, suddivise in 3 gruppi: "recupero e rieducazione funzionale", "terapia fisica", "altre", includendo sotto quest'ultima dizione quelle non attribuibili alle due precedenti categorie.

Per ciascuna prestazione l'allegato, con riferimento a quanto previsto dal DPCM, provvede ad evidenziare le specifiche modalità di erogazione (durata minima della prestazione, non associabilità tra prestazioni, cadenza temporale cui subordinare la ripetizione della prestazione), i presupposti clinici cui subordinare l'erogazione (quadri patologici definiti, età dell'assistito) e caratteristiche erogative e/o documentali della prestazione.

Si ribadisce l'esclusione dai LEA di tutte le prestazioni indicate al punto f) dell'allegato 2A, in quanto è stata evidenziata in sede tecnica la non appropriatezza di tali prestazioni quando erogate singolarmente.

Allegata di seguito: Tabella che riporta, per le prestazioni individuate, i presupposti e le specifiche modalità di erogazione.

Tabella: Presupposti e specifiche modalità di erogazione per le prestazioni terapeutiche di Medicina fisica e Riabilitazione erogabili solo secondo specifiche condizioni cliniche

CODICI	Descrizione nomenclatore	SPECIFICHE MODALITA' DI EROGAZIONE	PRESUPPOSTI
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE			
93.11.1	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave strumentale complessa) Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato Si codifica la "rieducazione complessiva" e non la rieducazione di singoli distretti o segmenti come prestazioni singole. Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave (semplice) e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa e semplice)	Per pazienti con lesioni complesse del sistema nervoso centrale, periferico e politraumatizzati
93.11.2	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave semplice) Incluso Biofeedback Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato Si codifica la "rieducazione complessiva" e non la rieducazione di singoli distretti come prestazioni singole Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave (strumentale complessa) e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa e semplice)	Solo esercizio terapeutico per pazienti con lesioni complesse del sistema nerv. centrale o periferico e politraumatizzati
93.11.3	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa) Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato es.: esercizio "isocinetico", pedana stabilometrica, ecc. Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (semplice)	
93.11.4	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (semplice) incluso Biofeedback Per seduta di 30 min. (ciclo	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato ; solo esercizio terapeutico	

	di 10 sedute)	Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa)	
93.11.5	Rieducazione motoria in gruppo (Per seduta di 30 min., max 5 paz. (ciclo di 10 sedute)	Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato; compresa "scuola schiena".	Solo per pazienti di età superiore ai 18 anni Prestazione non ripetibile per il medesimo problema clinico
93.15	Mobilizzazioni della colonna vertebrale Manipolazioni della colonna vertebrale per seduta Escluso = manipolazione di articolazione temporo mandibolare	Da intendersi come manipolazione vertebrale "manu medica" per un numero di sedute non superiore a 5	Per episodio rachialgico acuto Non ripetibile prima di 6 mesi
93.16	Mobilizzazione di altre articolazioni Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolaz. Escluso = manipolazione di articolazione tempo mandibolare	Per un numero di sedute non superiore a 5	
93.19.1	Esercizi posturali-propriocettivi Per seduta individuale di 60 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Non associabile a: Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale, a Esercizi Respiratori (individuale)	
93.19.2	Esercizi posturali-propriocettivi Per seduta collettiva di 60 min., max. 5 pazienti (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Non associabile al 93.11.5 e 93.18.2	Per soggetti di età superiore ai 18 anni -
93.22	Training deambulatori e del passo Incluso addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausilii e/o istruzione dei familiari - Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti per seduta di 30 min. (max 5 sedute) con formalizzazione del piano di addestramento	Solo addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausilii indispensabili per la

93.26	Risoluzione manuale di aderenze cicatriziali peri-articolari	Durata minima della prestazione: 30 minuti	deambulazione e/o istruzione dei familiari - Scollamento cicatriziale finalizzato al recupero articolare
TERAPIA FISICA			
93.35.2	Irradiazione infrarossa Per seduta	Durata minima della prestazione: 15 minuti	
93.35.3	Paraffinoterapia Bagno paraffinico per seduta (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 20 minuti	Solo per trattamento di esiti di trauma recente (max 6 mesi) alla mano e piede Per un massimo di 10 sedute
93.39.2	Massoterapia per drenaggio linfatico Per seduta (30 min. ciascuna)	Durata minima della prestazione: 30 minuti	Solo in caso di linfedema entro 6 mesi dall'insorgenza: escluso linfedema da insufficienza venosa primitiva e linfedema cronico non responsivo
93.39.6	Elettroterapia di muscoli normo o denervati della mano o del viso per seduta (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 20 minuti	Per patologie post-traumatiche o paralisi periferiche recenti (entro 6 mesi), limitatamente alla mano.
93.39.7	Elettroterapia di muscoli	Durata minima della prestazione: 20	Per patologie

	normo o denervati di altri distretti Per seduta (ciclo di 10 sedute)	minuti	post-traumatiche o paralisi periferiche recenti (entro 6 mesi)
93.39.8	Magnetoterapia Per seduta (ciclo di 10 sedute)		Limitatamente ai ritardi di consolidazione; per tempi di trattamento, non inferiore alle 6 ore giornaliere per un periodo da 30 a 60 gg.
ALTRE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE			
93.18.1	Esercizi respiratori Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale, a Esercizi posturali- propriocettivi	Prescrivibile per specifica patologia respiratoria.
93.18.2	Esercizi Respiratori	Durata minima della prestazione: 60 minuti Non associabile a: Rieducazione motoria in gruppo e a Esercizi posturali- propriocettivi	Prescrivibile per specifica patologia respiratoria.
93.71.1	Training per dislessia Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti	
93.71.2	Training per dislessia Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti	
93.71.3	Training per discalculia Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti	
93.71.4	Training per discalculia Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti	
93.72.1	Training per disfasia Per seduta individuale (ciclo di	Durata minima della prestazione: 30 minuti	

	10 sedute)	Comprende anche: training per afasia, disartria e rieducazione della deglutizione
93.72.2	Training per disfasia Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Comprende anche: training per afasia, disartria Max 5 pazienti
93.83	Terapia occupazionale Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training di attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Comprende addestramento familiari, per trasferimenti, utilizzo ausilii per ADL e controllo ambientale eventuale costruzione ausilii semplici
93.83.1	Terapia occupazionale Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti comprende addestramento familiari, x trasferimenti, utilizzo ausilii per ADL e controllo ambientale eventuale costruzione ausilii semplici
93.89.2	Training per disturbi cognitivi Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta Individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti
93.89.3	Training per disturbi cognitivi Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti
<p>NOTA: non associabile = non eseguibile contemporaneamente durante il tempo dedicato alla/e altra/e prestazione/i;</p>		

- Per le restanti prestazioni della branca specialistica Medicina fisica e riabilitazione (prestazioni diagnostiche e le seguenti prestazioni terapeutiche: Training prenatale, Riabilitazione del cieco , Training condizionamento audiometrico infantile) presenti nel

nomenclatore tariffario regionale, non sono previste al momento indicazioni specifiche, in quanto minore è il rischio di inappropriatazza.

3) CHIRURGIA REFRAATTIVA CON LASER AD ECCIMERI

Fonti normative

Il D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" include la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri tra le prestazioni parzialmente escluse dai LEA, in quanto erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali.

Attualmente in ambito regionale l'assistenza di cui si tratta trova la sua regolamentazione nella deliberazione regionale n. 593/2000 "Aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale". In sede di aggiornamento del nomenclatore, infatti, si è tra l'altro provveduto, relativamente alla correzione dei vizi di refrazione, a ridefinire la prestazione già presente e ad inserire una nuova voce, come sotto riportato:

1. "CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE" (codice 11.99.2), con laser ad eccimeri (PRK) con tecnica di ablazione standard o superficiale;
2. "CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE" (codice 119904) con laser ad eccimeri con tecnica LASIK o lamellare che richiede l'utilizzo, oltre che del laser ad eccimeri, anche del microcheratomo e di lamelle;

Nella deliberazione sono state inoltre definite le indicazioni e le condizioni di erogabilità delle due prestazioni, precisando già in quella sede che la correzione dei vizi di refrazione per motivi estetici non può essere ricompresa tra le prestazioni erogabili dal Servizio sanitario regionale.

CATEGORIE DEGLI AVENTI DIRITTO: INDICAZIONI CLINICHE PER L'EROGAZIONE DELLA CHIRURGIA REFRAATTIVA CON LASER AD ECCIMERI

Con il presente provvedimento vengono ribadite le indicazioni già fornite con la delibera 593/2000 tenuto conto che la chirurgia refrattiva, effettuata sia con tecnica PRK che con tecnica LASIK, rappresenta una tecnica irreversibile, associata ad un certo rischio di complicanze, ed è effettuata nella maggioranza dei casi per motivi

estetici per evitare l'utilizzo degli occhiali o di lenti a contatto. Se eseguite per motivi estetici queste prestazioni non possono essere ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e non sono quindi erogabili dal Servizio sanitario regionale.

Hanno invece diritto a fruire di questa tipologia di prestazione, con oneri a carico del S.S.R. (tranne, se dovuto, il pagamento del ticket), i casi sotto indicati, in cui la chirurgia refrattiva assume finalità terapeutiche:

- 1) pazienti con anisometropia grave (superiore a 4 - 5 diottrie) non indotta da chirurgia refrattiva monolaterale e con visione binoculare normale e stereopsi;
- 2) pazienti portatori di vizio refrattivo di tipo miopico che hanno sviluppato intolleranza grave alle lenti a contatto e la cui occupazione lavorativa è assolutamente incompatibile con l'utilizzo di lenti tradizionali.

ALLEGATO n. 3A (PRI)

SCHEDA DI PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

COGNOME _____ NOME _____ DATA _____

Diagnosi: _____

OBIETTIVI PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

- RECUPERO ROM ARTICOLARE E FORZA MUSCOLARE**
- PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE SECONDARIE E TERZIARIE**
- MIGLIORARE LA QUALITÀ E L'AUTONOMIA NEI PASSAGGI POSTURALI**
- RAGGIUNGIMENTO E MANTENIMENTO DELL'ORTOSTATISMO**
- RIEDUCAZIONE ALLO SPOSTAMENTO DEL CARICO**
- IMPOSTAZIONE DELLO SCHEMA DEL PASSO**
- RIATTIVAZIONE ARTO SUPERIORE E PRENSIONE**
- MANTENIMENTO DELLE CAPACITÀ MOTORIE**
- CONTROLLO DELLA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA**

IL MEDICO RESPONSABILE DEL PROGETTO

Allegato B

**SERVIZIO SANITARIO REGIONE EMILIA ROMAGNA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI PIACENZA
(Costituita con decreto del Presidente della Regione n. 566 del 23 Giugno 1994)**

**SCHEMA DI ACCORDO LOCALE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI PER L'ANNO 2024 FRA L'AZIENDA USL DI PIACENZA E LA STRUTTURA
SANITARIA PRIVATA ACCREDITATA POLIAMBULATORIO PRIVATO CENTRO SPRINT E
SALUTE S.R.L.**

<<<<<<<>>>>>>>>

TRA

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza – C.F. 91002500337 - con sede legale in Piacenza, Via Antonio Anguissola n. 15, rappresentata dal Responsabile U.O.S.D. Gestione operativa Sale Operatorie e Responsabile Unitario dell'accesso per i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali Ing. Nicholas Rossetti, [REDACTED], il quale interviene al presente atto in rappresentanza e per conto del Direttore Generale Dott.ssa Paola Bardasi, giusta delega conferitagli con nota prot. n. 44345 del 18/04/2024;

E

la Struttura Sanitaria Privata Accreditata **Poliambulatorio Privato Centro Sprint e Salute S.r.l.** – C.F. e P.IVA 01144190335, con sede legale in Galleria Don Grossi n. 7 - 29015 Castel San Giovanni (PC), legalmente rappresentata dal Presidente del Consiglio di Amministrazione Dr. Nino Forlini, [REDACTED], residente per la carica ricoperta nella sede legale sopra indicata.

Premesso che:

- l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza ha definito il fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali per l'esercizio finanziario 2024, alla luce di quanto previsto dalla DGR 603 del 15 aprile 2019, che ha recepito il PNGLA (piano nazionale per la gestione delle liste d'attesa);
- la Struttura Sanitaria è stata autorizzata al funzionamento per l'esercizio delle attività sanitarie contrattate da ultimo con determinazione dirigenziale del Comune di Castel San Giovanni n. 599 del 28/07/2004;
- la Struttura sanitaria ha ottenuto l'Accreditamento con Determina di Giunta Regione Emilia-Romagna n. 4765 del 20/03/2020 (di superamento delle prescrizioni di cui alla determinazione n. 22196 del 29.11.2019) per le seguenti:
 - attività (visite e prenotazioni) svolte in ambulatorio medico:
 - Medicina fisica e riabilitazione (Recupero e Riabilitazione funzionale);
 - Ortopedia e traumatologia;
 - Presidio ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione;
- l'accreditamento concesso alla Struttura ha validità quinquennale a far data dal citato atto di accreditamento n. 22196 del 29.11.2019 (scadenza 28.11.2024);
- l'art. 18, comma 4, della Legge Regionale n. 22/2019 prevede che "Nelle more dell'adozione dei provvedimenti di rinnovo, le strutture sanitarie che hanno presentato domanda possono continuare a svolgere le funzioni già accreditate e le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale possono mantenere e stipulare contratti con esse al fine di non creare sospensioni nell'erogazione dei servizi";
- la Struttura, con nota prot. n. 121299 del 27/11/2023, ha prodotto la dichiarazione relativa al possesso dei requisiti di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. (Codice dei Contratti Pubblici), come previsto nell'Accordo quadro sottoscritto tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione delle Istituzioni Sanitarie

- Ambulatoriali Private (ANISAP) per il quadriennio 2022-2025;
- con DGR n. 1775 del 23/10/2023 la RER ha adottato il “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con decorrenza dal 01.01.2024”;
 - con DGR n. 82 del 22/01/2024 la RER ha stabilito il differimento al 1° aprile 2024 dell’entrata in vigore del Nomenclatore Tariffario Regionale di cui alla DGR n. 1775 del 20/10/2023;
 - con DGR n. 617 del 15/04/2024 la RER ha differito al 1° gennaio 2025 l’entrata in vigore del nuovo Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui alla DGR n. 1775 del 20/10/2023;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE :
PARTE I - (Norme economiche) –

ART. 1) - Definizione del budget -

La struttura sanitaria contraente si impegna ad erogare nel corso dell’anno 2024, in favore degli assistiti residenti nel comprensorio dell’Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza, le prestazioni specialistiche ambulatoriali alle condizioni previste dalle vigenti disposizioni regionali per branca, tipologie e volume enunciati nel presente accordo, il cui budget complessivo deve intendersi pari all’importo previsto al **punto 1.C**, fatto salvo eventuali adeguamenti che dovessero essere disposti dalla Regione stessa.

Solo previo accordo tra le parti formalizzato con apposito atto integrativo, in caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero rispetto al budget concordato, alla struttura privata potrà essere riconosciuto il corrispondente valore economico aggiuntivo.

La struttura deve impegnarsi a distribuire l’attività pattuita su tutto l’arco temporale di validità del contratto secondo il criterio di priorità clinica combinato con il criterio cronologico d’inserimento nelle liste di attesa.

1.A. TIPOLOGIA

La struttura contraente si impegna pertanto ad erogare le prestazioni elencate ai sensi della delibera di Giunta Regionale n.1365 del 02.08.2002, per la branca di Medicina fisica e riabilitativa (*tabella B*), per le quali la stessa Struttura Sanitaria contraente risulta accreditata.

L’Azienda si riserva di acquisire, altresì, prestazioni di disciplina diversa, comunque prevista nella determina di accreditamento della struttura, nel caso intervenissero temporanee necessità correlate al contenimento dei tempi di attesa, con le modalità che verranno definite tra le parti.

In caso di ulteriori disposizioni normative nazionali, regionali o aziendali che dovessero nel frattempo intervenire in materia di prestazioni/tariffe/tempi di attesa, l’Azienda si riserva, con apposito provvedimento, di adeguare i contenuti del contratto.

1.B. VOLUME

La Struttura Sanitaria contraente si impegna ad erogare, nel periodo di validità del presente contratto, complessivamente: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale per le quali si fa riferimento **all’importo massimo previsto al tetto di spesa (punto 1.C)**, al netto del ticket direttamente incassato. L’importo sarà determinato dal numero delle prestazioni erogate, tariffate secondo quanto previsto dal Nomenclatore Tariffario vigente della Regione Emilia-Romagna, previa applicazione dello sconto tariffe pari al 2%: da tale importo deve essere sottratto il ticket direttamente incassato.

Si precisa che, nel caso in cui gli sconti da applicarsi alle prestazioni oggetto del presente contratto dovessero subire variazioni, l’Azienda USL provvederà alla rideterminazione degli stessi con specifico atto.

La struttura privata contraente si impegna espressamente a distribuire l’erogazione delle prestazioni nel corso dell’accordo, in modo da garantire agli utenti un servizio esteso a tutto il periodo di validità.

1.C. TETTO DI SPESA

Il limite di spesa massimo programmato per l’erogazione delle prestazioni di cui al punto 1.A. è di **€ 49.000,00** al netto del ticket direttamente incassato per il periodo di validità del presente contratto e dello sconto previsto, fatte salve eventuali nuove diverse disposizioni che dovessero essere impartite dalla Regione Emilia-Romagna.

ART. 2) - Monitoraggio, fatturazione e pagamenti -

Secondo quanto previsto dalle vigenti circolari regionali relativamente al flusso Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA), soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche.

Per le prestazioni rese la struttura sanitaria contraente, al fine di consentire un costante monitoraggio della spesa, emetterà nota di addebito mensile per l'importo corrispondente alle prestazioni oggetto del presente contratto, secondo la procedura allegata quale parte integrante del presente contratto (Allegato n. 1B), specificando l'ammontare:

- a) dell'importo lordo (previa applicazione dello sconto tariffe di cui all'art.1);
- b) dei ticket riscossi (con indicazione separata di eventuale quota ricetta per fascia di reddito);
- c) della somma netta addebitata, unendo alla stessa nota:
 - le prescrizioni dei Medici;
 - l'indicazione dei ticket riscossi direttamente.

L'Azienda USL di Piacenza, in conformità a quanto disposto dal D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231, così come modificato dal D.Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 e interpretato dall'art. 24 L. 30 ottobre 2014, n. 161, effettuerà i pagamenti per le prestazioni ambulatoriali regolarmente erogate entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura.

Sui pagamenti effettuati oltre i 60 giorni verranno applicati gli interessi di mora ex D.lgs. n. 231/2002 e ss.mm.ii. L'Azienda USL si riserva di poter effettuare in qualsiasi momento i controlli contabili, amministrativi e documentali presso gli assistiti, nonché con possibile accesso, a mezzo di propri funzionari che dovranno farsi identificare mediante esibizione di cartellino personale, presso il Poliambulatorio stipulante, onde accertare la congruità e la regolarità delle note di addebito emesse, l'appropriatezza delle prescrizioni e/o le modalità di erogazione. Per le modalità di fatturazione ed i controlli amministrativo/contabili vedasi inoltre quanto specificato nell'apposita procedura condivisa con la struttura erogante ed allegata al presente contratto (Allegato n. 1B).

ART. 3) - Fatturazione pazienti non residenti -

La Struttura privata contraente, in caso di prestazioni rese a cittadini non residenti nell'ambito dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza, dovrà attenersi alle seguenti modalità di invio delle note di addebito, al netto dello sconto:

- a) le prestazioni rese a cittadini residenti nella Regione Emilia-Romagna dovranno essere addebitate direttamente alle Aziende Unità Sanitarie Locali di rispettiva competenza territoriale;
- b) le prestazioni rese a cittadini residenti in Regioni diverse dalla Regione Emilia-Romagna saranno addebitate all'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza per la successiva compensazione per il tramite dei meccanismi di mobilità interregionale nei limiti e secondo le indicazioni regionali.

Le note di addebito anche in questo caso dovranno essere inviate secondo la procedura allegata quale parte integrante del presente contratto (Allegato n. 1B).

ART. 4) – Ticket -

Le quote ticket a carico dell'utenza saranno rimosse direttamente dalla struttura, previa osservanza delle normative disciplinanti la materia e successivamente specificate nelle note di addebito mensili come indicato al precedente art. 2.

PARTE II – (Norme Organizzative) –**Art. 5) - Modalità di accesso -**

A far tempo dalla data di inizio della validità del presente contratto gli assistiti potranno accedere direttamente alla struttura sanitaria contraente, senza necessità di preventiva autorizzazione da parte dell'Azienda Unità Sanitaria Locale nel rispetto:

- ✓ dei limiti di spesa di cui al punto 1.C.;
- ✓ della normativa vigente in materia e nell'ambito delle prestazioni oggetto del presente contratto;
- ✓ delle modalità e/o procedure operative preventivamente concordate con l'Azienda USL;
- ✓ del rispetto dei criteri di appropriatezza previsti dalla DGR n. 1365_2002 (Allegato n. 2B).

Le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione potranno essere prescritte su ricetta SSN o direttamente da specialista fisiatra o da MMG: in entrambe le situazioni la prescrizione deve essere corredata da un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) definito dal fisiatra (secondo lo schema di cui all'Allegato n. 3B).

È fatto obbligo alla struttura di adottare tutte le misure e le procedure necessarie per la gestione in sicurezza dell'attività nel rispetto della normativa anti-Covid.

Art. 6) – Controlli -

Con la firma del presente contratto la Struttura Privata contraente accetta che l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza attivi ed esegua, in qualunque momento, controlli e/o ispezioni atti a verificare sia l'appropriatezza delle prestazioni rese, sia la congruenza tra prescrizioni, prestazioni mediche e relative tariffe.

Sulle prestazioni erogate saranno, inoltre, effettuate verifiche relativamente a prestazioni incompatibili secondo le indicazioni del nomenclatore tariffario vigente.

Il Poliambulatorio stipulante assicura agli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale il medesimo livello qualitativo delle prestazioni rese ai cittadini paganti in proprio.

Art. 7) - Debito informativo -

La Struttura si impegna a rendicontare l'attività erogata secondo le specifiche del flusso informativo regionale ASA.

Si precisa che la struttura accreditata risulta essere la sola titolare e responsabile del contenuto del flusso ASA in ordine alla completezza e agli eventuali scarti.

Art. 8) - Adesione alla rete SOLE e integrazioni di applicativi -

Come prefigurato dall'accordo quadro 2022-2025 stipulato tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private (ANISAP) in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, tutte le strutture private accreditate si impegnano ad aderire alla rete SOLE, a garantire la gestione della ricetta dematerializzata, dal recupero alla chiusura secondo le regole previste dal flusso ministeriale, in conformità alla DGR 748/11 "Linee Guida sistema CUP" e alle indicazioni aziendali sulla gestione dell'attività ambulatoriale erogata ed infine per garantire l'invio dei referti al Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente.

Art. 9) - Incompatibilità -

La Struttura privata contraente si dichiara consapevole che è vietato alle strutture private accreditate avere nel proprio organico, in qualità di consulente o di prestatore d'opera, personale medico e non in posizione di incompatibilità. Il principio dell'incompatibilità deve intendersi riferito all'attività professionale sanitaria e non, a qualsiasi titolo espletata presso la struttura accreditata da personale dipendente dal SSN, personale convenzionato e personale universitario integrato, ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio.

Anche ai fini del presente articolo l'Azienda si riserva, inoltre, la facoltà e la Struttura Sanitaria contraente l'accetta, di effettuare ispezioni senza preavviso a mezzo di propri funzionari che dovranno farsi identificare mediante esibizione di cartellino personale. L'eventuale riscontrata esistenza di situazioni di incompatibilità è motivo di risoluzione immediata del presente contratto.

PARTE III – (Norme tecniche e finali) –

Art. 10) - Accreditamento -

La valenza del presente contratto è subordinata al mantenimento dei requisiti dell'Accreditamento.

La struttura sanitaria ha ottenuto l'accreditamento fino al 28.11.2024, in forza dell'atto dirigenziale regionale n. 4765 del 20/03/2020 (di superamento delle prescrizioni di cui alla determinazione n. 22196 del 29.11.2019).

Il Centro Sprint e Salute S.r.l. ha l'obbligo di presentare la domanda di rinnovo entro 90 giorni antecedenti alla prevista scadenza per continuare a svolgere sino al 31.12.2024 le funzioni già accreditate.

Art. 11) – Protezione dei dati personali -

Le parti si impegnano ad osservare le disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e Dlgs 196/2003 così come modificato dal Dlgs. 101/2018).

Le parti convengono che l'Azienda USL di Piacenza, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali dei pazienti, provvederà, con atto separato, alla nomina del Poliambulatorio Privato Centro Sprint e Salute S.r.l. a Responsabile del trattamento dei dati personali, così come previsto dall'art. 28 del regolamento UE 2016/679.

Art. 12) - Validità dell'Accordo -

Il presente accordo ha validità ed efficacia dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024, con conseguente ratifica dell'eventuale periodo intercorrente tra il 1° gennaio e la data della stipula effettiva dell'atto.

L'accreditamento del Centro Sprint e Salute S.r.l. termina il 28.11.2024, pertanto, come stabilito dall'art. 18, comma 1, della Legge Regionale n. 22/2019, per poter continuare sino al 31.12.2024 nell'erogazione delle prestazioni sanitarie accreditate la Struttura Sanitaria ha l'obbligo di presentare alla Regione Emilia-Romagna la propria istanza di rinnovo entro 90 giorni antecedenti alla prevista scadenza, fatto salvo, in caso di rilevata inottemperanza, il recesso anticipato dall'Accordo da parte dell'Azienda USL con decorrenza dal 29.11.2024.

La L.R. n. 22/2019 all'art. 18, comma 4, prevede infatti che "Nelle more dell'adozione dei provvedimenti di rinnovo, le strutture sanitarie che hanno presentato domanda, possono continuare a svolgere le funzioni già accreditate e le aziende e gli enti del Servizio sanitario regionale possono mantenere e stipulare contratti con esse al fine di non creare sospensioni nella erogazione dei servizi".

L'accordo potrà altresì essere "in toto" o in parte risolto o modificato rispetto alle tipologie di prestazioni convenzionate anche prima della data di scadenza, nel caso in cui l'entrata in funzione di nuove strutture aziendali e/o il potenziamento di quelle esistenti aumentasse l'offerta in misura tale da corrispondere al livello della domanda. In tal caso l'Azienda USL darà comunicazione scritta a mezzo PEC, con preavviso di 30 giorni, senza che la parte contraente possa vantare alcuna pretesa a qualsivoglia titolo.

Alla scadenza, qualora permanga per entrambe le parti l'espressa volontà di dare prosecuzione all'accordo alle medesime condizioni in essere, questa Azienda, previa acquisizione dell'assenso alla prosecuzione, procederà alla proroga con atto deliberativo.

La proroga è subordinata alla condizione che la struttura sanitaria abbia presentato valida domanda per il rinnovo dell'accreditamento almeno 90 giorni prima della data di scadenza del medesimo.

Le spese contrattuali relative al presente atto sono a carico della struttura sanitaria contraente.

Art. 13) - Foro competente -

In caso di controversia tra le parti rientrante nella giurisdizione del Giudice Ordinario, è competente a decidere in via esclusiva il Foro di Piacenza.

Si allegano, quali parti integranti e sostanziali: **tabella B; Allegato n. 1B; Allegato n. 2B; Allegato n. 3B (schema PRI).**

Previa lettura, il contratto viene confermato e sottoscritto dalle parti.

Per delega del Direttore Generale
Azienda USL di Piacenza
Ing. Nicholas Rossetti

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione del
Centro Sprint e Salute s.r.l.
Dr. Nino Forlini

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del Testo Unico D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e norme collegate, il quale sostituisce il testo cartaceo e la firma autografa.

(Atto soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi del D.P.R. 26.04.1986 n.131 Art.5)

TABELLA B - Elenco prestazioni medicina fisica e riabilitazione (DGR 1365/2002)

codice nomenclatore	prestazione	tariffa
93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	12
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	10
93.11.3	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	9
93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	7
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO Per seduta di 30 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	5
93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE Manipolazione della colonna vertebrale per seduta Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	15
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	9
93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	12
93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	4
93.19.1	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta individuale di 60 minuti (Ciclo di dieci sedute)	11
93.19.2	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta collettiva di 60 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	5
93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	11
93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI	8
93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA Per seduta	1,8
93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO Per seduta (30 minuti ciascuna)	8,5
93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DELLA MANO O DEL VISO Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	2,55
93.39.7	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	2,55

Allegato n. 1B – PARTE INTEGRANTE DELL'ACCORDO**A CARICO DELLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA****PRESTAZIONI EROGATE AD ASSISTITI AUSL DI PIACENZA e FUORI REGIONE**

Secondo quanto previsto dalle vigenti circolari regionali relativamente al flusso ASA, soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche. Il tracciato record costituisce l'unico modello di rilevazione valido come base di riferimento per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse: pertanto, la liquidazione delle fatture avverrà secondo un nuovo schema che farà riferimento alle prestazioni validate mensilmente dal suddetto flusso regionale (ASA).

MODALITA' DI FATTURAZIONE

A partire dal 1 Gennaio 2022 è obbligatorio riportare nella fattura la tripletta, necessaria al fine della liquidazione della medesima e composta dalle seguenti voci:

- ID identificativo dell'ordine nel campo 2.1.2.2 <IdDocumento>
- La data di emissione dell'ordine nel campo 2.1.2.3 <Data>
- Identificativo del soggetto che ha emesso l'ordine nel campo 2.1.2.5 <CodiceCommessaConvenzione> preceduto e seguito dal carattere “ # ” senza interposizione di spazi. L'endpoint della scrivente Azienda è #UFR51Q#
- Codice CIG (codice identificativo di gara).

Entro il 20° giorno (se festivo, il primo giorno utile feriale) del mese successivo al periodo di riferimento delle prestazioni da fatturare, l'Azienda USL invierà alla Struttura Privata Accreditata, a mezzo PEC (Posta elettronica Certificata), il file delle prestazioni validate dalla Regione ER relativamente al mese precedente, distinguendo le prestazioni erogate a pazienti assistiti dalla AUSL di Piacenza da quelli assistiti da altre AUSL fuori regione. Verrà inoltre trasmesso il file degli eventuali scarti e le relative motivazioni che ne hanno causato l'esclusione.

Nel rispetto della normativa vigente in materia di fatturazione, verranno inviati unitamente agli elenchi del flusso ASA i seguenti documenti:

- un prospetto “Riepilogo” riportante il totale di tutte le prestazioni validate e valorizzate sia al lordo che al netto degli sconti applicati ordinati per tipologia nonché i ticket eventualmente incassati. Risulterà pertanto un riepilogo dettagliato che renderà chiari i conteggi effettuati;
- un “Ordine”, il cui numero dovrà essere **obbligatoriamente** riportato in apposito campo previsto dalla fattura elettronica unitamente all'indicazione del mese di competenza che troverete nella sezione evidenziata qui sotto:



ORDINATIVO D'ACQUISTO		
Numero	Data	Pagina
80-DSP19-8	01/01/2019	1 di 1

Questo Ordine costituirà il documento di sintesi da utilizzare per l'emissione della fattura all'Azienda USL, documento che dovrà pertanto riportare solo il totale netto finale per tipologia di conto con l'eventuale indicazione della sola quota fissa riscossa.

CONTO	RIFERIMENTI CONTABILI
Conto sistema affr. privati RER e residenti	Conto: C/CDSP1515 SPECIALISTICA RESIDENTI
9909000008	Prog spesa: 4182015 Aut. del:

- Le fatture dovranno essere emesse distinte per Residenti, Fuori Regione e Stranieri. Per quanto riguarda la fattura dei pazienti stranieri, nel caso di piccoli quantitativi di prestazioni, è possibile emettere un unico documento trimestrale riportando i vari numeri d'ordine.
- Le eventuali prestazioni non inserite nell'ordine, ma per le quali si ritenga di aver titolo alla liquidazione, dovranno essere fatturate separatamente e saranno oggetto di ulteriori controlli/approfondimenti.

Se dovessero essere rilevate da parte della Struttura Accreditata eventuali incongruenze/inesattezze nella documentazione ricevuta, è possibile, prima di emettere le fatture correlate, comunicare tempestivamente all'Azienda le anomalie per le eventuali correzioni del caso che permetteranno di modificare l'ordine e velocizzare le relative liquidazioni.

La Struttura Privata Accreditata, a seguito della ricezione dell'ordine, dovrà pertanto fatturare solo ed esclusivamente le prestazioni inserite nel validato regionale (Flusso ASA) trasmesso dall'Azienda, affinché l'AUSL effettui un tempestivo e puntuale controllo e proceda con la liquidazione della fattura di competenza del mese di riferimento.

Le prestazioni scartate dal flusso validato mensilmente potranno, una volta che la Struttura erogante ha verificato e sistemato i problemi scartanti, essere recuperate nel flusso ASA con il 13° invio (mese di marzo dell'anno successivo a quello a cui si riferiscono le prestazioni). In tal caso la struttura dovrà fatturare a conguaglio le prestazioni recuperate, entro il mese di ricevimento del flusso ASA validato per il 13° invio (marzo dell'anno successivo quello di erogazione delle prestazioni) e inviare le fatture sempre corredate dalla documentazione (ricetta, eventuale ticket riscosso).

Qualora le fatture emesse dalla Struttura Privata Accreditata contengano errori, l'AUSL effettuerà le opportune contestazioni mediante comunicazione formale delle incongruenze, corredando la richiesta di nota di credito/debito di un elenco dettagliato degli errori rilevati. La contestazione potrà riguardare anche eventuali sforamenti di budget. A fronte delle suddette contestazioni, la struttura dovrà emettere relativa nota di credito/debito indicando la/le fattura/e cui la nota di credito si riferisce.

ASSISTITI NON RESIDENTI IN REGIONE Emilia Romagna

Rimangono invariati gli obblighi della struttura convenzionata per quanto riguarda le modalità di fatturazione e trasmissione del materiale a supporto dei controlli precisate per le prestazioni erogate agli assistiti non della nostra AUSL e che dovranno essere consegnate e fatturate separatamente.

E' altresì necessario che tutte le prestazioni erogate dalla Struttura Privata Accreditata siano validate e pertanto presenti sia sul flusso ASA della Regione ER che sul Programma Agenda-Med's Office fornito dall'Azienda USL e rendicontate a parte come da procedura.

Requisiti materiale integrativo della fatturazione

La STRUTTURA CONVENZIONATA deve consegnare all'ufficio AUSL preposto ai controlli, contestualmente alla registrazione sul portale della fattura, per ogni fattura inviata al Bilancio, la seguente documentazione così predisposta:

- copia della fattura registrata;
- Ricette in originale;
- Copia delle ricevute per i Ticket eventualmente riscossi allegati alle singole ricette;
- Elenco dettagliato per branca specialistica delle prestazioni erogate con l'indicazione dei nominativi nonché del valore prestazione e del ticket eventualmente riscosso (l'elenco può essere o per data di esecuzione o in ordine alfabetico) che deve essere allegato ad una copia della fattura trasmessa al fine di collegarla direttamente alle prestazioni contabilizzate;
- riassunto numerico delle prestazioni per tipologia e branca distinguendole tra esenti e non esenti.

La consegna del materiale a supporto dei controlli dovrà avvenire previo appuntamento. Verranno apposti il timbro e la data di arrivo su un modulo specifico che il delegato della struttura convenzionata sottoscriverà per avvenuta consegna di tutto il materiale succitato.

Eventuali ritardi nella consegna della documentazione rispetto alla data di fatturazione nonché consegna di materiale non coerente o anche solo in parte mancante, rispetto a quanto sopra precisato, causeranno la sospensione della data di decorrenza dei termini ai fini del pagamento della fattura.

Allegato n. 2B

Prot. n. (BAS/02/30349)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamata la propria precedente deliberazione n. 295 del 25.2.2002 avente ad oggetto: "Recepimento del DPCM 29 novembre 2001 definizione dei livelli essenziali di assistenza", ratificato da Consiglio regionale con atto n. 349 del 27.3.2002, con cui, tra l'altro al punto 5 del dispositivo si era rinviato ad un successivo provvedimento "l'individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni previste dall'allegato 2B e 2C al DPCM"

Dato atto che nel frattempo il competente Assessorato alla Sanità ha provveduto a porre in essere una serie di approfondimenti destinati a chiarire la portata delle limitazioni riguardanti le tipologie di prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM sopracitato, acquisendo gli elementi necessari per individuare le condizioni cliniche ed i criteri cui subordinare l'erogazione delle prestazioni stesse e che tali elementi hanno formato oggetto di confronto con le categorie professionali interessate e con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale e che la loro applicabilità è stata verificata con le aziende sanitarie della regione;

Valutato che nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, già in passato erano state impartite istruzioni dal competente Assessorato alla Sanità, espressamente richiamate negli allegati al presente provvedimento, circa la erogabilità, secondo criteri di appropriatezza, di ciascuna tipologia di prestazioni di cui all'allegato 2B e che in particolare per l'assistenza odontoiatrica, con deliberazione n. 309/2000, si erano individuate 5 diverse priorità di erogazione della stessa;

Valutato necessario, stante la complessità della tipologia di assistenza, acquisire più precisi elementi informativi relativi alle effettive possibilità di accesso alle prestazioni di assistenza odontoiatrica, che risultano disomogenee in ambito regionale, nonché ulteriori approfondimenti tecnici relativi alle condizioni sanitarie che possono determinare priorità di accesso alle prestazioni;

Considerato inoltre che a livello nazionale sono previste indicazioni specifiche in merito alle condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria che caratterizzano i soggetti in condizioni di "particolare vulnerabilità" tali da garantire tale livello di assistenza odontoiatrica;

Valutato pertanto opportuno, in attesa degli approfondimenti regionali e nazionali sopra indicati, mantenere per l'assistenza odontoiatrica le attuali modalità di erogazione e le priorità a suo tempo individuate;

Ritenuto di meglio puntualizzare le condizioni ed i criteri cui subordinare l'erogazione delle altre 3 tipologie di prestazioni di cui all'allegato 2B (densitometria ossea, medicina fisica e riabilitativa, chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri), come risulta dalle schede allegate al presente provvedimento, quali sua parte sostanziale ed integrante;

Considerato che l'attuazione di tali indicazioni è finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza d'uso delle tre tipologie di prestazioni e al contenimento dei tempi di attesa;

Valutato opportuno far riserva di procedere ad eventuali integrazioni, anche sulla base dell'esperienza nel frattempo acquisita e delle eventuali risultanze degli approfondimenti che saranno formulati a livello nazionale;

Stabilito di dare decorrenza all'applicazione delle modalità di erogazione relative a ciascuna delle 3 tipologie di prestazioni di cui alle schede allegate, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione, fatta salva l'erogazione delle prestazioni già prenotate secondo le modalità vigenti all'atto della prenotazione stessa;

Rilevato inoltre che:

- le indicazioni contenute nell'allegato 2C del DPCM su criteri e modalità per contenere l'erogazione di prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse si pongono in sostanziale continuità con il percorso già avviato in questa regione in tema di appropriatezza dei ricoveri;

- la maggior parte dei DRG elencati in tale allegato e già stata infatti oggetto di specifiche azioni finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa da parte delle Aziende, a partire dal 1999, sia attraverso l'individuazione dei 27 DRG oggetto dell'accordo con i MMG per i quali si sono realizzati importanti riduzioni del numero dei casi trattati in regime di ricovero ordinario, anche in relazione a disposizioni tariffarie specifiche, sia attraverso l'individuazione dell'attività chirurgica elettiva trasferibile in DH;
- anche relativamente alle attività di controllo, le indicazioni fornite alle Aziende a partire dall'anno 1999 indicano un elenco di DRG a rischio di inappropriatazza che comprende tutti i 43 DRG riportati nell'allegato 2C stesso;

Preso atto che saranno adottati successivamente ulteriori e specifici provvedimenti finalizzati a ridurre i margini di inappropriatazza, in particolare per la casistica medica con la riduzione di ricoveri ordinari ed in Day-Hospital e, per quella chirurgica con il trasferimento di parte dell'attività verso il regime diurno ed ambulatoriale; che è altresì previsto un trasferimento a livello ambulatoriale di alcune attività chirurgiche quali cataratta e tunnel carpale, per le quali si sta provvedendo all'inserimento nel Nomenclatore tariffario ambulatoriale della corrispondente tariffa.

Dato atto, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/01 e della delibera di Giunta regionale n. 2774 del 10 dicembre 2001:

del parere favorevole espresso dal Responsabile del Servizio Assistenza Distrettuale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Dott.ssa Maria Lazzarato, in merito alla regolarità tecnica della presente deliberazione;

del parere favorevole espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, Dottor Franco Rossi, in merito alla legittimità della presente deliberazione;

Sentita la Commissione Consigliare Sicurezza sociale che ha espresso parere favorevole nella seduta del 25 luglio 2002;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità

A voti unanimi e palesi

d e l i b e r a

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. In attesa degli approfondimenti regionali in atto relativi alla ricognizione degli attuali livelli di accesso e alle condizioni cliniche che richiedono una priorità di intervento, nonché delle previste indicazioni nazionali che definiscano le condizioni di particolare vulnerabilità, l'assistenza odontoiatrica continua ad essere erogata secondo le modalità in atto, tenendo conto delle priorità stabilite con deliberazione n. 309/2000;
2. L'erogazione delle rimanenti tre tipologie di prestazioni previste dall'allegato 2B del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", è disciplinata secondo quanto indicato nelle schede che fanno parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. La decorrenza delle modalità di erogazione di cui al precedente punto 2., fatta salva l'erogazione delle prestazioni già prenotate secondo le modalità vigenti all'atto della prenotazione stessa, è stabilita a far tempo dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione;
4. Il presente provvedimento dovrà essere pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

- - - - -

Allegato 2B

Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche cliniche di seguito indicate:

- | | |
|---|---------|
| 1. Densitometria ossea | pag. 6 |
| 2. Medicina fisica e riabilitativa | pag. 9 |
| Tabella che riporta "presupposti
e specifiche modalità di erogazione | pag. 12 |
| 3. Chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri | pag. 18 |

1) DENSITOMETRIA OSSEA (MOC)

Fonti normative

Il D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" include la densitometria ossea tra le prestazioni parzialmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza, nel senso che tale esame diagnostico vada erogato solo in presenza delle condizioni per le quali vi siano "evidenze di efficacia clinica".

La Regione in presenza di un non sempre motivato incremento del volume delle prestazioni richieste, anche alla luce delle risultanze di gruppo pluridisciplinare di esperti che ha posto alla base del proprio lavoro un'analisi comparata delle linee guida e dei rapporti di technology assessment disponibili a livello internazionale sull'uso appropriato della Densitometria Ossea, ha dato indicazioni in ordine alla individuazione delle condizioni cliniche e delle priorità di accesso alla MOC con circolare n 21 del 31/10/2001 "Controllo dei tempi di attesa per le prestazioni di densitometria ossea".

L'entrata in vigore del DPCM 29 /11/2001 rende necessario intervenire su tale regolamentazione puntualizzando una serie di aspetti al fine di individuare le condizioni che presentano le "evidenze di efficacia clinica" alla cui presenza la norma subordina il diritto alla prestazione, ferme restando le altre indicazioni generali contenute nella citata circolare n. 21, e relativo allegato;

In via preliminare, va precisato che:

- La Densitometria Ossea non è raccomandata come screening universale di popolazione, in particolare in donne in peri- menopausa. Non è infatti documentata l'efficacia di controlli a periodicità regolare e su chiamata attiva, rivolti a donne "sane"
- La Densitometria Ossea è da effettuarsi solo quando il risultato dell'esame può modificare i successivi comportamenti assistenziali e/o la qualità di vita del paziente.

CATEGORIE DEGLI AVENTI DIRITTO: INDICAZIONI CLINICHE PER L'EROGAZIONE DELLA DENSITOMETRIA OSSEA

La Densitometria Ossea è l'esame strumentale più utile per la misurazione della massa ossea, ma la diagnosi di osteoporosi è soltanto uno dei fattori che devono essere presi in considerazione per definire il rischio di frattura e per decidere se istituire un trattamento farmacologico.

Le categorie di pazienti che presentano fattori di rischio per la riduzione della massa ossea, per le quali sono presenti le "evidenze di efficacia clinica" per l'effettuazione dell'esame sono:

1. Donne e uomini con sospetta osteoporosi secondaria derivanti da patologie quali:

- morbo di Cushing,
- malassorbimenti intestinali (celiachia),
- malattie infiammatorie intestinali (M. di Crohn),
- ipogonadismo primitivo,
- ipertiroidismo e iperparatiroidismo primitivo,
- epatopatie colestatiche,
- insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica, nefropatie croniche,
- soggetti sottoposti a trapianto.

2. Soggetti che iniziano terapie prolungate (> 6 mesi) con:

- corticosteroidi sistemici (>5mg/die di prednisone-equivalenti),
- tiroxina (ad alte dosi soppressive),
- antiepilettici (fenitoina, fenobarbital),
- farmaci antiretrovirali,
- farmaci che inducono ipogonadismo,
- eparina.

3. Donne in condizioni ginecologiche suggestive di carenza estrogenica:

- amenorrea primaria non trattata,
- ovariectomia bilaterale precoce,
- amenorrea secondaria di durata oltre 2 aa.,
- menopausa precoce (< 45 anni).

4. Donne in menopausa da almeno sei mesi, con fattori di rischio accertati, per le quali l'esecuzione dell'esame è a supporto della decisione terapeutica verso una terapia ormonale sostitutiva o altro trattamento per l'osteoporosi di lunga durata.

I fattori di rischio considerati sono quelli legati all'anamnesi familiare, agli stili di vita e all'assunzione cronica di farmaci:

- a) *Nutrizione*: inadeguata assunzione di Calcio e vitamina D; peso corporeo estremamente basso (ovvero Indice di Massa Corporea $<19 \text{ kg/m}^2$),
- b) *Stili di Vita riferiti a* scarso esercizio fisico o immobilità prolungata; fumo ($> 20 \text{ sig/die}$); abuso di alcool (etilismo),
- c) *Assunzione di Farmaci*: vedi quelli indicati al precedente punto

5. **Soggetti con evidenza radiologica di osteoporosi** o con storia di pregresse fratture di tipo osteoporotico.

MODALITA' DI EROGAZIONE

Tenuto conto delle condizioni cliniche presentate, le categorie di pazienti prima individuate hanno diritto a ricevere la prestazione di densitometria ossea con oneri a carico del S.S.R. tranne, se dovuto, il pagamento del ticket, entro il limite temporale indicato per la generalità degli esami diagnostici (60 giorni).

Tenuto conto che le variazioni della massa ossea si verificano in un intervallo di tempo elevato, in quanto il metabolismo naturale dell'osso necessita di tempi lunghi per poter registrare cambiamenti rilevanti ai fini diagnostici, si stabilisce che le densitometrie ossee di controllo successive al primo esame sono erogabili a carico del S.S.R. solo se eseguite con scansione temporale non inferiore ai 24 mesi.

2) MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA AMBULATORIALE

Fonti normative

Il D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" include le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale tra quelle che l'allegato 2B definisce quali prestazioni parzialmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza, nel senso che le stesse sono erogabili solo in presenza di particolari condizioni cliniche.

Il medesimo provvedimento, all'allegato 2A, lettera f), elenca, nell'ambito della medicina fisica e riabilitativa, le prestazioni totalmente escluse dai LEA, recepite con la deliberazione regionale n. 295 del 25 febbraio 2002.

In ambito regionale l'assistenza ambulatoriale di medicina fisica e riabilitativa ha trovato finora la sua regolamentazione nella direttiva emanata con circolare n. 24 del 22/7/1997 che, in sede di individuazione di priorità nell'erogazione delle prestazioni, le suddivideva in 3 classi di erogabilità.

Il DPCM 29 /11/2001, per l'allegato 2B, conferma le opzioni già espresse dalla citata circolare, rendendo comunque necessaria una serie di puntualizzazioni, concernenti le condizioni cliniche ed i presupposti organizzativi cui subordinare la loro erogazione.

PROGRAMMA RIABILITATIVO E PRESA IN CARICO

L'individuazione di specifiche indicazioni cliniche per alcune prestazioni riabilitative e di terapia fisica è finalizzato a favorire modalità di accesso legate ad una valutazione preventiva del problema presentato dal paziente, necessaria per impostare il percorso terapeutico più idoneo.

Presupposto per l'accesso alle prestazioni terapeutiche diventa quindi la presa in carico, che comporta la valutazione del grado di disabilità o di ridotta funzionalità neuromotoria della persona e che normalmente si concretizza nella formulazione di un programma

riabilitativo, eventualmente inserito in un progetto riabilitativo individuale.

In questo contesto la valutazione che determina il programma riabilitativo deve essere riferita a criteri di tempestività, di continuità e di appropriatezza:

- rispetto dei tempi necessari per l'avvio del percorso terapeutico, in funzione del tipo di bisogno e delle fasi biologiche del recupero,
- coerente successione ed integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting in funzione delle fasi del processo morboso,
- priorità della presa in carico connessa alla tipologia di menomazione e disabilità, con riferimento anche alla loro modificabilità con l'intervento riabilitativo.

La presenza di un programma riabilitativo, visto eventualmente come parte di un progetto riabilitativo individuale, consente di orientare il progetto stesso al raggiungimento di obiettivi predefiniti e misurabili, secondo il criterio di presa in carico omnicomprensiva, prevedendo cadenza e modalità di verifica dell'efficacia dell'intervento stesso.

CRITERI DI ACCESSO E MODALITA' DI EROGAZIONE

La tabella allegata riporta le prestazioni terapeutiche di medicina fisica e riabilitativa incluse nei LEA, suddivise in 3 gruppi: "recupero e rieducazione funzionale", "terapia fisica", "altre", includendo sotto quest'ultima dizione quelle non attribuibili alle due precedenti categorie.

Per ciascuna prestazione l'allegato, con riferimento a quanto previsto dal DPCM, provvede ad evidenziare le specifiche modalità di erogazione (durata minima della prestazione, non associabilità tra prestazioni, cadenza temporale cui subordinare la ripetizione della prestazione), i presupposti clinici cui subordinare l'erogazione (quadri patologici definiti, età dell'assistito) e caratteristiche erogative e/o documentali della prestazione.

Si ribadisce l'esclusione dai LEA di tutte le prestazioni indicate al punto f) dell'allegato 2A, in quanto è stata evidenziata in sede tecnica la non appropriatezza di tali prestazioni quando erogate singolarmente.

Allegata di seguito: Tabella che riporta, per le prestazioni individuate, i presupposti e le specifiche modalità di erogazione.

Tabella: Presupposti e specifiche modalità di erogazione per le prestazioni terapeutiche di Medicina fisica e Riabilitazione erogabili solo secondo specifiche condizioni cliniche

CODICI	Descrizione nomenclatore	SPECIFICHE MODALITA' DI EROGAZIONE	PRESUPPOSTI
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE			
93.11.1	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave (strumentale complessa) Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato Si codifica la "rieducazione complessiva" e non la rieducazione di singoli distretti o segmenti come prestazioni singole. Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave (semplice) e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa e semplice)	Per pazienti con lesioni complesse del sistema nervoso centrale, periferico e politraumatizzati
93.11.2	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave (semplice) Incluso Biofeedback Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato Si codifica la "rieducazione complessiva" e non la rieducazione di singoli distretti come prestazioni singole Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave (strumentale complessa) e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa e semplice)	Solo esercizio terapeutico per pazienti con lesioni complesse del sistema nerv. centrale o periferico e politraumatizzati
93.11.3	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa) Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato es.: esercizio "isocinetico", pedana stabilometrica, ecc. Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (semplice)	
93.11.4	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (semplice) incluso Biofeedback Per seduta di 30 min. (ciclo	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato ; solo esercizio terapeutico	

	di 10 sedute)	Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa)	
93.11.5	Rieducazione motoria in gruppo (Per seduta di 30 min., max 5 paz. (ciclo di 10 sedute)	Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato; compresa "scuola schiena".	Solo per pazienti di età superiore ai 18 anni Prestazione non ripetibile per il medesimo problema clinico
93.15	Mobilizzazioni della colonna vertebrale Manipolazioni della colonna vertebrale per seduta Escluso = manipolazione di articolazione temporo mandibolare	Da intendersi come manipolazione vertebrale "manu medica" per un numero di sedute non superiore a 5	Per episodio rachialgico acuto Non ripetibile prima di 6 mesi
93.16	Mobilizzazione di altre articolazioni Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolaz. Escluso = manipolazione di articolazione tempo mandibolare	Per un numero di sedute non superiore a 5	
93.19.1	Esercizi posturali-proprioceettivi Per seduta individuale di 60 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Non associabile a: Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale, a Esercizi Respiratori (individuale)	
93.19.2	Esercizi posturali-proprioceettivi Per seduta collettiva di 60 min., max. 5 pazienti (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Non associabile al 93.11.5 e 93.18.2	Per soggetti di età superiore ai 18 anni -
93.22	Training deambulatori e del passo Incluso addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausilii e/o istruzione dei familiari - Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti per seduta di 30 min. (max 5 sedute) con formalizzazione del piano di addestramento	Solo addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausilii indispensabili per la

93.26	Risoluzione manuale di aderenze cicatriziali peri-articolari	Durata minima della prestazione: 30 minuti	deambulazione e/o istruzione dei familiari - Scollamento cicatriziale finalizzato al recupero articolare
TERAPIA FISICA			
93.35.2	Irradiazione infrarossa Per seduta	Durata minima della prestazione: 15 minuti	
93.35.3	Paraffinoterapia Bagno paraffinico per seduta (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 20 minuti	Solo per trattamento di esiti di trauma recente (max 6 mesi) alla mano e piede Per un massimo di 10 sedute
93.39.2	Massoterapia per drenaggio linfatico Per seduta (30 min. ciascuna)	Durata minima della prestazione: 30 minuti	Solo in caso di linfedema entro 6 mesi dall'insorgenza: escluso linfedema da insufficienza venosa primitiva e linfedema cronico non responsivo
93.39.6	Elettroterapia di muscoli normo o denervati della mano o del viso per seduta (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 20 minuti	Per patologie post-traumatiche o paralisi periferiche recenti (entro 6 mesi), limitatamente alla mano.
93.39.7	Elettroterapia di muscoli	Durata minima della prestazione: 20	Per patologie

	normo o denervati di altri distretti Per seduta (ciclo di 10 sedute)	minuti	post-traumatiche o paralisi periferiche recenti (entro 6 mesi)
93.39.8	Magnetoterapia Per seduta (ciclo di 10 sedute)		Limitatamente ai ritardi di consolidazione; per tempi di trattamento, non inferiore alle 6 ore giornaliere per un periodo da 30 a 60 gg.
ALTRE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE			
93.18.1	Esercizi respiratori Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale, a Esercizi posturali- propriocettivi	Prescrivibile per specifica patologia respiratoria.
93.18.2	Esercizi Respiratori	Durata minima della prestazione: 60 minuti Non associabile a: Rieducazione motoria in gruppo e a Esercizi posturali- propriocettivi	Prescrivibile per specifica patologia respiratoria.
93.71.1	Training per dislessia Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti	
93.71.2	Training per dislessia Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti	
93.71.3	Training per discalculia Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti	
93.71.4	Training per discalculia Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti	
93.72.1	Training per disfasia Per seduta individuale (ciclo di	Durata minima della prestazione: 30 minuti	

	10 sedute)	Comprende anche: training per afasia, disartria e rieducazione della deglutizione
93.72.2	Training per disfasia Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Comprende anche: training per afasia, disartria Max 5 pazienti
93.83	Terapia occupazionale Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training di attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Comprende addestramento familiari, per trasferimenti, utilizzo ausilii per ADL e controllo ambientale eventuale costruzione ausilii semplici
93.83.1	Terapia occupazionale Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti comprende addestramento familiari, x trasferimenti, utilizzo ausilii per ADL e controllo ambientale eventuale costruzione ausilii semplici
93.89.2	Training per disturbi cognitivi Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta Individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti
93.89.3	Training per disturbi cognitivi Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti
NOTA: non associabile = non eseguibile contemporaneamente durante il tempo dedicato alla/e altra/e prestazione/i;		

- Per le restanti prestazioni della branca specialistica Medicina fisica e riabilitazione (prestazioni diagnostiche e le seguenti prestazioni terapeutiche: Training prenatale, Riabilitazione del cieco , Training condizionamento audiometrico infantile) presenti nel

nomenclatore tariffario regionale, non sono previste al momento indicazioni specifiche, in quanto minore è il rischio di inappropriatelyzza.

3) CHIRURGIA REFRAATTIVA CON LASER AD ECCIMERI

Fonti normative

Il D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" include la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri tra le prestazioni parzialmente escluse dai LEA, in quanto erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali.

Attualmente in ambito regionale l'assistenza di cui si tratta trova la sua regolamentazione nella deliberazione regionale n. 593/2000 "Aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale". In sede di aggiornamento del nomenclatore, infatti, si è tra l'altro provveduto, relativamente alla correzione dei vizi di refrazione, a ridefinire la prestazione già presente e ad inserire una nuova voce, come sotto riportato:

1. "CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE" (codice 11.99.2), con laser ad eccimeri (PRK) con tecnica di ablazione standard o superficiale;
2. "CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE" (codice 119904) con laser ad eccimeri con tecnica LASIK o lamellare che richiede l'utilizzo, oltre che del laser ad eccimeri, anche del microcheratomo e di lamelle;

Nella deliberazione sono state inoltre definite le indicazioni e le condizioni di erogabilità delle due prestazioni, precisando già in quella sede che la correzione dei vizi di refrazione per motivi estetici non può essere ricompresa tra le prestazioni erogabili dal Servizio sanitario regionale.

CATEGORIE DEGLI AVENTI DIRITTO: INDICAZIONI CLINICHE PER L'EROGAZIONE DELLA CHIRURGIA REFRAATTIVA CON LASER AD ECCIMERI

Con il presente provvedimento vengono ribadite le indicazioni già fornite con la delibera 593/2000 tenuto conto che la chirurgia refrattiva, effettuata sia con tecnica PRK che con tecnica LASIK, rappresenta una tecnica irreversibile, associata ad un certo rischio di complicanze, ed è effettuata nella maggioranza dei casi per motivi

estetici per evitare l'utilizzo degli occhiali o di lenti a contatto. Se eseguite per motivi estetici queste prestazioni non possono essere ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e non sono quindi erogabili dal Servizio sanitario regionale.

Hanno invece diritto a fruire di questa tipologia di prestazione, con oneri a carico del S.S.R. (tranne, se dovuto, il pagamento del ticket), i casi sotto indicati, in cui la chirurgia refrattiva assume finalità terapeutiche:

- 1) pazienti con anisometropia grave (superiore a 4 - 5 diottrie) non indotta da chirurgia refrattiva monolaterale e con visione binoculare normale e stereopsi;
- 2) pazienti portatori di vizio refrattivo di tipo miopico che hanno sviluppato intolleranza grave alle lenti a contatto e la cui occupazione lavorativa è assolutamente incompatibile con l'utilizzo di lenti tradizionali.

ALLEGATO n. 3B (PRI)

SCHEDA DI PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

COGNOME _____ NOME _____ DATA _____

Diagnosi: _____

OBIETTIVI PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

- RECUPERO ROM ARTICOLARE E FORZA MUSCOLARE
- PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE SECONDARIE E TERZIARIE
- MIGLIORARE LA QUALITÀ E L'AUTONOMIA NEI PASSAGGI POSTURALI
- RAGGIUNGIMENTO E MANTENIMENTO DELL'ORTOSTATISMO
- RIEDUCAZIONE ALLO SPOSTAMENTO DEL CARICO
- IMPOSTAZIONE DELLO SCHEMA DEL PASSO
- RIATTIVAZIONE ARTO SUPERIORE E PRENSIONE
- MANTENIMENTO DELLE CAPACITÀ MOTORIE
- CONTROLLO DELLA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA

IL MEDICO RESPONSABILE DEL PROGETTO

Allegato C

**SERVIZIO SANITARIO REGIONE EMILIA ROMAGNA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI PIACENZA
(Costituita con decreto del Presidente della Regione n. 566 del 23 Giugno 1994)**

**SCHEMA DI ACCORDO LOCALE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI PER L'ANNO 2024 FRA L'AZIENDA USL DI PIACENZA E LA STRUTTURA
SANITARIA PRIVATA ACCREDITATA POLIAMBULATORIO PRIVATO FISIOMED S.R.L.**

<<<<<<<>>>>>>>>

Tra

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza – C.F. 91002500337 - con sede legale in Piacenza, Via Antonio Anguissola n. 15, rappresentata dal Responsabile U.O.S.D. Gestione operativa Sale Operatorie e Responsabile Unitario dell'accesso per i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali Ing. Nicholas Rossetti, [REDACTED], il quale interviene al presente atto in rappresentanza e per conto del Direttore Generale Dott.ssa Paola Bardasi, giusta delega conferitagli con nota prot. n. 44345 del 18/04/2024;

E

la Struttura Sanitaria Privata Accreditata **Poliambulatorio Privato Fisiomed S.r.l.** - C.F. e P.IVA 01143710331, con sede legale in Via Millo n. 7/E – 29122 Piacenza, legalmente rappresentata dall'Amministratrice Unica Sig.ra Bariola Maria Sole, [REDACTED] residente per la carica ricoperta nella sede legale sopra indicata.

Premesso che:

- l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza ha definito il fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali per l'esercizio finanziario 2024, alla luce di quanto previsto dalla DGR 603 del 15 aprile 2019, che ha recepito il PNGLA (piano nazionale per la gestione delle liste d'attesa);
- la Struttura sanitaria è stata autorizzata al funzionamento per l'esercizio delle attività sanitarie contrattate con determinazione dirigenziale del Comune di Piacenza n. 2927 del 14/11/2023, che integra e sostituisce i provvedimenti di cui alle determinazioni n. 1422 del 06/07/2021 e n. 1684 del 04/08/2021;
- la Struttura sanitaria ha ottenuto l'Accreditamento con Determina di Giunta Regione Emilia-Romagna n. 5300 del 30/03/2020, nonché variazione dell'accREDITAMENTO per trasferimento della sede erogativa delle prestazioni da via Cristoforo Colombo n. 44/D a via E. Millo 7/E, con Determina di Giunta Regione Emilia-Romagna n. 19863 del 26/10/2021, per le seguenti:
 - attività (visite e prestazioni) svolte in ambulatorio medico:
 - Medicina fisica e riabilitazione (Recupero e riabilitazione funzionale);
 - Presidio ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione;
- l'accREDITAMENTO complessivamente concesso alla Struttura mantiene la data di scadenza dell'atto n. 5300 del 30/03/2020 e cioè il 29/03/2025;
- la Struttura, con nota prot. n. 125395 del 07/12/2023, ha prodotto la dichiarazione relativa al possesso dei requisiti di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. (Codice dei Contratti Pubblici), come previsto dall'Accordo quadro sottoscritto tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private (ANISAP) per il quadriennio 2022-2025;
- con DGR n. 1775 del 23/10/2023 la RER ha adottato il "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con decorrenza dal 01.01.2024";
- con DGR n. 82 del 22/01/2024 la RER ha stabilito il differimento al 1° aprile 2024 dell'entrata in vigore del Nomenclatore Tariffario Regionale di cui alla DGR n. 1775 del 20/10/2023;

- con DGR n. 617 del 15/04/2024 la RER ha differito al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui alla DGR n. 1775 del 20/10/2023;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

PARTE I - (Norme economiche) –

ART. 1) - Definizione del budget -

La struttura sanitaria contraente si impegna ad erogare nel corso dell'anno 2024, in favore degli assistiti residenti nel comprensorio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza, le prestazioni specialistiche ambulatoriali alle condizioni previste dalle vigenti disposizioni regionali per branca, tipologie e volume enunciati nel presente accordo, il cui budget complessivo deve intendersi pari all'importo previsto al **punto 1.C**, fatto salvo eventuali adeguamenti che dovessero essere disposti dalla Regione stessa.

Solo previo accordo tra le parti formalizzato con apposito atto integrativo, in caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero rispetto al budget concordato, alla struttura privata potrà essere riconosciuto il corrispondente valore economico aggiuntivo.

La struttura deve impegnarsi a distribuire l'attività pattuita su tutto l'arco temporale di validità del contratto secondo il criterio di priorità clinica combinato con il criterio cronologico d'inserimento nelle liste di attesa.

1.A. TIPOLOGIA

La struttura contraente si impegna pertanto ad erogare le prestazioni elencate ai sensi della delibera di Giunta Regionale n.1365 del 02.08.2002, per la branca di Medicina fisica e riabilitativa (*tabella C*), per le quali la stessa Struttura Sanitaria contraente risulta accreditata.

L'Azienda si riserva di acquisire, altresì, prestazioni di disciplina diversa, comunque prevista nella determina di accreditamento della struttura, nel caso intervenissero temporanee necessità correlate al contenimento dei tempi di attesa, con le modalità che verranno definite tra le parti.

In caso di ulteriori disposizioni normative nazionali, regionali o aziendali che dovessero nel frattempo intervenire in materia di prestazioni/tariffe/tempi di attesa, l'Azienda si riserva, con apposito provvedimento, di adeguare i contenuti del contratto.

1.B. VOLUME

La Struttura Sanitaria contraente si impegna ad erogare, nel periodo di validità del presente contratto, complessivamente: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale per le quali si fa riferimento **all'importo massimo previsto al tetto di spesa (punto 1.C)**, al netto del ticket direttamente incassato. L'importo sarà determinato dal numero delle prestazioni erogate, tariffate secondo quanto previsto dal Nomenclatore Tariffario vigente della Regione Emilia-Romagna, previa applicazione dello sconto tariffe pari al 2%: da tale importo deve essere sottratto il ticket direttamente incassato.

Si precisa che, nel caso in cui gli sconti da applicarsi alle prestazioni oggetto del presente contratto dovessero subire variazioni, l'Azienda USL provvederà alla rideterminazione degli stessi con specifico atto.

La struttura privata contraente si impegna espressamente a distribuire l'erogazione delle prestazioni nel corso dell'accordo, in modo da garantire agli utenti un servizio esteso a tutto il periodo di validità.

1.C. TETTO DI SPESA

Il limite di spesa massimo programmato per l'erogazione delle prestazioni di cui al punto 1.A. è di € **65.000,00** al netto del ticket direttamente incassato per il periodo di validità del presente contratto e dello sconto previsto, fatte salve eventuali nuove diverse disposizioni che dovessero essere impartite dalla Regione Emilia-Romagna.

ART. 2) - Monitoraggio, fatturazione e pagamenti -

Secondo quanto previsto dalle vigenti circolari regionali relativamente al flusso Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA), soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche.

Per le prestazioni rese la struttura sanitaria contraente, al fine di consentire un costante monitoraggio della spesa, emetterà nota di addebito mensile per l'importo corrispondente alle prestazioni oggetto del presente contratto,

secondo la procedura allegata quale parte integrante del presente contratto (Allegato n. 1C), specificando l'ammontare:

- a) dell'importo lordo (previa applicazione dello sconto tariffe di cui all'art.1);
- b) dei ticket riscossi (con indicazione separata di eventuale quota ricetta per fascia di reddito);
- c) della somma netta addebitata, unendo alla stessa nota:
 - le prescrizioni dei Medici;
 - l'indicazione dei ticket riscossi direttamente.

L'Azienda USL di Piacenza, in conformità a quanto disposto dal D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231, così come modificato dal D.Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 e interpretato dall'art. 24 L. 30 ottobre 2014, n. 161, effettuerà i pagamenti per le prestazioni ambulatoriali regolarmente erogate entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura.

Sui pagamenti effettuati oltre i 60 giorni verranno applicati gli interessi di mora ex D.lgs. n. 231/2002 e ss.mm.ii. L'Azienda USL si riserva di poter effettuare in qualsiasi momento i controlli contabili, amministrativi e documentali presso gli assistiti, nonché con possibile accesso, a mezzo di propri funzionari che dovranno farsi identificare mediante esibizione di cartellino personale, presso il Poliambulatorio stipulante, onde accertare la congruità e la regolarità delle note di addebito emesse, l'appropriatezza delle prescrizioni e/o le modalità di erogazione. Per le modalità di fatturazione ed i controlli amministrativo/contabili vedasi inoltre quanto specificato nell'apposita procedura condivisa con la struttura erogante ed allegata al presente contratto (Allegato n. 1C).

ART. 3) - Fatturazione pazienti non residenti -

La Struttura privata contraente, in caso di prestazioni rese a cittadini non residenti nell'ambito dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza, dovrà attenersi alle seguenti modalità di invio delle note di addebito, al netto dello sconto:

- a) le prestazioni rese a cittadini residenti nella Regione Emilia-Romagna dovranno essere addebitate direttamente alle Aziende Unità Sanitarie Locali di rispettiva competenza territoriale;
- b) le prestazioni rese a cittadini residenti in Regioni diverse dalla Regione Emilia-Romagna saranno addebitate all'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza per la successiva compensazione per il tramite dei meccanismi di mobilità interregionale nei limiti e secondo le indicazioni regionali.

Le note di addebito anche in questo caso dovranno essere inviate secondo la procedura allegata quale parte integrante del presente contratto (Allegato n. 1C).

ART. 4) – Ticket -

Le quote ticket a carico dell'utenza saranno rimosse direttamente dalla struttura, previa osservanza delle normative disciplinanti la materia e successivamente specificate nelle note di addebito mensili come indicato al precedente art. 2.

PARTE II – (Norme Organizzative) –

Art. 5) - Modalità di accesso -

A far tempo dalla data di inizio della validità del presente contratto, gli assistiti potranno accedere direttamente alla struttura sanitaria contraente, senza necessità di preventiva autorizzazione da parte dell'Azienda Unità Sanitaria Locale nel rispetto:

- ✓ dei limiti di spesa di cui al punto 1.C.;
- ✓ della normativa vigente in materia e nell'ambito delle prestazioni oggetto del presente contratto;
- ✓ delle modalità e/o procedure operative preventivamente concordate con l'Azienda USL;
- ✓ del rispetto dei criteri di appropriatezza previsti dalla DGR n. 1365/2002 (Allegato n. 2C).

Le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione potranno essere prescritte su ricetta SSN o direttamente da specialista fisiatra o da MMG: in entrambe le situazioni la prescrizione deve essere corredata da un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) definito dal fisiatra (secondo lo schema di cui all'Allegato n. 3C).

È fatto obbligo alla struttura di adottare tutte le misure e le procedure necessarie per la gestione in sicurezza dell'attività nel rispetto della normativa anti-Covid.

Art. 6) – Controlli -

Con la firma del presente contratto la Struttura Privata contraente accetta che l’Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza attivi ed esegua, in qualunque momento, controlli e/o ispezioni atti a verificare sia l’appropriatezza delle prestazioni rese, sia la congruenza tra prescrizioni, prestazioni mediche e relative tariffe.

Sulle prestazioni erogate saranno, inoltre, effettuate verifiche relativamente a prestazioni incompatibili secondo le indicazioni del nomenclatore tariffario vigente.

Il Poliambulatorio stipulante assicura agli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale il medesimo livello qualitativo delle prestazioni rese ai cittadini paganti in proprio.

Art. 7) - Debito informativo -

La Struttura si impegna a rendicontare l’attività erogata secondo le specifiche del flusso informativo regionale ASA.

Si precisa che la struttura accreditata risulta essere la sola titolare e responsabile del contenuto del flusso ASA in ordine alla completezza e agli eventuali scarti.

Art. 8) - Adesione alla rete SOLE e integrazioni di applicativi -

Come prefigurato dall’accordo quadro 2022-2025 stipulato tra la Regione Emilia-Romagna e l’Associazione delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private (ANISAP) in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, tutte le strutture private accreditate si impegnano ad aderire alla rete SOLE, a garantire la gestione della ricetta dematerializzata, dal recupero alla chiusura secondo le regole previste dal flusso ministeriale, in conformità alla DGR 748/11 “Linee Guida sistema CUP” e alle indicazioni aziendali sulla gestione dell’attività ambulatoriale erogata ed infine per garantire l’invio dei referti al Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente.

Art. 9) - Incompatibilità -

La Struttura privata contraente si dichiara consapevole che è vietato alle strutture private accreditate avere nel proprio organico, in qualità di consulente o di prestatore d’opera, personale medico e non in posizione di incompatibilità. Il principio dell’incompatibilità deve intendersi riferito all’attività professionale sanitaria e non, a qualsiasi titolo espletata presso la struttura accreditata da personale dipendente dal SSN, personale convenzionato e personale universitario integrato, ivi compresa l’attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio.

Anche ai fini del presente articolo l’Azienda si riserva, inoltre, la facoltà e la Struttura Sanitaria contraente l’accetta, di effettuare ispezioni senza preavviso a mezzo di propri funzionari che dovranno farsi identificare mediante esibizione di cartellino personale. L’eventuale riscontrata esistenza di situazioni di incompatibilità è motivo di risoluzione immediata del presente contratto.

PARTE III – (Norme tecniche e finali) –

Art. 10) - Accreditemento -

La valenza del presente contratto è subordinata al mantenimento dei requisiti dell’Accreditemento.

Art. 11) – Protezione dei dati personali -

Le parti si impegnano ad osservare le disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e Dlgs 196/2003 così come modificato dal Dlgs. 101/2018).

Le parti convengono che l’Azienda USL di Piacenza, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali dei pazienti, provvederà, con atto separato, alla nomina del Poliambulatorio Privato Fisiomed S.r.l. a Responsabile del trattamento dei dati personali, così come previsto dall’art. 28 del regolamento UE 2016/679.

Art. 12) - Validità dell’Accordo -

Il presente accordo ha validità ed efficacia dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024, con conseguente ratifica dell’eventuale periodo intercorrente tra il 1° gennaio e la data della stipula effettiva dell’atto.

L’accordo potrà altresì essere “in toto” o in parte risolto o modificato rispetto alle tipologie di prestazioni convenzionate anche prima della data di scadenza, nel caso in cui l’entrata in funzione di nuove strutture aziendali e/o il potenziamento di quelle esistenti aumentasse l’offerta in misura tale da corrispondere al livello della domanda. In tal caso l’Azienda USL darà comunicazione scritta a mezzo PEC, con preavviso di 30 giorni, senza che la parte contraente possa vantare alcuna pretesa a qualsivoglia titolo.

Alla scadenza, qualora permanga per entrambe le parti l'espressa volontà di dare prosecuzione all'accordo alle medesime condizioni in essere, questa Azienda, previa acquisizione dell'assenso alla prosecuzione, procederà alla proroga con atto deliberativo.

Le spese contrattuali relative al presente atto sono a carico della struttura sanitaria contraente.

Art. 13) - Foro competente -

In caso di controversia tra le parti rientrante nella giurisdizione del Giudice Ordinario, è competente a decidere in via esclusiva il Foro di Piacenza.

Si allegano, quali parti integranti e sostanziali: **tabella C; Allegato n. 1C, Allegato n. 2C; Allegato n. 3C (schema PRI).**

Previa lettura, il contratto viene confermato e sottoscritto dalle parti.

Per delega del Direttore Generale
Azienda USL di Piacenza
Ing. Nicholas Rossetti

L'Amministratrice Unica del
Poliambulatorio Privato Fisiomed s.r.l.
Sig.ra Bariola Maria Sole

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del Testo Unico D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e norme collegate, il quale sostituisce il testo cartaceo e la firma autografa.

(Atto soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi del D.P.R. 26.04.1986 n.131 Art.5)

TABELLA C - Elenco prestazioni medicina fisica e riabilitazione (DGR 1365/2002)

codice nomenclatore	prestazione	tariffa
93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	12
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	10
93.11.3	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	9
93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	7
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO Per seduta di 30 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	5
93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE Manipolazione della colonna vertebrale per seduta Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	15
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	9
93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	12
93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	4
93.19.1	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta individuale di 60 minuti (Ciclo di dieci sedute)	11
93.19.2	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta collettiva di 60 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	5
93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	11
93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI	8
93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA Per seduta	1,8
93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO Per seduta (30 minuti ciascuna)	8,5
93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DELLA MANO O DEL VISO Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	2,55
93.39.7	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	2,55

Allegato n. 1C – PARTE INTEGRANTE DELL'ACCORDO**A CARICO DELLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA****PRESTAZIONI EROGATE AD ASSISTITI AUSL DI PIACENZA e FUORI REGIONE**

Secondo quanto previsto dalle vigenti circolari regionali relativamente al flusso ASA, soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche. Il tracciato record costituisce l'unico modello di rilevazione valido come base di riferimento per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse: pertanto, la liquidazione delle fatture avverrà secondo un nuovo schema che farà riferimento alle prestazioni validate mensilmente dal suddetto flusso regionale (ASA).

MODALITA' DI FATTURAZIONE

A partire dal 1 Gennaio 2022 è obbligatorio riportare nella fattura la tripletta, necessaria al fine della liquidazione della medesima e composta dalle seguenti voci:

- ID identificativo dell'ordine nel campo 2.1.2.2 <IdDocumento>
- La data di emissione dell'ordine nel campo 2.1.2.3 <Data>
- Identificativo del soggetto che ha emesso l'ordine nel campo 2.1.2.5 <CodiceCommessaConvenzione> preceduto e seguito dal carattere “ # ” senza interposizione di spazi. L'endpoint della scrivente Azienda è #UFR51Q#
- Codice CIG (codice identificativo di gara).

Entro il 20° giorno (se festivo, il primo giorno utile feriale) del mese successivo al periodo di riferimento delle prestazioni da fatturare, l'Azienda USL invierà alla Struttura Privata Accreditata, a mezzo PEC (Posta elettronica Certificata), il file delle prestazioni validate dalla Regione ER relativamente al mese precedente, distinguendo le prestazioni erogate a pazienti assistiti dalla AUSL di Piacenza da quelli assistiti da altre AUSL fuori regione. Verrà inoltre trasmesso il file degli eventuali scarti e le relative motivazioni che ne hanno causato l'esclusione.

Nel rispetto della normativa vigente in materia di fatturazione, verranno inviati unitamente agli elenchi del flusso ASA i seguenti documenti:

- un prospetto “Riepilogo” riportante il totale di tutte le prestazioni validate e valorizzate sia al lordo che al netto degli sconti applicati ordinati per tipologia nonché i ticket eventualmente incassati. Risulterà pertanto un riepilogo dettagliato che renderà chiari i conteggi effettuati;
- un “Ordine”, il cui numero dovrà essere **obbligatoriamente** riportato in apposito campo previsto dalla fattura elettronica unitamente all'indicazione del mese di competenza che troverete nella sezione evidenziata qui sotto:



ORDINATIVO D'ACQUISTO		
Numero	Data	Pagina
80-DSP19-8	01/01/2019	1 di 1

Questo Ordine costituirà il documento di sintesi da utilizzare per l'emissione della fattura all'Azienda USL, documento che dovrà pertanto riportare solo il totale netto finale per tipologia di conto con l'eventuale indicazione della sola quota fissa riscossa.

CONTO	RIFERIMENTI CONTABILI
Conto sistema affr. privati RER e residenti 9900000000	Conto: C/COSP1515 SPECIALISTICA RESIDENTI Prog spesa: 4182015 Aut. del:

- Le fatture dovranno essere emesse distinte per Residenti, Fuori Regione e Stranieri. Per quanto riguarda la fattura dei pazienti stranieri, nel caso di piccoli quantitativi di prestazioni, è possibile emettere un unico documento trimestrale riportando i vari numeri d'ordine.
- Le eventuali prestazioni non inserite nell'ordine, ma per le quali si ritenga di aver titolo alla liquidazione, dovranno essere fatturate separatamente e saranno oggetto di ulteriori controlli/approfondimenti.

Se dovessero essere rilevate da parte della Struttura Accreditata eventuali incongruenze/inesattezze nella documentazione ricevuta, è possibile, prima di emettere le fatture correlate, comunicare tempestivamente all'Azienda le anomalie per le eventuali correzioni del caso che permetteranno di modificare l'ordine e velocizzare le relative liquidazioni.

La Struttura Privata Accreditata, a seguito della ricezione dell'ordine, dovrà pertanto fatturare solo ed esclusivamente le prestazioni inserite nel validato regionale (Flusso ASA) trasmesso dall'Azienda, affinché l'AUSL effettui un tempestivo e puntuale controllo e proceda con la liquidazione della fattura di competenza del mese di riferimento.

Le prestazioni scartate dal flusso validato mensilmente potranno, una volta che la Struttura erogante ha verificato e sistemato i problemi scartanti, essere recuperate nel flusso ASA con il 13° invio (mese di marzo dell'anno successivo a quello a cui si riferiscono le prestazioni). In tal caso la struttura dovrà fatturare a conguaglio le prestazioni recuperate, entro il mese di ricevimento del flusso ASA validato per il 13° invio (marzo dell'anno successivo quello di erogazione delle prestazioni) e inviare le fatture sempre corredate dalla documentazione (ricetta, eventuale ticket riscosso).

Qualora le fatture emesse dalla Struttura Privata Accreditata contengano errori, l'AUSL effettuerà le opportune contestazioni mediante comunicazione formale delle incongruenze, corredando la richiesta di nota di credito/debito di un elenco dettagliato degli errori rilevati. La contestazione potrà riguardare anche eventuali sforamenti di budget. A fronte delle suddette contestazioni, la struttura dovrà emettere relativa nota di credito/debito indicando la/le fattura/e cui la nota di credito si riferisce.

ASSISTITI NON RESIDENTI IN REGIONE Emilia Romagna

Rimangono invariati gli obblighi della struttura convenzionata per quanto riguarda le modalità di fatturazione e trasmissione del materiale a supporto dei controlli precisate per le prestazioni erogate agli assistiti non della nostra AUSL e che dovranno essere consegnate e fatturate separatamente.

E' altresì necessario che tutte le prestazioni erogate dalla Struttura Privata Accreditata siano validate e pertanto presenti sia sul flusso ASA della Regione ER che sul Programma Agenda-Med's Office fornito dall'Azienda USL e rendicontate a parte come da procedura.

Requisiti materiale integrativo della fatturazione

La STRUTTURA CONVENZIONATA deve consegnare all'ufficio AUSL preposto ai controlli, contestualmente alla registrazione sul portale della fattura, per ogni fattura inviata al Bilancio, la seguente documentazione così predisposta:

- copia della fattura registrata;
- Ricette in originale;
- Copia delle ricevute per i Ticket eventualmente riscossi allegati alle singole ricette;
- Elenco dettagliato per branca specialistica delle prestazioni erogate con l'indicazione dei nominativi nonché del valore prestazione e del ticket eventualmente riscosso (l'elenco può essere o per data di esecuzione o in ordine alfabetico) che deve essere allegato ad una copia della fattura trasmessa al fine di collegarla direttamente alle prestazioni contabilizzate;
- riassunto numerico delle prestazioni per tipologia e branca distinguendole tra esenti e non esenti.

La consegna del materiale a supporto dei controlli dovrà avvenire previo appuntamento. Verranno apposti il timbro e la data di arrivo su un modulo specifico che il delegato della struttura convenzionata sottoscriverà per avvenuta consegna di tutto il materiale succitato.

Eventuali ritardi nella consegna della documentazione rispetto alla data di fatturazione nonché consegna di materiale non coerente o anche solo in parte mancante, rispetto a quanto sopra precisato, causeranno la sospensione della data di decorrenza dei termini ai fini del pagamento della fattura.

Allegato n. 2c

Prot. n. (BAS/02/30349)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamata la propria precedente deliberazione n. 295 del 25.2.2002 avente ad oggetto: "Recepimento del DPCM 29 novembre 2001 definizione dei livelli essenziali di assistenza", ratificato da Consiglio regionale con atto n. 349 del 27.3.2002, con cui, tra l'altro al punto 5 del dispositivo si era rinviato ad un successivo provvedimento "l'individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni previste dall'allegato 2B e 2C al DPCM"

Dato atto che nel frattempo il competente Assessorato alla Sanità ha provveduto a porre in essere una serie di approfondimenti destinati a chiarire la portata delle limitazioni riguardanti le tipologie di prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM sopracitato, acquisendo gli elementi necessari per individuare le condizioni cliniche ed i criteri cui subordinare l'erogazione delle prestazioni stesse e che tali elementi hanno formato oggetto di confronto con le categorie professionali interessate e con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale e che la loro applicabilità è stata verificata con le aziende sanitarie della regione;

Valutato che nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, già in passato erano state impartite istruzioni dal competente Assessorato alla Sanità, espressamente richiamate negli allegati al presente provvedimento, circa la erogabilità, secondo criteri di appropriatezza, di ciascuna tipologia di prestazioni di cui all'allegato 2B e che in particolare per l'assistenza odontoiatrica, con deliberazione n. 309/2000, si erano individuate 5 diverse priorità di erogazione della stessa;

Valutato necessario, stante la complessità della tipologia di assistenza, acquisire più precisi elementi informativi relativi alle effettive possibilità di accesso alle prestazioni di assistenza odontoiatrica, che risultano disomogenee in ambito regionale, nonché ulteriori approfondimenti tecnici relativi alle condizioni sanitarie che possono determinare priorità di accesso alle prestazioni;

Considerato inoltre che a livello nazionale sono previste indicazioni specifiche in merito alle condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria che caratterizzano i soggetti in condizioni di "particolare vulnerabilità" tali da garantire tale livello di assistenza odontoiatrica;

Valutato pertanto opportuno, in attesa degli approfondimenti regionali e nazionali sopra indicati, mantenere per l'assistenza odontoiatrica le attuali modalità di erogazione e le priorità a suo tempo individuate;

Ritenuto di meglio puntualizzare le condizioni ed i criteri cui subordinare l'erogazione delle altre 3 tipologie di prestazioni di cui all'allegato 2B (densitometria ossea, medicina fisica e riabilitativa, chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri), come risulta dalle schede allegate al presente provvedimento, quali sua parte sostanziale ed integrante;

Considerato che l'attuazione di tali indicazioni è finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza d'uso delle tre tipologie di prestazioni e al contenimento dei tempi di attesa;

Valutato opportuno far riserva di procedere ad eventuali integrazioni, anche sulla base dell'esperienza nel frattempo acquisita e delle eventuali risultanze degli approfondimenti che saranno formulati a livello nazionale;

Stabilito di dare decorrenza all'applicazione delle modalità di erogazione relative a ciascuna delle 3 tipologie di prestazioni di cui alle schede allegate, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione, fatta salva l'erogazione delle prestazioni già prenotate secondo le modalità vigenti all'atto della prenotazione stessa;

Rilevato inoltre che:

- le indicazioni contenute nell'allegato 2C del DPCM su criteri e modalità per contenere l'erogazione di prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse si pongono in sostanziale continuità con il percorso già avviato in questa regione in tema di appropriatezza dei ricoveri;

- la maggior parte dei DRG elencati in tale allegato e già stata infatti oggetto di specifiche azioni finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa da parte delle Aziende, a partire dal 1999, sia attraverso l'individuazione dei 27 DRG oggetto dell'accordo con i MMG per i quali si sono realizzati importanti riduzioni del numero dei casi trattati in regime di ricovero ordinario, anche in relazione a disposizioni tariffarie specifiche, sia attraverso l'individuazione dell'attività chirurgica elettiva trasferibile in DH;
- anche relativamente alle attività di controllo, le indicazioni fornite alle Aziende a partire dall'anno 1999 indicano un elenco di DRG a rischio di inappropriatazza che comprende tutti i 43 DRG riportati nell'allegato 2C stesso;

Preso atto che saranno adottati successivamente ulteriori e specifici provvedimenti finalizzati a ridurre i margini di inappropriatazza, in particolare per la casistica medica con la riduzione di ricoveri ordinari ed in Day-Hospital e, per quella chirurgica con il trasferimento di parte dell'attività verso il regime diurno ed ambulatoriale; che è altresì previsto un trasferimento a livello ambulatoriale di alcune attività chirurgiche quali cataratta e tunnel carpale, per le quali si sta provvedendo all'inserimento nel Nomenclatore tariffario ambulatoriale della corrispondente tariffa.

Dato atto, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/01 e della delibera di Giunta regionale n. 2774 del 10 dicembre 2001:

del parere favorevole espresso dal Responsabile del Servizio Assistenza Distrettuale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Dott.ssa Maria Lazzarato, in merito alla regolarità tecnica della presente deliberazione;

del parere favorevole espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, Dottor Franco Rossi, in merito alla legittimità della presente deliberazione;

Sentita la Commissione Consigliare Sicurezza sociale che ha espresso parere favorevole nella seduta del 25 luglio 2002;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità

A voti unanimi e palesi

d e l i b e r a

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. In attesa degli approfondimenti regionali in atto relativi alla ricognizione degli attuali livelli di accesso e alle condizioni cliniche che richiedono una priorità di intervento, nonché delle previste indicazioni nazionali che definiscano le condizioni di particolare vulnerabilità, l'assistenza odontoiatrica continua ad essere erogata secondo le modalità in atto, tenendo conto delle priorità stabilite con deliberazione n. 309/2000;
2. L'erogazione delle rimanenti tre tipologie di prestazioni previste dall'allegato 2B del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", è disciplinata secondo quanto indicato nelle schede che fanno parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. La decorrenza delle modalità di erogazione di cui al precedente punto 2., fatta salva l'erogazione delle prestazioni già prenotate secondo le modalità vigenti all'atto della prenotazione stessa, è stabilita a far tempo dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione;
4. Il presente provvedimento dovrà essere pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

- - - - -

Allegato 2B

Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche cliniche di seguito indicate:

- | | |
|---|---------|
| 1. Densitometria ossea | pag. 6 |
| 2. Medicina fisica e riabilitativa | pag. 9 |
| Tabella che riporta "presupposti
e specifiche modalità di erogazione | pag. 12 |
| 3. Chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri | pag. 18 |

1) DENSITOMETRIA OSSEA (MOC)

Fonti normative

Il D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" include la densitometria ossea tra le prestazioni parzialmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza, nel senso che tale esame diagnostico vada erogato solo in presenza delle condizioni per le quali vi siano "evidenze di efficacia clinica".

La Regione in presenza di un non sempre motivato incremento del volume delle prestazioni richieste, anche alla luce delle risultanze di gruppo pluridisciplinare di esperti che ha posto alla base del proprio lavoro un'analisi comparata delle linee guida e dei rapporti di technology assessment disponibili a livello internazionale sull'uso appropriato della Densitometria Ossea, ha dato indicazioni in ordine alla individuazione delle condizioni cliniche e delle priorità di accesso alla MOC con circolare n. 21 del 31/10/2001 "Controllo dei tempi di attesa per le prestazioni di densitometria ossea".

L'entrata in vigore del DPCM 29 /11/2001 rende necessario intervenire su tale regolamentazione puntualizzando una serie di aspetti al fine di individuare le condizioni che presentano le "evidenze di efficacia clinica" alla cui presenza la norma subordina il diritto alla prestazione, ferme restando le altre indicazioni generali contenute nella citata circolare n. 21, e relativo allegato;

In via preliminare, va precisato che:

- > La Densitometria Ossea non è raccomandata come screening universale di popolazione, in particolare in donne in peri- menopausa. Non è infatti documentata l'efficacia di controlli a periodicità regolare e su chiamata attiva, rivolti a donne "sane"
- > La Densitometria Ossea è da effettuarsi solo quando il risultato dell'esame può modificare i successivi comportamenti assistenziali e/o la qualità di vita del paziente.

CATEGORIE DEGLI AVENTI DIRITTO: INDICAZIONI CLINICHE PER L'EROGAZIONE DELLA DENSITOMETRIA OSSEA

La Densitometria Ossea è l'esame strumentale più utile per la misurazione della massa ossea, ma la diagnosi di osteoporosi è soltanto uno dei fattori che devono essere presi in considerazione per definire il rischio di frattura e per decidere se istituire un trattamento farmacologico.

Le categorie di pazienti che presentano fattori di rischio per la riduzione della massa ossea, per le quali sono presenti le "evidenze di efficacia clinica" per l'effettuazione dell'esame sono:

- 1. Donne e uomini con sospetta osteoporosi secondaria derivanti da patologie quali:**
 - morbo di Cushing,
 - malassorbimenti intestinali (celiachia),
 - malattie infiammatorie intestinali (M. di Crohn),
 - ipogonadismo primitivo,
 - ipertiroidismo e iperparatiroidismo primitivo,
 - epatopatie colestatiche,
 - insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica, nefropatie croniche,
 - soggetti sottoposti a trapianto.

- 2. Soggetti che iniziano terapie prolungate (> 6 mesi) con:**
 - corticosteroidi sistemici (>5mg/die di prednisone-equivalenti),
 - tiroxina (ad alte dosi soppressive),
 - antiepilettici (fenitoina, fenobarbital),
 - farmaci antiretrovirali,
 - farmaci che inducono ipogonadismo,
 - eparina.

- 3. Donne in condizioni ginecologiche suggestive di carenza estrogenica:**
 - amenorrea primaria non trattata,
 - ovariectomia bilaterale precoce,
 - amenorrea secondaria di durata oltre 2 aa.,
 - menopausa precoce (< 45 anni).

4. Donne in menopausa da almeno sei mesi, con fattori di rischio accertati, per le quali l'esecuzione dell'esame è a supporto della decisione terapeutica verso una terapia ormonale sostitutiva o altro trattamento per l'osteoporosi di lunga durata.

I fattori di rischio considerati sono quelli legati all'anamnesi familiare, agli stili di vita e all'assunzione cronica di farmaci:

- a) *Nutrizione*: inadeguata assunzione di Calcio e vitamina D; peso corporeo estremamente basso (ovvero Indice di Massa Corporea $<19 \text{ kg/m}^2$),
- b) *Stili di Vita riferiti* a scarso esercizio fisico o immobilità prolungata; fumo ($> 20 \text{ sig/die}$); abuso di alcool (etilismo),
- c) *Assunzione di Farmaci*: vedi quelli indicati al precedente punto

5. **Soggetti con evidenza radiologica di osteoporosi** o con storia di pregresse fratture di tipo osteoporotico.

MODALITA' DI EROGAZIONE

Tenuto conto delle condizioni cliniche presentate, le categorie di pazienti prima individuate hanno diritto a ricevere la prestazione di densitometria ossea con oneri a carico del S.S.R. tranne, se dovuto, il pagamento del ticket, entro il limite temporale indicato per la generalità degli esami diagnostici (60 giorni).

Tenuto conto che le variazioni della massa ossea si verificano in un intervallo di tempo elevato, in quanto il metabolismo naturale dell'osso necessita di tempi lunghi per poter registrare cambiamenti rilevanti ai fini diagnostici, si stabilisce che le densitometrie ossee di controllo successive al primo esame sono erogabili a carico del S.S.R. solo se eseguite con scansione temporale non inferiore ai 24 mesi.

2) MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA AMBULATORIALE

Fonti normative

Il D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" include le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale tra quelle che l'allegato 2B definisce quali prestazioni parzialmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza, nel senso che le stesse sono erogabili solo in presenza di particolari condizioni cliniche.

Il medesimo provvedimento, all'allegato 2A, lettera f), elenca, nell'ambito della medicina fisica e riabilitativa, le prestazioni totalmente escluse dai LEA, recepite con la deliberazione regionale n. 295 del 25 febbraio 2002.

In ambito regionale l'assistenza ambulatoriale di medicina fisica e riabilitativa ha trovato finora la sua regolamentazione nella direttiva emanata con circolare n. 24 del 22/7/1997 che, in sede di individuazione di priorità nell'erogazione delle prestazioni, le suddivideva in 3 classi di erogabilità.

Il DPCM 29 /11/2001, per l'allegato 2B, conferma le opzioni già espresse dalla citata circolare, rendendo comunque necessaria una serie di puntualizzazioni, concernenti le condizioni cliniche ed i presupposti organizzativi cui subordinare la loro erogazione.

PROGRAMMA RIABILITATIVO E PRESA IN CARICO

L'individuazione di specifiche indicazioni cliniche per alcune prestazioni riabilitative e di terapia fisica è finalizzato a favorire modalità di accesso legate ad una valutazione preventiva del problema presentato dal paziente, necessaria per impostare il percorso terapeutico più idoneo.

Presupposto per l'accesso alle prestazioni terapeutiche diventa quindi la presa in carico, che comporta la valutazione del grado di disabilità o di ridotta funzionalità neuromotoria della persona e che normalmente si concretizza nella formulazione di un programma

riabilitativo, eventualmente inserito in un progetto riabilitativo individuale.

In questo contesto la valutazione che determina il programma riabilitativo deve essere riferita a criteri di tempestività, di continuità e di appropriatezza:

- rispetto dei tempi necessari per l'avvio del percorso terapeutico, in funzione del tipo di bisogno e delle fasi biologiche del recupero,
- coerente successione ed integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting in funzione delle fasi del processo morboso,
- priorità della presa in carico connessa alla tipologia di menomazione e disabilità, con riferimento anche alla loro modificabilità con l'intervento riabilitativo.

La presenza di un programma riabilitativo, visto eventualmente come parte di un progetto riabilitativo individuale, consente di orientare il progetto stesso al raggiungimento di obiettivi predefiniti e misurabili, secondo il criterio di presa in carico omnicomprensiva, prevedendo cadenza e modalità di verifica dell'efficacia dell'intervento stesso.

CRITERI DI ACCESSO E MODALITA' DI EROGAZIONE

La tabella allegata riporta le prestazioni terapeutiche di medicina fisica e riabilitativa incluse nei LEA, suddivise in 3 gruppi: "recupero e rieducazione funzionale", "terapia fisica", "altre", includendo sotto quest'ultima dizione quelle non attribuibili alle due precedenti categorie.

Per ciascuna prestazione l'allegato, con riferimento a quanto previsto dal DPCM, provvede ad evidenziare le specifiche modalità di erogazione (durata minima della prestazione, non associabilità tra prestazioni, cadenza temporale cui subordinare la ripetizione della prestazione), i presupposti clinici cui subordinare l'erogazione (quadri patologici definiti, età dell'assistito) e caratteristiche erogative e/o documentali della prestazione.

Si ribadisce l'esclusione dai LEA di tutte le prestazioni indicate al punto f) dell'allegato 2A, in quanto è stata evidenziata in sede tecnica la non appropriatezza di tali prestazioni quando erogate singolarmente.

Allegata di seguito: Tabella che riporta, per le prestazioni individuate, i presupposti e le specifiche modalità di erogazione.

Tabella: Presupposti e specifiche modalità di erogazione per le prestazioni terapeutiche di Medicina fisica e Riabilitazione erogabili solo secondo specifiche condizioni cliniche

CODICI	Descrizione nomenclatore	SPECIFICHE MODALITA' DI EROGAZIONE	PRESUPPOSTI
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE			
93.11.1	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave strumentale complessa) Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato Si codifica la "rieducazione complessiva" e non la rieducazione di singoli distretti o segmenti come prestazioni singole. Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave (semplice) e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa e semplice)	Per pazienti con lesioni complesse del sistema nervoso centrale, periferico e politraumatizzati
93.11.2	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave semplice) Incluso Biofeedback Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato Si codifica la "rieducazione complessiva" e non la rieducazione di singoli distretti come prestazioni singole Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave (strumentale complessa) e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa e semplice)	Solo esercizio terapeutico per pazienti con lesioni complesse del sistema nerv. centrale o periferico e politraumatizzati
93.11.3	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa) Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato es.: esercizio "isocinetico", pedana stabilometrica, ecc. Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (semplice)	
93.11.4	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (semplice) incluso Biofeedback Per seduta di 30 min. (ciclo	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato ; solo esercizio terapeutico	

	di 10 sedute)	Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa)	
93.11.5	Rieducazione motoria in gruppo (Per seduta di 30 min., max 5 paz. (ciclo di 10 sedute)	Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato; compresa "scuola schiena".	Solo per pazienti di età superiore ai 18 anni Prestazione non ripetibile per il medesimo problema clinico
93.15	Mobilizzazioni della colonna vertebrale Manipolazioni della colonna vertebrale per seduta Escluso = manipolazione di articolazione temporo mandibolare	Da intendersi come manipolazione vertebrale "manu medica" per un numero di sedute non superiore a 5	Per episodio rachialgico acuto Non ripetibile prima di 6 mesi
93.16	Mobilizzazione di altre articolazioni Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolaz. Escluso = manipolazione di articolazione tempo mandibolare	Per un numero di sedute non superiore a 5	
93.19.1	Esercizi posturali-propriocettivi Per seduta individuale di 60 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Non associabile a: Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale, a Esercizi Respiratori (individuale)	
93.19.2	Esercizi posturali-propriocettivi Per seduta collettiva di 60 min., max. 5 pazienti (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Non associabile al 93.11.5 e 93.18.2	Per soggetti di età superiore ai 18 anni -
93.22	Training deambulatori e del passo Incluso addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausilii e/o istruzione dei familiari - Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti per seduta di 30 min. (max 5 sedute) con formalizzazione del piano di addestramento	Solo addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausilii indispensabili per la

93.26	Risoluzione manuale di aderenze cicatriziali peri-articolari	Durata minima della prestazione: 30 minuti	deambulazione e/o istruzione dei familiari - Scollamento cicatriziale finalizzato al recupero articolare
TERAPIA FISICA			
93.35.2	Irradiazione infrarossa Per seduta	Durata minima della prestazione: 15 minuti	
93.35.3	Paraffinoterapia Bagno paraffinico per seduta (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 20 minuti	Solo per trattamento di esiti di trauma recente (max 6 mesi) alla mano e piede Per un massimo di 10 sedute
93.39.2	Massoterapia per drenaggio linfatico Per seduta (30 min. ciascuna)	Durata minima della prestazione: 30 minuti	Solo in caso di linfedema entro 6 mesi dall'insorgenza: escluso linfedema da insufficienza venosa primitiva e linfedema cronico non responsivo
93.39.6	Elettroterapia di muscoli normo o denervati della mano o del viso per seduta (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 20 minuti	Per patologie post-traumatiche o paralisi periferiche recenti (entro 6 mesi), limitatamente alla mano.
93.39.7	Elettroterapia di muscoli	Durata minima della prestazione: 20	Per patologie

	<p>nonno o denervati di altri distretti</p> <p>Per seduta (ciclo di 10 sedute)</p>	minuti	post-traumatiche o paralisi periferiche recenti (entro 6 mesi)
93.39.8	<p>Magnetoterapia</p> <p>Per seduta (ciclo di 10 sedute)</p>		Limitatamente ai ritardi di consolidazione; per tempi di trattamento, non inferiore alle 6 ore giornaliere per un periodo da 30 a 60 gg.
ALTRE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE			
93.18.1	<p>Esercizi respiratori</p> <p>Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)</p>	<p>Durata minima della prestazione: 30 minuti</p> <p>Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale, a Esercizi posturali- propriocettivi</p>	Prescrivibile per specifica patologia respiratoria.
93.18.2	<p>Esercizi Respiratori</p>	<p>Durata minima della prestazione: 60 minuti</p> <p>Non associabile a: Rieducazione motoria in gruppo e a Esercizi posturali- propriocettivi</p>	Prescrivibile per specifica patologia respiratoria.
93.71.1	<p>Training per dislessia</p> <p>Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)</p>	<p>Durata minima della prestazione: 30 minuti</p>	
93.71.2	<p>Training per dislessia</p> <p>Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)</p>	<p>Durata minima della prestazione: 60 minuti</p> <p>Max 5 pazienti</p>	
93.71.3	<p>Training per discalculia</p> <p>Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)</p>	<p>Durata minima della prestazione: 30 minuti</p>	
93.71.4	<p>Training per discalculia</p> <p>Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)</p>	<p>Durata minima della prestazione: 60 minuti</p> <p>Max 5 pazienti</p>	
93.72.1	<p>Training per disfasia Per seduta individuale (ciclo di</p>	<p>Durata minima della prestazione: 30 minuti</p>	

	10 sedute)	Comprende anche: training per afasia, disartria e rieducazione della deglutizione
93.72.2	Training per disfasia Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Comprende anche: training per afasia, disartria Max 5 pazienti
93.83	Terapia occupazionale Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training di attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Comprende addestramento familiari, per trasferimenti, utilizzo ausilii per ADL e controllo ambientale eventuale costruzione ausilii semplici
93.83.1	Terapia occupazionale Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti comprende addestramento familiari, x trasferimenti, utilizzo ausilii per ADL e controllo ambientale eventuale costruzione ausilii semplici
93.89.2	Training per disturbi cognitivi Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta Individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti
93.89.3	Training per disturbi cognitivi Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti
NOTA: non associabile = non eseguibile contemporaneamente durante il tempo dedicato alla/e altra/e prestazione/i;		

- Per le restanti prestazioni della branca specialistica Medicina fisica e riabilitazione (prestazioni diagnostiche e le seguenti prestazioni terapeutiche: Training prenatale, Riabilitazione del cieco , Training condizionamento audiometrico infantile) presenti nel

nomenclatore tariffario regionale, non sono previste al momento indicazioni specifiche, in quanto minore è il rischio di inappropriatelyzza.

3) CHIRURGIA REFRAATTIVA CON LASER AD ECCIMERI

Fonti normative

Il D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" include la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri tra le prestazioni parzialmente escluse dai LEA, in quanto erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali.

Attualmente in ambito regionale l'assistenza di cui si tratta trova la sua regolamentazione nella deliberazione regionale n. 593/2000 "Aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale". In sede di aggiornamento del nomenclatore, infatti, si è tra l'altro provveduto, relativamente alla correzione dei vizi di refrazione, a ridefinire la prestazione già presente e ad inserire una nuova voce, come sotto riportato:

1. "CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE" (codice 11.99.2), con laser ad eccimeri (PRK) con tecnica di ablazione standard o superficiale;
2. "CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE" (codice 119904) con laser ad eccimeri con tecnica LASIK o lamellare che richiede l'utilizzo, oltre che del laser ad eccimeri, anche del microcheratomo e di lamelle;

Nella deliberazione sono state inoltre definite le indicazioni e le condizioni di erogabilità delle due prestazioni, precisando già in quella sede che la correzione dei vizi di refrazione per motivi estetici non può essere ricompresa tra le prestazioni erogabili dal Servizio sanitario regionale.

CATEGORIE DEGLI AVENTI DIRITTO: INDICAZIONI CLINICHE PER L'EROGAZIONE DELLA CHIRURGIA REFRAATTIVA CON LASER AD ECCIMERI

Con il presente provvedimento vengono ribadite le indicazioni già fornite con la delibera 593/2000 tenuto conto che la chirurgia refrattiva, effettuata sia con tecnica PRK che con tecnica LASIK, rappresenta una tecnica irreversibile, associata ad un certo rischio di complicanze, ed è effettuata nella maggioranza dei casi per motivi

estetici per evitare l'utilizzo degli occhiali o di lenti a contatto. Se eseguite per motivi estetici queste prestazioni non possono essere ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e non sono quindi erogabili dal Servizio sanitario regionale.

Hanno invece diritto a fruire di questa tipologia di prestazione, con oneri a carico del S.S.R. (tranne, se dovuto, il pagamento del ticket), i casi sotto indicati, in cui la chirurgia refrattiva assume finalità terapeutiche:

- 1) pazienti con anisometropia grave (superiore a 4 - 5 diottrie) non indotta da chirurgia refrattiva monolaterale e con visione binoculare normale e stereopsi;
- 2) pazienti portatori di vizio refrattivo di tipo miopico che hanno sviluppato intolleranza grave alle lenti a contatto e la cui occupazione lavorativa è assolutamente incompatibile con l'utilizzo di lenti tradizionali.

ALLEGATO n. 3C (PRI)

SCHEDA DI PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

COGNOME _____ NOME _____ DATA _____

Diagnosi: _____

OBIETTIVI PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

- RECUPERO ROM ARTICOLARE E FORZA MUSCOLARE**
- PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE SECONDARIE E TERZIARIE**
- MIGLIORARE LA QUALITÀ E L'AUTONOMIA NEI PASSAGGI POSTURALI**
- RAGGIUNGIMENTO E MANTENIMENTO DELL'ORTOSTATISMO**
- RIEDUCAZIONE ALLO SPOSTAMENTO DEL CARICO**
- IMPOSTAZIONE DELLO SCHEMA DEL PASSO**
- RIATTIVAZIONE ARTO SUPERIORE E PRENSIONE**
- MANTENIMENTO DELLE CAPACITÀ MOTORIE**
- CONTROLLO DELLA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA**

IL MEDICO RESPONSABILE DEL PROGETTO

Allegato D

**SERVIZIO SANITARIO REGIONE EMILIA ROMAGNA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI PIACENZA
(Costituita con decreto del Presidente della Regione n. 566 del 23 Giugno 1994)**

**SCHEMA DI ACCORDO LOCALE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE AMBULATORIALI PER L'ANNO 2024 FRA L'AZIENDA USL DI
PIACENZA E LA STRUTTURA SANITARIA PRIVATA ACCREDITATA
POLIAMBULATORIO PRIVATO KINESIS S.R.L.**

<<<<<<<>>>>>>>>

TRA

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza – C.F. 91002500337 - con sede legale in Piacenza, Via Antonio Anguissola n. 15, rappresentata dal Responsabile U.O.S.D. Gestione operativa Sale Operatorie e Responsabile Unitario dell'accesso per i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali Ing. Nicholas Rossetti [REDACTED] il quale interviene al presente atto in rappresentanza e per conto del Direttore Generale Dott.ssa Paola Bardasi, giusta delega conferitagli con nota prot. n. 44345 del 18/04/2024;

E

la Struttura Sanitaria Privata Accreditata **Poliambulatorio Privato Kinesis S.r.l.** – C.F. e P. IVA 00725490338, con sede legale in Via Millo n. 26 -29122 Piacenza, legalmente rappresentata dal Presidente del Consiglio di Amministrazione Dr. Aldo Lecce, [REDACTED] residente per la carica ricoperta nella sede legale sopra indicata.

Premesso che:

- l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza ha definito il fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali per l'esercizio finanziario 2024, alla luce di quanto previsto dalla DGR 603 del 15 aprile 2019, che ha recepito il PNGLA (piano nazionale per la gestione delle liste d'attesa);
- La Struttura Sanitaria è stata autorizzata al funzionamento per l'esercizio delle attività sanitarie contrattate con determinazione dirigenziale del Comune di Piacenza n. 1 del 11/01/2012;
- la Struttura sanitaria ha ottenuto l'Accreditamento con Determina di Giunta Regione Emilia-Romagna n. 776 del 19/01/2022 per le seguenti:
 - attività (visite e prestazioni) svolte in ambulatorio medico:
 - Fisiokinesiterapia e rieducazione funzionale (Recupero e riabilitazione funzionale);
 - Neurologia, limitatamente a visita ed elettromiografia – prestazioni di base;
 - Attività di diagnostica per immagini, limitatamente a ecografia (eccetto ecografie cardiologiche ed ostetrico-ginecologiche) e MOC;
 - Presidio ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione;
- l'accreditamento concesso alla Struttura decorre dalla data di adozione del predetto provvedimento (DGR n. 776/2022) ed ha validità quinquennale;
- la Struttura, con nota prot. n. 124598 del 05/12/2023, ha prodotto la dichiarazione relativa al possesso dei requisiti di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. (Codice dei Contratti

- Publici), come previsto dall'Accordo quadro sottoscritto tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private (ANISAP) per il quadriennio 2022-2025;
- con DGR n. 1775 del 23/10/2023 la RER ha adottato il “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con decorrenza dal 01.01.2024”;
 - con DGR n. 82 del 22/01/2024 la RER ha stabilito il differimento al 1° aprile 2024 dell'entrata in vigore del Nomenclatore Tariffario Regionale di cui alla DGR n. 1775 del 20/10/2023;
 - con DGR n. 617 del 15/04/2024 la RER ha differito al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui alla DGR n. 1775 del 20/10/2023;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE :

PARTE I - (Norme economiche) –

ART. 1) - Definizione del budget -

La struttura sanitaria contraente si impegna ad erogare nel corso dell'anno 2024, in favore degli assistiti residenti nel comprensorio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza, le prestazioni specialistiche ambulatoriali alle condizioni previste dalle vigenti disposizioni regionali per branca, tipologie e volume enunciati nel presente accordo, il cui budget complessivo deve intendersi pari all'importo previsto al **punto 1.C**, fatto salvo eventuali adeguamenti che dovessero essere disposti dalla Regione stessa.

Solo previo accordo tra le parti formalizzato con apposito atto integrativo, in caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero rispetto al budget concordato, alla struttura privata potrà essere riconosciuto il corrispondente valore economico aggiuntivo.

La struttura deve impegnarsi a distribuire l'attività pattuita su tutto l'arco temporale di validità del contratto secondo il criterio di priorità clinica combinato con il criterio cronologico d'inserimento nelle liste di attesa.

1.A. TIPOLOGIA

La struttura contraente si impegna pertanto ad erogare le seguenti attività, per le quali la medesima risulta istituzionalmente accreditata:

- ❖ prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 1365 del 02.08.2002 (*tabella D*);
- ❖ prestazioni di Elettromiografia con le modalità definite dal Nomenclatore Tariffario della Regione Emilia-Romagna aggiornato da ultimo con DGR n. 1231 del 02.08.2021;
- ❖ visite fisiatriche con le modalità definite dal Nomenclatore Tariffario della Regione Emilia-Romagna aggiornato da ultimo con DGR n. 1231 del 02.08.2021;
- ❖ visite neurologiche con le modalità definite dal Nomenclatore Tariffario della Regione Emilia-Romagna aggiornato da ultimo con DGR n. 1231 del 02.08.2021.

L'Azienda si riserva di acquisire, altresì, prestazioni di disciplina diversa, comunque prevista nella determina di accreditamento della struttura, nel caso intervenissero temporanee necessità correlate al contenimento dei tempi di attesa, con le modalità che verranno definite tra le parti.

In caso di ulteriori disposizioni normative nazionali, regionali o aziendali che dovessero nel frattempo intervenire in materia di prestazioni/tariffe/tempi di attesa, l'Azienda si riserva, con apposito provvedimento, di adeguare i contenuti del contratto.

1.B. VOLUME

La Struttura Sanitaria contraente si impegna a garantire, nel periodo di validità del presente contratto,

le predette attività per le quali si fa riferimento **all'importo massimo previsto al tetto di spesa (punto 1.C)**, al netto del ticket direttamente incassato.

L'importo sarà determinato dal numero delle prestazioni erogate, tariffate secondo quanto previsto dal Nomenclatore Tariffario vigente della Regione Emilia-Romagna, previa applicazione dello sconto tariffe pari al 2%: da tale importo deve essere sottratto il ticket direttamente incassato.

Si precisa che, nel caso in cui gli sconti da applicarsi alle prestazioni oggetto del presente contratto dovessero subire variazioni, l'Azienda USL provvederà alla rideterminazione degli stessi con specifico atto.

La struttura privata contraente si impegna espressamente a distribuire l'erogazione delle prestazioni nel corso dell'accordo, in modo da garantire agli utenti un servizio esteso a tutto il periodo di validità.

1.C. TETTO DI SPESA

Il limite di spesa massimo complessivo programmato per l'erogazione delle prestazioni di cui al punto 1.A. è di € 185.400,00 (di cui € 74.500,00 per prestazioni di Medicina fisica e Riabilitazione, € 94.000,00 per Elettromiografia, € 16.900,00 per visita fisiatrica e visita neurologica), al netto del ticket direttamente incassato per il periodo di validità del presente contratto e dello sconto previsto, fatte salve eventuali nuove diverse disposizioni che dovessero essere impartite dalla Regione Emilia-Romagna.

Secondo le esigenze organizzative dell'Azienda USL, i budget parziali possono essere oggetto di interscambio.

Le prestazioni rientranti nei LEA erogate su richiesta dell'INAIL concorrono a determinare il limite di spesa massimo complessivo sopra indicato.

ART. 2) - Monitoraggio, fatturazione e pagamenti -

Secondo quanto previsto dalle vigenti circolari regionali relativamente al flusso Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA), soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche.

Per le prestazioni rese la struttura sanitaria contraente, al fine di consentire un costante monitoraggio della spesa, emetterà nota di addebito mensile per l'importo corrispondente alle prestazioni oggetto del presente contratto, secondo la procedura allegata quale parte integrante del presente contratto (Allegato n. 1D), specificando l'ammontare:

- a) dell'importo lordo (previa applicazione dello sconto tariffe di cui all'art.1);
- b) dei ticket riscossi (con indicazione separata di eventuale quota ricetta per fascia di reddito);
- c) della somma netta addebitata, unendo alla stessa nota:
 - le prescrizioni dei Medici;
 - l'indicazione dei ticket riscossi direttamente.

L'Azienda USL di Piacenza, in conformità a quanto disposto dal D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231, così come modificato dal D.Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 e interpretato dall'art. 24 L. 30 ottobre 2014, n. 161, effettuerà i pagamenti per le prestazioni ambulatoriali regolarmente erogate entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura.

Sui pagamenti effettuati oltre i 60 giorni verranno applicati gli interessi di mora ex D.lgs. n. 231/2002 e ss.mm.ii.

L'Azienda USL si riserva di poter effettuare in qualsiasi momento i controlli contabili, amministrativi e documentali presso gli assistiti, nonché con possibile accesso, a mezzo di propri funzionari che dovranno farsi identificare mediante esibizione di cartellino personale, presso il Poliambulatorio stipulante, onde accertare la congruità e la regolarità delle note di addebito emesse, l'appropriatezza delle prescrizioni e/o le modalità di erogazione. Per le modalità di fatturazione ed i controlli amministrativo/contabili vedasi inoltre quanto specificato nell'apposita procedura condivisa con la struttura erogante ed allegata al presente contratto (Allegato n. 1D).

ART. 3) - Fatturazione pazienti non residenti -

La Struttura privata contraente, in caso di prestazioni rese a cittadini non residenti nell'ambito dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza, dovrà attenersi alle seguenti modalità di invio delle note di addebito, al netto dello sconto:

- a) le prestazioni rese a cittadini residenti nella Regione Emilia-Romagna dovranno essere addebitate direttamente alle Aziende Unità Sanitarie Locali di rispettiva competenza territoriale;
- b) le prestazioni rese a cittadini residenti in Regioni diverse dalla Regione Emilia-Romagna saranno addebitate all'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza per la successiva compensazione per il tramite dei meccanismi di mobilità interregionale nei limiti e secondo le indicazioni regionali.

Le note di addebito anche in questo caso dovranno essere inviate secondo la procedura allegata quale parte integrante del presente contratto (Allegato n. 1D).

ART. 4) – Ticket -

Le quote ticket a carico dell'utenza saranno rimosse direttamente dalla struttura, previa osservanza delle normative disciplinanti la materia e successivamente specificate nelle note di addebito mensili come indicato al precedente art. 2.

PARTE II – (Norme Organizzative) –

Art. 5) - Modalità di accesso -

A far tempo dalla data di inizio della validità del presente contratto, gli assistiti per le prestazioni di fisioterapia potranno accedere direttamente alla struttura sanitaria contraente, senza necessità di preventiva autorizzazione da parte dell'Azienda Unità Sanitaria Locale nel rispetto:

- ✓ dei limiti di spesa di cui al punto 1.C;
- ✓ della normativa vigente in materia e nell'ambito delle prestazioni oggetto del presente contratto;
- ✓ delle modalità e/o procedure operative preventivamente concordate con l'Azienda USL;
- ✓ del rispetto dei criteri di appropriatezza previsti dalla DGR n. 1365/2002 (Allegato n. 2D).

Le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione potranno essere prescritte su ricetta SSN o direttamente da specialista fisiatra o da MMG: in entrambe le situazioni la prescrizione deve essere corredata da un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) definito dal fisiatra (secondo lo schema di cui all'Allegato n. 3D).

Per le prestazioni di elettromiografia, visita neurologica e visita fisiatrica gli assistiti potranno accedere alla struttura sanitaria contraente esclusivamente previa prenotazione centralizzata CUP. Limitatamente alle prestazioni di visita fisiatrica richieste dall'INAIL è consentito l'accesso in autogestione.

È fatto obbligo alla struttura di adottare tutte le misure e le procedure necessarie per la gestione in sicurezza dell'attività nel rispetto della normativa anti-Covid.

Art. 6) – Controlli -

Con la firma del presente contratto la Struttura Privata contraente accetta che l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza attivi ed esegua, in qualunque momento, controlli e/o ispezioni atti a verificare sia l'appropriatezza delle prestazioni rese, sia la congruenza tra prescrizioni, prestazioni mediche e relative tariffe.

Sulle prestazioni erogate saranno, inoltre, effettuate verifiche relativamente a prestazioni incompatibili secondo le indicazioni del nomenclatore tariffario vigente.

Il Poliambulatorio stipulante assicura agli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale il medesimo livello qualitativo delle prestazioni rese ai cittadini paganti in proprio.

Art. 7) - Debito informativo -

La Struttura si impegna a rendicontare l'attività erogata secondo le specifiche del flusso informativo regionale ASA.

Si precisa che la struttura accreditata risulta essere la sola titolare e responsabile del contenuto del flusso ASA in ordine alla completezza e agli eventuali scarti.

Art. 8) - Adesione alla rete SOLE e integrazioni di applicativi -

Come prefigurato dall'accordo quadro 2022-2025 stipulato tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private (ANISAP) in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, tutte le strutture private accreditate si impegnano ad aderire alla rete SOLE, a garantire la gestione della ricetta dematerializzata, dal recupero alla chiusura secondo le regole previste dal flusso ministeriale, in conformità alla DGR 748/11 "Linee Guida sistema CUP" e alle indicazioni aziendali sulla gestione dell'attività ambulatoriale erogata ed infine per garantire l'invio dei referti al Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente.

Art. 9) - Incompatibilità -

La Struttura privata contraente si dichiara consapevole che è vietato alle strutture private accreditate avere nel proprio organico, in qualità di consulente o di prestatore d'opera, personale medico e non in posizione di incompatibilità. Il principio dell'incompatibilità deve intendersi riferito all'attività professionale sanitaria e non, a qualsiasi titolo espletata presso la struttura accreditata da personale dipendente dal SSN, personale convenzionato e personale universitario integrato, ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio.

Anche ai fini del presente articolo l'Azienda si riserva, inoltre, la facoltà e la Struttura Sanitaria contraente l'accetta, di effettuare ispezioni senza preavviso a mezzo di propri funzionari che dovranno farsi identificare mediante esibizione di cartellino personale. L'eventuale riscontrata esistenza di situazioni di incompatibilità è motivo di risoluzione immediata del presente contratto.

PARTE III – (Norme tecniche e finali) –

Art. 10) - Accredimento -

La valenza del presente contratto è subordinata al mantenimento dei requisiti dell'Accreditamento.

Art. 11) – Protezione dei dati personali -

Le parti si impegnano ad osservare le disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e Dlgs 196/2003 così come modificato dal Dlgs. 101/2018).

Le parti convengono che l'Azienda USL di Piacenza, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali dei pazienti, provvederà, con atto separato, alla nomina del Poliambulatorio Privato Kinesis S.r.l. a Responsabile del trattamento dei dati personali, così come previsto dall'art. 28 del regolamento UE 2016/679.

Art. 12) - Validità dell'Accordo -

Il presente accordo ha validità ed efficacia dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024, con conseguente ratifica dell'eventuale periodo intercorrente tra il 1° gennaio e la data della stipula effettiva dell'atto.

L'accordo potrà altresì essere "in toto" o in parte risolto o modificato rispetto alle tipologie di prestazioni convenzionate anche prima della data di scadenza, nel caso in cui l'entrata in funzione di nuove strutture aziendali e/o il potenziamento di quelle esistenti aumentasse l'offerta in misura tale da corrispondere al livello della domanda. In tal caso l'Azienda USL darà comunicazione scritta a mezzo PEC, con preavviso di 30 giorni, senza che la parte contraente possa vantare alcuna pretesa a qualsivoglia titolo.

Alla scadenza, qualora permanga per entrambe le parti l'espressa volontà di dare prosecuzione all'accordo alle medesime condizioni in essere, questa Azienda, previa acquisizione dell'assenso alla prosecuzione, procederà alla proroga con atto deliberativo.

Le spese contrattuali relative al presente atto sono a carico della struttura sanitaria contraente.

Art. 13) - Foro competente -

In caso di controversia tra le parti rientrante nella giurisdizione del Giudice Ordinario, è competente a decidere in via esclusiva il Foro di Piacenza.

Si allega, quale parte integrante e sostanziale: **tabella D; Allegato n. 1D, Allegato n. 2D; Allegato n. 3D (schema PRI).**

Previa lettura, il contratto viene confermato e sottoscritto dalle parti.

Per delega del Direttore Generale
Azienda USL di Piacenza
Ing. Nicholas Rossetti

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione del
Poliambulatorio Privato Kinesis S.r.l.
Dr. Aldo Lecce

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del Testo Unico D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e norme collegate, il quale sostituisce il testo cartaceo e la firma autografa.

(Atto soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi del D.P.R. 26.04.1986 n.131 art.5)

TABELLA D - Elenco prestazioni medicina fisica e riabilitazione (DGR 1365/2002)

codice nomenclatore	prestazione	tariffa
93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	12
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	10
93.11.3	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	9
93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	7
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO Per seduta di 30 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	5
93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE Manipolazione della colonna vertebrale per seduta Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	15
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	9
93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	12
93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	4
93.19.1	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta individuale di 60 minuti (Ciclo di dieci sedute)	11
93.19.2	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta collettiva di 60 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	5
93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	11
93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI	8
93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA Per seduta	1,8
93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO Per seduta (30 minuti ciascuna)	8,5
93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DELLA MANO O DEL VISO Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	2,55
93.39.7	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	2,55

Allegato n. 1D – PARTE INTEGRANTE DELL’ACCORDO**A CARICO DELLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA****PRESTAZIONI EROGATE AD ASSISTITI AUSL DI PIACENZA e FUORI REGIONE**

Secondo quanto previsto dalle vigenti circolari regionali relativamente al flusso ASA, soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche. Il tracciato record costituisce l’unico modello di rilevazione valido come base di riferimento per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse: pertanto, la liquidazione delle fatture avverrà secondo un nuovo schema che farà riferimento alle prestazioni validate mensilmente dal suddetto flusso regionale (ASA).

MODALITA’ DI FATTURAZIONE

A partire dal 1 Gennaio 2022 è obbligatorio riportare nella fattura la tripletta, necessaria al fine della liquidazione della medesima e composta dalle seguenti voci:

- ID identificativo dell’ordine nel campo 2.1.2.2 <IdDocumento>
- La data di emissione dell’ordine nel campo 2.1.2.3 <Data>
- Identificativo del soggetto che ha emesso l’ordine nel campo 2.1.2.5 <CodiceCommessaConvenzione> preceduto e seguito dal carattere “ # ” senza interposizione di spazi. L’endpoint della scrivente Azienda è #UFR51Q#
- Codice CIG (codice identificativo di gara).

Entro il 20° giorno (se festivo, il primo giorno utile feriale) del mese successivo al periodo di riferimento delle prestazioni da fatturare, l’Azienda USL invierà alla Struttura Privata Accreditata, a mezzo PEC (Posta elettronica Certificata), il file delle prestazioni validate dalla Regione ER relativamente al mese precedente, distinguendo le prestazioni erogate a pazienti assistiti dalla AUSL di Piacenza da quelli assistiti da altre AUSL fuori regione. Verrà inoltre trasmesso il file degli eventuali scarti e le relative motivazioni che ne hanno causato l’esclusione.

Nel rispetto della normativa vigente in materia di fatturazione, verranno inviati unitamente agli elenchi del flusso ASA i seguenti documenti:

- un prospetto “Riepilogo” riportante il totale di tutte le prestazioni validate e valorizzate sia al lordo che al netto degli sconti applicati ordinati per tipologia nonché i ticket eventualmente incassati. Risulterà pertanto un riepilogo dettagliato che renderà chiari i conteggi effettuati;
- un “Ordine”, il cui numero dovrà essere **obbligatoriamente** riportato in apposito campo previsto dalla fattura elettronica unitamente all’indicazione del mese di competenza che troverete nella sezione evidenziata qui sotto:



ORDINATIVO D’ACQUISTO		
Numero	Data	Pagina
80-DSP19-8	01/01/2019	1 di 1

Questo Ordine costituirà il documento di sintesi da utilizzare per l'emissione della fattura all'Azienda USL, documento che dovrà pertanto riportare solo il totale netto finale per tipologia di conto con l'eventuale indicazione della sola quota fissa riscossa.

CONTO	RIFERIMENTI CONTABILI
Conto sistema affr. privati RER e residenti	Conto: C/CDSP1515 SPECIALISTICA RESIDENTI
9909000008	Prog spesa: 4182015 Aut. del:

- Le fatture dovranno essere emesse distinte per Residenti, Fuori Regione e Stranieri. Per quanto riguarda la fattura dei pazienti stranieri, nel caso di piccoli quantitativi di prestazioni, è possibile emettere un unico documento trimestrale riportando i vari numeri d'ordine.
- Le eventuali prestazioni non inserite nell'ordine, ma per le quali si ritenga di aver titolo alla liquidazione, dovranno essere fatturate separatamente e saranno oggetto di ulteriori controlli/approfondimenti.

Se dovessero essere rilevate da parte della Struttura Accreditata eventuali incongruenze/inesattezze nella documentazione ricevuta, è possibile, prima di emettere le fatture correlate, comunicare tempestivamente all'Azienda le anomalie per le eventuali correzioni del caso che permetteranno di modificare l'ordine e velocizzare le relative liquidazioni.

La Struttura Privata Accreditata, a seguito della ricezione dell'ordine, dovrà pertanto fatturare solo ed esclusivamente le prestazioni inserite nel validato regionale (Flusso ASA) trasmesso dall'Azienda, affinché l'AUSL effettui un tempestivo e puntuale controllo e proceda con la liquidazione della fattura di competenza del mese di riferimento.

Le prestazioni scartate dal flusso validato mensilmente potranno, una volta che la Struttura erogante ha verificato e sistemato i problemi scartanti, essere recuperate nel flusso ASA con il 13° invio (mese di marzo dell'anno successivo a quello a cui si riferiscono le prestazioni). In tal caso la struttura dovrà fatturare a conguaglio le prestazioni recuperate, entro il mese di ricevimento del flusso ASA validato per il 13° invio (marzo dell'anno successivo quello di erogazione delle prestazioni) e inviare le fatture sempre corredate dalla documentazione (ricetta, eventuale ticket riscosso).

Qualora le fatture emesse dalla Struttura Privata Accreditata contengano errori, l'AUSL effettuerà le opportune contestazioni mediante comunicazione formale delle incongruenze, corredando la richiesta di nota di credito/debito di un elenco dettagliato degli errori rilevati. La contestazione potrà riguardare anche eventuali sforamenti di budget. A fronte delle suddette contestazioni, la struttura dovrà emettere relativa nota di credito/debito indicando la/le fattura/e cui la nota di credito si riferisce.

ASSISTITI NON RESIDENTI IN REGIONE Emilia Romagna

Rimangono invariati gli obblighi della struttura convenzionata per quanto riguarda le modalità di fatturazione e trasmissione del materiale a supporto dei controlli precisate per le prestazioni erogate agli assistiti non della nostra AUSL e che dovranno essere consegnate e fatturate separatamente.

E' altresì necessario che tutte le prestazioni erogate dalla Struttura Privata Accreditata siano validate e pertanto presenti sia sul flusso ASA della Regione ER che sul Programma Agenda-Med's Office fornito dall'Azienda USL e rendicontate a parte come da procedura.

Requisiti materiale integrativo della fatturazione

La STRUTTURA CONVENZIONATA deve consegnare all'ufficio AUSL preposto ai controlli, contestualmente alla registrazione sul portale della fattura, per ogni fattura inviata al Bilancio, la seguente documentazione così predisposta:

- copia della fattura registrata;
- Ricette in originale;
- Copia delle ricevute per i Ticket eventualmente riscossi allegati alle singole ricette;
- Elenco dettagliato per branca specialistica delle prestazioni erogate con l'indicazione dei nominativi nonché del valore prestazione e del ticket eventualmente riscosso (l'elenco può essere o per data di esecuzione o in ordine alfabetico) che deve essere allegato ad una copia della fattura trasmessa al fine di collegarla direttamente alle prestazioni contabilizzate;
- riassunto numerico delle prestazioni per tipologia e branca distinguendole tra esenti e non esenti.

La consegna del materiale a supporto dei controlli dovrà avvenire previo appuntamento. Verranno apposti il timbro e la data di arrivo su un modulo specifico che il delegato della struttura convenzionata sottoscriverà per avvenuta consegna di tutto il materiale succitato.

Eventuali ritardi nella consegna della documentazione rispetto alla data di fatturazione nonché consegna di materiale non coerente o anche solo in parte mancante, rispetto a quanto sopra precisato, causeranno la sospensione della data di decorrenza dei termini ai fini del pagamento della fattura.

Allegato n. 2D

Prot. n. (BAS/02/30349)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamata la propria precedente deliberazione n. 295 del 25.2.2002 avente ad oggetto: "Recepimento del DPCM 29 novembre 2001 definizione dei livelli essenziali di assistenza", ratificato da Consiglio regionale con atto n. 349 del 27.3.2002, con cui, tra l'altro al punto 5 del dispositivo si era rinviato ad un successivo provvedimento "l'individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni previste dall'allegato 2B e 2C al DPCM"

Dato atto che nel frattempo il competente Assessorato alla Sanità ha provveduto a porre in essere una serie di approfondimenti destinati a chiarire la portata delle limitazioni riguardanti le tipologie di prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM sopracitato, acquisendo gli elementi necessari per individuare le condizioni cliniche ed i criteri cui subordinare l'erogazione delle prestazioni stesse e che tali elementi hanno formato oggetto di confronto con le categorie professionali interessate e con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale e che la loro applicabilità è stata verificata con le aziende sanitarie della regione;

Valutato che nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, già in passato erano state impartite istruzioni dal competente Assessorato alla Sanità, espressamente richiamate negli allegati al presente provvedimento, circa la erogabilità, secondo criteri di appropriatezza, di ciascuna tipologia di prestazioni di cui all'allegato 2B e che in particolare per l'assistenza odontoiatrica, con deliberazione n. 309/2000, si erano individuate 5 diverse priorità di erogazione della stessa;

Valutato necessario, stante la complessità della tipologia di assistenza, acquisire più precisi elementi informativi relativi alle effettive possibilità di accesso alle prestazioni di assistenza odontoiatrica, che risultano disomogenee in ambito regionale, nonché ulteriori approfondimenti tecnici relativi alle condizioni sanitarie che possono determinare priorità di accesso alle prestazioni;

Considerato inoltre che a livello nazionale sono previste indicazioni specifiche in merito alle condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria che caratterizzano i soggetti in condizioni di "particolare vulnerabilità" tali da garantire tale livello di assistenza odontoiatrica;

Valutato pertanto opportuno, in attesa degli approfondimenti regionali e nazionali sopra indicati, mantenere per l'assistenza odontoiatrica le attuali modalità di erogazione e le priorità a suo tempo individuate;

Ritenuto di meglio puntualizzare le condizioni ed i criteri cui subordinare l'erogazione delle altre 3 tipologie di prestazioni di cui all'allegato 2B (densitometria ossea, medicina fisica e riabilitativa, chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri), come risulta dalle schede allegate al presente provvedimento, quali sua parte sostanziale ed integrante;

Considerato che l'attuazione di tali indicazioni è finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza d'uso delle tre tipologie di prestazioni e al contenimento dei tempi di attesa;

Valutato opportuno far riserva di procedere ad eventuali integrazioni, anche sulla base dell'esperienza nel frattempo acquisita e delle eventuali risultanze degli approfondimenti che saranno formulati a livello nazionale;

Stabilito di dare decorrenza all'applicazione delle modalità di erogazione relative a ciascuna delle 3 tipologie di prestazioni di cui alle schede allegate, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione, fatta salva l'erogazione delle prestazioni già prenotate secondo le modalità vigenti all'atto della prenotazione stessa;

Rilevato inoltre che:

- le indicazioni contenute nell'allegato 2C del DPCM su criteri e modalità per contenere l'erogazione di prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse si pongono in sostanziale continuità con il percorso già avviato in questa regione in tema di appropriatezza dei ricoveri;

- la maggior parte dei DRG elencati in tale allegato e già stata infatti oggetto di specifiche azioni finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa da parte delle Aziende, a partire dal 1999, sia attraverso l'individuazione dei 27 DRG oggetto dell'accordo con i MMG per i quali si sono realizzati importanti riduzioni del numero dei casi trattati in regime di ricovero ordinario, anche in relazione a disposizioni tariffarie specifiche, sia attraverso l'individuazione dell'attività chirurgica elettiva trasferibile in DH;
- anche relativamente alle attività di controllo, le indicazioni fornite alle Aziende a partire dall'anno 1999 indicano un elenco di DRG a rischio di inappropriatazza che comprende tutti i 43 DRG riportati nell'allegato 2C stesso;

Preso atto che saranno adottati successivamente ulteriori e specifici provvedimenti finalizzati a ridurre i margini di inappropriatazza, in particolare per la casistica medica con la riduzione di ricoveri ordinari ed in Day-Hospital e, per quella chirurgica con il trasferimento di parte dell'attività verso il regime diurno ed ambulatoriale; che è altresì previsto un trasferimento a livello ambulatoriale di alcune attività chirurgiche quali cataratta e tunnel carpale, per le quali si sta provvedendo all'inserimento nel Nomenclatore tariffario ambulatoriale della corrispondente tariffa.

Dato atto, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/01 e della delibera di Giunta regionale n. 2774 del 10 dicembre 2001:

del parere favorevole espresso dal Responsabile del Servizio Assistenza Distrettuale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Dott.ssa Maria Lazzarato, in merito alla regolarità tecnica della presente deliberazione;

del parere favorevole espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, Dottor Franco Rossi, in merito alla legittimità della presente deliberazione;

Sentita la Commissione Consigliare Sicurezza sociale che ha espresso parere favorevole nella seduta del 25 luglio 2002;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità

A voti unanimi e palesi

d e l i b e r a

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. In attesa degli approfondimenti regionali in atto relativi alla ricognizione degli attuali livelli di accesso e alle condizioni cliniche che richiedono una priorità di intervento, nonché delle previste indicazioni nazionali che definiscano le condizioni di particolare vulnerabilità, l'assistenza odontoiatrica continua ad essere erogata secondo le modalità in atto, tenendo conto delle priorità stabilite con deliberazione n. 309/2000;
2. L'erogazione delle rimanenti tre tipologie di prestazioni previste dall'allegato 2B del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", è disciplinata secondo quanto indicato nelle schede che fanno parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. La decorrenza delle modalità di erogazione di cui al precedente punto 2., fatta salva l'erogazione delle prestazioni già prenotate secondo le modalità vigenti all'atto della prenotazione stessa, è stabilita a far tempo dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione;
4. Il presente provvedimento dovrà essere pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

- - - - -

Allegato 2B

Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche cliniche di seguito indicate:

- | | |
|---|---------|
| 1. Densitometria ossea | pag. 6 |
| 2. Medicina fisica e riabilitativa | pag. 9 |
| Tabella che riporta "presupposti
e specifiche modalità di erogazione | pag. 12 |
| 3. Chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri | pag. 18 |

1) DENSITOMETRIA OSSEA (MOC)

Fonti normative

Il D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" include la densitometria ossea tra le prestazioni parzialmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza, nel senso che tale esame diagnostico vada erogato solo in presenza delle condizioni per le quali vi siano "evidenze di efficacia clinica".

La Regione in presenza di un non sempre motivato incremento del volume delle prestazioni richieste, anche alla luce delle risultanze di gruppo pluridisciplinare di esperti che ha posto alla base del proprio lavoro un'analisi comparata delle linee guida e dei rapporti di technology assessment disponibili a livello internazionale sull'uso appropriato della Densitometria Ossea, ha dato indicazioni in ordine alla individuazione delle condizioni cliniche e delle priorità di accesso alla MOC con circolare n. 21 del 31/10/2001 "Controllo dei tempi di attesa per le prestazioni di densitometria ossea".

L'entrata in vigore del DPCM 29 /11/2001 rende necessario intervenire su tale regolamentazione puntualizzando una serie di aspetti al fine di individuare le condizioni che presentano le "evidenze di efficacia clinica" alla cui presenza la norma subordina il diritto alla prestazione, ferme restando le altre indicazioni generali contenute nella citata circolare n. 21, e relativo allegato;

In via preliminare, va precisato che:

- La Densitometria Ossea non è raccomandata come screening universale di popolazione, in particolare in donne in peri- menopausa. Non è infatti documentata l'efficacia di controlli a periodicità regolare e su chiamata attiva, rivolti a donne "sane"
- La Densitometria Ossea è da effettuarsi solo quando il risultato dell'esame può modificare i successivi comportamenti assistenziali e/o la qualità di vita del paziente.

CATEGORIE DEGLI AVENTI DIRITTO: INDICAZIONI CLINICHE PER L'EROGAZIONE DELLA DENSITOMETRIA OSSEA

La Densitometria Ossea è l'esame strumentale più utile per la misurazione della massa ossea, ma la diagnosi di osteoporosi è soltanto uno dei fattori che devono essere presi in considerazione per definire il rischio di frattura e per decidere se istituire un trattamento farmacologico.

Le categorie di pazienti che presentano fattori di rischio per la riduzione della massa ossea, per le quali sono presenti le "evidenze di efficacia clinica" per l'effettuazione dell'esame sono:

1. **Donne e uomini con sospetta osteoporosi secondaria derivanti da patologie quali:**
 - morbo di Cushing,
 - malassorbimenti intestinali (celiachia),
 - malattie infiammatorie intestinali (M. di Crohn),
 - ipogonadismo primitivo,
 - ipertiroidismo e iperparatiroidismo primitivo,
 - epatopatie colestatiche,
 - insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica, nefropatie croniche,
 - soggetti sottoposti a trapianto.

2. **Soggetti che iniziano terapie prolungate (> 6 mesi) con:**
 - corticosteroidi sistemici (>5mg/die di prednisone-equivalenti),
 - tiroxina (ad alte dosi soppressive),
 - antiepilettici (fenitoina, fenobarbital),
 - farmaci antiretrovirali,
 - farmaci che inducono ipogonadismo,
 - eparina.

3. **Donne in condizioni ginecologiche suggestive di carenza estrogenica:**
 - amenorrea primaria non trattata,
 - ovariectomia bilaterale precoce,
 - amenorrea secondaria di durata oltre 2 aa.,
 - menopausa precoce (< 45 anni).

4. Donne in menopausa da almeno sei mesi, con fattori di rischio accertati, per le quali l'esecuzione dell'esame è a supporto della decisione terapeutica verso una terapia ormonale sostitutiva o altro trattamento per l'osteoporosi di lunga durata.

I fattori di rischio considerati sono quelli legati all'anamnesi familiare, agli stili di vita e all'assunzione cronica di farmaci:

- a) *Nutrizione*: inadeguata assunzione di Calcio e vitamina D; peso corporeo estremamente basso (ovvero Indice di Massa Corporea $<19 \text{ kg/m}^2$),
- b) *Stili di Vita riferiti* a scarso esercizio fisico o immobilità prolungata; fumo ($> 20 \text{ sig/die}$); abuso di alcool (etilismo),
- c) *Assunzione di Farmaci*: vedi quelli indicati al precedente punto

5. Soggetti con evidenza radiologica di osteoporosi o con storia di pregresse fratture di tipo osteoporotico.

MODALITA' DI EROGAZIONE

Tenuto conto delle condizioni cliniche presentate, le categorie di pazienti prima individuate hanno diritto a ricevere la prestazione di densitometria ossea con oneri a carico del S.S.R. tranne, se dovuto, il pagamento del ticket, entro il limite temporale indicato per la generalità degli esami diagnostici (60 giorni).

Tenuto conto che le variazioni della massa ossea si verificano in un intervallo di tempo elevato, in quanto il metabolismo naturale dell'osso necessita di tempi lunghi per poter registrare cambiamenti rilevanti ai fini diagnostici, si stabilisce che le densitometrie ossee di controllo successive al primo esame sono erogabili a carico del S.S.R. solo se eseguite con scansione temporale non inferiore ai 24 mesi.

2) MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA AMBULATORIALE

Fonti normative

Il D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" include le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale tra quelle che l'allegato 2B definisce quali prestazioni parzialmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza, nel senso che le stesse sono erogabili solo in presenza di particolari condizioni cliniche.

Il medesimo provvedimento, all'allegato 2A, lettera f), elenca, nell'ambito della medicina fisica e riabilitativa, le prestazioni totalmente escluse dai LEA, recepite con la deliberazione regionale n. 295 del 25 febbraio 2002.

In ambito regionale l'assistenza ambulatoriale di medicina fisica e riabilitativa ha trovato finora la sua regolamentazione nella direttiva emanata con circolare n. 24 del 22/7/1997 che, in sede di individuazione di priorità nell'erogazione delle prestazioni, le suddivideva in 3 classi di erogabilità.

Il DPCM 29 /11/2001, per l'allegato 2B, conferma le opzioni già espresse dalla citata circolare, rendendo comunque necessaria una serie di puntualizzazioni, concernenti le condizioni cliniche ed i presupposti organizzativi cui subordinare la loro erogazione.

PROGRAMMA RIABILITATIVO E PRESA IN CARICO

L'individuazione di specifiche indicazioni cliniche per alcune prestazioni riabilitative e di terapia fisica è finalizzato a favorire modalità di accesso legate ad una valutazione preventiva del problema presentato dal paziente, necessaria per impostare il percorso terapeutico più idoneo.

Presupposto per l'accesso alle prestazioni terapeutiche diventa quindi la presa in carico, che comporta la valutazione del grado di disabilità o di ridotta funzionalità neuromotoria della persona e che normalmente si concretizza nella formulazione di un programma

riabilitativo, eventualmente inserito in un progetto riabilitativo individuale.

In questo contesto la valutazione che determina il programma riabilitativo deve essere riferita a criteri di tempestività, di continuità e di appropriatezza:

- rispetto dei tempi necessari per l'avvio del percorso terapeutico, in funzione del tipo di bisogno e delle fasi biologiche del recupero,
- coerente successione ed integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting in funzione delle fasi del processo morboso,
- priorità della presa in carico connessa alla tipologia di menomazione e disabilità, con riferimento anche alla loro modificabilità con l'intervento riabilitativo.

La presenza di un programma riabilitativo, visto eventualmente come parte di un progetto riabilitativo individuale, consente di orientare il progetto stesso al raggiungimento di obiettivi predefiniti e misurabili, secondo il criterio di presa in carico omnicomprensiva, prevedendo cadenza e modalità di verifica dell'efficacia dell'intervento stesso.

CRITERI DI ACCESSO E MODALITA' DI EROGAZIONE

La tabella allegata riporta le prestazioni terapeutiche di medicina fisica e riabilitativa incluse nei LEA, suddivise in 3 gruppi: "recupero e rieducazione funzionale", "terapia fisica", "altre", includendo sotto quest'ultima dizione quelle non attribuibili alle due precedenti categorie.

Per ciascuna prestazione l'allegato, con riferimento a quanto previsto dal DPCM, provvede ad evidenziare le specifiche modalità di erogazione (durata minima della prestazione, non associabilità tra prestazioni, cadenza temporale cui subordinare la ripetizione della prestazione), i presupposti clinici cui subordinare l'erogazione (quadri patologici definiti, età dell'assistito) e caratteristiche erogative e/o documentali della prestazione.

Si ribadisce l'esclusione dai LEA di tutte le prestazioni indicate al punto f) dell'allegato 2A, in quanto è stata evidenziata in sede tecnica la non appropriatezza di tali prestazioni quando erogate singolarmente.

Allegata di seguito: Tabella che riporta, per le prestazioni individuate, i presupposti e le specifiche modalità di erogazione.

Tabella: Presupposti e specifiche modalità di erogazione per le prestazioni terapeutiche di Medicina fisica e Riabilitazione erogabili solo secondo specifiche condizioni cliniche

CODICI	Descrizione nomenclatore	SPECIFICHE MODALITA' DI EROGAZIONE	PRESUPPOSTI
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE			
93.11.1	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave strumentale complessa) Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato Si codifica la "rieducazione complessiva" e non la rieducazione di singoli distretti o segmenti come prestazioni singole. Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave (semplice) e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa e semplice)	Per pazienti con lesioni complesse del sistema nervoso centrale, periferico e politraumatizzati
93.11.2	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave semplice) Incluso Biofeedback Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato Si codifica la "rieducazione complessiva" e non la rieducazione di singoli distretti come prestazioni singole Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave (strumentale complessa) e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa e semplice)	Solo esercizio terapeutico per pazienti con lesioni complesse del sistema nerv. centrale o periferico e politraumatizzati
93.11.3	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa) Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato es.: esercizio "isocinetico", pedana stabilometrica, ecc. Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (semplice)	
93.11.4	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (semplice) incluso Biofeedback Per seduta di 30 min. (ciclo	Durata minima della prestazione: 30 minuti Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato ; solo esercizio terapeutico	

	di 10 sedute)	Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave e a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa)	
93.11.5	Rieducazione motoria in gruppo (Per seduta di 30 min., max 5 paz. (ciclo di 10 sedute)	Indipendentemente dalle metodiche, dal mezzo e dall'ambiente utilizzato; compresa "scuola schiena".	Solo per pazienti di età superiore ai 18 anni Prestazione non ripetibile per il medesimo problema clinico
93.15	Mobilizzazioni della colonna vertebrale Manipolazioni della colonna vertebrale per seduta Escluso = manipolazione di articolazione temporo mandibolare	Da intendersi come manipolazione vertebrale "manu medica" per un numero di sedute non superiore a 5	Per episodio rachialgico acuto Non ripetibile prima di 6 mesi
93.16	Mobilizzazione di altre articolazioni Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolaz. Escluso = manipolazione di articolazione tempo mandibolare	Per un numero di sedute non superiore a 5	
93.19.1	Esercizi posturali-propriocezionali Per seduta individuale di 60 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Non associabile a: Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale, a Esercizi Respiratori (individuale)	
93.19.2	Esercizi posturali-propriocezionali Per seduta collettiva di 60 min., max. 5 pazienti (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Non associabile al 93.11.5 e 93.18.2	Per soggetti di età superiore ai 18 anni -
93.22	Training deambulatori e del passo Incluso addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari - Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti per seduta di 30 min. (max 5 sedute) con formalizzazione del piano di addestramento	Solo addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausili indispensabili per la

93.26	Risoluzione manuale di aderenze cicatriziali peri-articolari	Durata minima della prestazione: 30 minuti	deambulazione e/o istruzione dei familiari - Scollamento cicatriziale finalizzato al recupero articolare
TERAPIA FISICA			
93.35.2	Irradiazione infrarossa Per seduta	Durata minima della prestazione: 15 minuti	
93.35.3	Paraffinoterapia Bagno paraffinico per seduta (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 20 minuti	Solo per trattamento di esiti di trauma recente (max 6 mesi) alla mano e piede Per un massimo di 10 sedute
93.39.2	Massoterapia per drenaggio linfatico Per seduta (30 min. ciascuna)	Durata minima della prestazione: 30 minuti	Solo in caso di linfedema entro 6 mesi dall'insorgenza: escluso linfedema da insufficienza venosa primitiva e linfedema cronico non responsivo
93.39.6	Elettroterapia di muscoli normo o denervati della mano o del viso per seduta (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 20 minuti	Per patologie post-traumatiche o paralisi periferiche recenti (entro 6 mesi), limitatamente alla mano.
93.39.7	Elettroterapia di muscoli	Durata minima della prestazione: 20	Per patologie

	normo o denervati di altri distretti Per seduta (ciclo di 10 sedute)	minuti	post-traumatiche o paralisi periferiche recenti (entro 6 mesi)
93.39.8	Magnetoterapia Per seduta (ciclo di 10 sedute)		Limitatamente ai ritardi di consolidazione; per tempi di trattamento, non inferiore alle 6 ore giornaliere per un periodo da 30 a 60 gg.
ALTRE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE			
93.18.1	Esercizi respiratori Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Non associabile a Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale, a Esercizi posturali- propriocettivi	Prescrivibile per specifica patologia respiratoria.
93.18.2	Esercizi Respiratori	Durata minima della prestazione: 60 minuti Non associabile a: Rieducazione motoria in gruppo e a Esercizi posturali- propriocettivi	Prescrivibile per specifica patologia respiratoria.
93.71.1	Training per dislessia Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti	
93.71.2	Training per dislessia Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti	
93.71.3	Training per discalculia Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti	
93.71.4	Training per discalculia Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti	
93.72.1	Training per disfasia Per seduta individuale (ciclo di	Durata minima della prestazione: 30 minuti	

	10 sedute)	Comprende anche: training per afasia, disartria e rieducazione della deglutizione
93.72.2	Training per disfasia Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Comprende anche: training per afasia, disartria Max 5 pazienti
93.83	Terapia occupazionale Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training di attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti Comprende addestramento familiari, per trasferimenti, utilizzo ausilii per ADL e controllo ambientale eventuale costruzione ausilii semplici
93.83.1	Terapia occupazionale Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti comprende addestramento familiari, x trasferimenti, utilizzo ausilii per ADL e controllo ambientale eventuale costruzione ausilii semplici
93.89.2	Training per disturbi cognitivi Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta Individuale (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 30 minuti
93.89.3	Training per disturbi cognitivi Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute)	Durata minima della prestazione: 60 minuti Max 5 pazienti
NOTA: non associabile = non eseguibile contemporaneamente durante il tempo dedicato alla/e altra/e prestazione/i;		

- Per le restanti prestazioni della branca specialistica Medicina fisica e riabilitazione (prestazioni diagnostiche e le seguenti prestazioni terapeutiche: Training prenatale, Riabilitazione del cieco , Training condizionamento audiometrico infantile) presenti nel

nomenclatore tariffario regionale, non sono previste al momento indicazioni specifiche, in quanto minore è il rischio di inappropriatazza.

3) CHIRURGIA REFRAATTIVA CON LASER AD ECCIMERI

Fonti normative

Il D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" include la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri tra le prestazioni parzialmente escluse dai LEA, in quanto erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali.

Attualmente in ambito regionale l'assistenza di cui si tratta trova la sua regolamentazione nella deliberazione regionale n. 593/2000 "Aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale". In sede di aggiornamento del nomenclatore, infatti, si è tra l'altro provveduto, relativamente alla correzione dei vizi di refrazione, a ridefinire la prestazione già presente e ad inserire una nuova voce, come sotto riportato:

1. "CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE" (codice 11.99.2), con laser ad eccimeri (PRK) con tecnica di ablazione standard o superficiale;
2. "CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE" (codice 119904) con laser ad eccimeri con tecnica LASIK o lamellare che richiede l'utilizzo, oltre che del laser ad eccimeri, anche del microcheratomo e di lamelle;

Nella deliberazione sono state inoltre definite le indicazioni e le condizioni di erogabilità delle due prestazioni, precisando già in quella sede che la correzione dei vizi di refrazione per motivi estetici non può essere ricompresa tra le prestazioni erogabili dal Servizio sanitario regionale.

CATEGORIE DEGLI AVENTI DIRITTO: INDICAZIONI CLINICHE PER L'EROGAZIONE DELLA CHIRURGIA REFRAATTIVA CON LASER AD ECCIMERI

Con il presente provvedimento vengono ribadite le indicazioni già fornite con la delibera 593/2000 tenuto conto che la chirurgia refrattiva, effettuata sia con tecnica PRK che con tecnica LASIK, rappresenta una tecnica irreversibile, associata ad un certo rischio di complicanze, ed è effettuata nella maggioranza dei casi per motivi

estetici per evitare l'utilizzo degli occhiali o di lenti a contatto. Se eseguite per motivi estetici queste prestazioni non possono essere ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e non sono quindi erogabili dal Servizio sanitario regionale.

Hanno invece diritto a fruire di questa tipologia di prestazione, con oneri a carico del S.S.R. (tranne, se dovuto, il pagamento del ticket), i casi sotto indicati, in cui la chirurgia refrattiva assume finalità terapeutiche:

- 1) pazienti con anisometropia grave (superiore a 4 - 5 diottrie) non indotta da chirurgia refrattiva monolaterale e con visione binoculare normale e stereopsi;
- 2) pazienti portatori di vizio refrattivo di tipo miopico che hanno sviluppato intolleranza grave alle lenti a contatto e la cui occupazione lavorativa è assolutamente incompatibile con l'utilizzo di lenti tradizionali.

ALLEGATO n. 3D (PRI)

SCHEDA DI PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

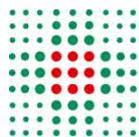
COGNOME _____ NOME _____ DATA _____

Diagnosi: _____

OBIETTIVI PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

- RECUPERO ROM ARTICOLARE E FORZA MUSCOLARE
- PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE SECONDARIE E TERZIARIE
- MIGLIORARE LA QUALITÀ E L'AUTONOMIA NEI PASSAGGI POSTURALI
- RAGGIUNGIMENTO E MANTENIMENTO DELL'ORTOSTATISMO
- RIEDUCAZIONE ALLO SPOSTAMENTO DEL CARICO
- IMPOSTAZIONE DELLO SCHEMA DEL PASSO
- RIATTIVAZIONE ARTO SUPERIORE E PRENSIONE
- MANTENIMENTO DELLE CAPACITÀ MOTORIE
- CONTROLLO DELLA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA

IL MEDICO RESPONSABILE DEL PROGETTO



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

Dipartimento Pianificazione, Controllo e Accesso
U.O. Bilancio

Il direttore

Contabilizzazione U.O. BILANCIO da allegare all'atto avente il seguente

OGGETTO: APPROVAZIONE SCHEMI DI ACCORDI LOCALI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DA PARTE DI STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE PER L'ANNO 2024.

Il complessivo costo presunto pari ad €. 339.900,00 verrà contabilizzato al conto 1053300101 "Specialistica da Convenzionati esterni della Regione per residenti" del Piano dei conti aziendale, nel Bilancio 2024, come previsto dalla L.R. n. 9/2018 "Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle Aziende Sanitarie e Gestione Sanitaria Accentrata".

ma
07/05/2024

LA PRESENTE COPIA E' CONFORME ALL'ORIGINALE DEPOSITATO.
Elenco firme associate al file con impronta SHA1 (hex):

A3-27-13-5F-F2-29-64-1F-B7-BE-DE-BB-10-C1-87-FD-F1-C1-4F-06

CAAdES 1 di 1 del 07/05/2024 10:50:35

Soggetto: ANTONELLA ANTONIONI

S.N. Certificato: 8B16D9DA

Validità certificato dal 27/05/2021 13:51:08 al 27/05/2024 13:51:08

Rilasciato da ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1, ArubaPEC S.p.A., IT



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 227 DEL 17/05/2024

PROCEDIMENTO DI CONTROLLO

Trasmessa al Collegio Sindacale con nota prot. n. 2024/0056480 del 17/05/2024.

Trasmessa alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria con nota prot. n. - del - .

Trasmessa alla Regione in data - con nota prot. n. - .

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio con n. 24877 per 15 giorni consecutivi a decorrere dal 17/05/2024.