

ACCORDO LOCALE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI 2023-2024

TRA

L'AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI PARMA di seguito definita Azienda, con sede in Parma, Strada del Quartiere, 2/A C.F. 01874230343 - rappresentata dal Commissario Straordinario Massimo Fabi, domiciliato per la carica in Parma, strada del Quartiere n.2/A

E

LA STRUTTURA SANITARIA PRIVATA POLIAMBULATORIO TERME DI MONTICELLI con sede in Via Basse,5 Monticelli Terme di Montechiarugolo Parma nella persona del Legale Rappresentante Italo Borrini, di seguito definita Struttura

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 i 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 remunerazione delle prestazioni;
- l'art. 2, comma 8 della L. 28.12.95 n. 549, che prescrive che, nell'ambito dei nuovi rapporti instaurati ai sensi dell'articolo 8, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, le Unità Sanitarie Locali, sulla base di indicazioni regionali, contrattano con le strutture private ed i professionisti eroganti prestazioni sanitarie un piano annuale preventivo che ne stabilisca quantità presunte e tipologia, anche ai fini degli oneri da sostenere;
- l'art. 1, comma 32 e comma 18 della L. 23.12.96 n. 662, che dispone che in materia di contrattazione dei piani annuali preventivi e di fissazione del limite massimo di spesa sostenibile;
- l'art. 32 commi 8 e 9 della Legge 449/1997, che prescrive l'individuazione dei limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'articolo 1, comma 32, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nonché in materia di vigilanza e controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse ed in particolare di qualità, appropriatezza, accessibilità e costo, con l'impiego di protocolli quali strumenti sistematici di valutazione dell'appropriatezza del ricorso ai ricoveri ospedalieri;
- il DPCM 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e la DGR del 27 marzo 2017 n. 365 di recepimento del DPCM indicato;
- DGR 14.02.2005 n. 293 "Accreditamento istituzionale degli ambulatori e degli studi autorizzati all'esercizio dell'attività odontoiatrica";
- DGR 04.12.2017 n.1943 "I nuovi requisiti generali per l'accreditamento"
- DGR 04.12.2017 n. 1943 "Requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie"
- Legge Regionale n. 22 del 06 novembre 2019 "Nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private"
- la DGR 27.07.1998 n. 1296 che contiene importanti elementi da inserire negli accordi/contratti con i produttori di attività specialistica;
- la DGR 25.03.1997 n. 410 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe";
- la DGR 24.02.2003 n. 262 "Modifica del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza

specialistica ambulatoriale e determinazione delle quote di partecipazione alla spesa per le visite specialistiche”;

- la DGR 19.12.2011 n. 1906 “Aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale” e s.m.i.;
- il Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il MEF, del 23 giugno 2023 concernente la definizione delle tariffe dell’Assistenza Specialistica Ambulatoriale e Protesica (Rep. atti n. 94 /CSR), che prevede che dal 1° gennaio 2024 sarà in vigore il Nuovo Nomenclatore Nazionale di Specialistica Ambulatoriale di cui all’allegato 4 del DPCM 12 gennaio 2017.
- la DGR 22.03.2016 n. 377 “Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell’art. 23 della L.R. 2/2016;
- la DGR 06.11.2006 n. 1532 “Piano generale sul contenimento dei tempi di attesa” che prevede precise linee di indirizzo per il governo e lo sviluppo dell’assistenza specialistica ambulatoriale attraverso la definizione di piani di produzione e azioni per il contenimento dei tempi di attesa entro gli standard;
- la DGR 20.07.2009 n.1035 “Strategia Regionale per il miglioramento dell’accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006;
- la DGR 30.05.2011 n. 748 “Sistema CUP – Linee guida regionali” e le successive Procedure amministrative per la prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, definite dall’Aziende Sanitaria di Parma;
- la DGR 03.06.2013 n. 704 “Definizione delle condizioni di erogabilità di alcune prestazioni di Tac e Risonanza magnetica”;
- la DGR 03.11.2014 n. 1735 “Misure per l’attuazione della delibera di giunta regionale 24 febbraio 2014, n. 217, concernente linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2014” in cui al paragrafo “Politiche di miglioramento dell’accessibilità alle cure specialistiche” si indicano le azioni prioritarie, che le Aziende sanitarie dovranno attuare con l’obiettivo di migliorare l’accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e contenere i tempi di attesa;
- la DGR 27.07.2015 n. 1056 “Riduzione delle liste di attesa per l’accesso alle prestazioni sanitarie”;
- la DGR 27.03.2017 n. 365, con cui la Regione Emilia Romagna ha deliberato il rinvio con successivo proprio atto l’adozione delle disposizioni in materia di specialistica ambulatoriale, di cui agli artt. 15 e 16 del DPCM 12 gennaio 2017, che saranno deliberate sulla base del decreto del Ministro della salute per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni specialistiche, da emanarsi di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, come stabilito al comma 2 dell’articolo 64 del DPCM di cui sopra;
- la DGR 15.04.2019 n. 603 “Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021”;
- la Circolare della Regione Emilia Romagna del 10.11.2008 n. 8 “Tessera sanitaria e monitoraggio della spesa sanitaria: applicazione dei decreti ministeriali del 2008, attuativi dell’art. 50 DL 269/2003, nella regione Emilia-Romagna” e relativi allegati;
- la Circolare della Regione Emilia Romagna del 28.11.2008 n. 9 “Specifiche tecniche relative alla trasmissione e tracciato del flusso relativo all’ Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA) - anno 2009” che fissa l’obbligatorietà di fornire dati completi da parte di tutti gli erogatori, con l’obbligatorietà di rilevazione di informazioni specifiche relative alla ricetta, al prescrittore e alle esenzioni ai fini della rendicontazione al Ministero dell’Economia e Finanze per il controllo della spesa sanitaria e successive integrazioni;
- la Circolare della Regione Emilia Romagna del 16.2.2011 n. 2: “Integrazioni alla Circolare Regionale n.9 del 28/11/2008: “Specifiche tecniche relative alla trasmissione e tracciato del flusso relativo all’Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA)” e la nota 05/10/2015 PG/2015/0727127 - Integrazioni alla Circolare Regionale n.2 del 16/02/2011 “Specifiche tecniche relative alla trasmissione del flusso relativo all’Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA)”;

- la Circolare della Regione Emilia Romagna del 22 febbraio 2007 n. 3 “Ordinamento della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale – Anno 2007”
- I commi da 411 a 415 - art. 1 della Legge 205/2017 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020” che dettano disposizioni finalizzate a consentire un monitoraggio completo del ciclo degli acquisti, in particolare prevedendo l'obbligatorietà della trasmissione in forma elettronica dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi da parte degli enti del SSN e sm.i.
- La delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per i contratti pubblici (ANAC) n. 371/22 di aggiornamento delle linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'articolo 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i.

La DGR 886 del 6/6/2022 “Approvazione di nuove disposizioni operative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie in attuazione della L.R. n. 22/2019”;

La Legge 118 del 5/8/2022 “Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021”;

D.M. Ministero della Salute del 19/12/2022 “Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie.”;

PRECISATO che è necessario avvalersi delle Strutture Private Accreditate, così come precisato nel “Piano per il governo delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero per il triennio 2019 – 2021” (Deliberazione AUSL n. 466 del 24.06.2019), al fine di garantire il governo delle liste di attesa e il contenimento dei tempi di attesa.

CONSIDERATO che l'AUSL riconosce il ruolo fondamentale del modello di gestione concertativo basato su un sistema misto pubblico-privato nell'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, che contribuisce alla sensibile riduzione delle liste di attesa, obiettivo strategico del sistema sanitario, ed al contenimento della mobilità passiva extraregionale, è interesse reciproco definire un contratto per gli anni 2023-2025 che garantisca che i rapporti in essere tra le parti si mantengano continuativi e costruttivi.

PREMESSO che:

la Regione Emilia Romagna, con DGR n. 1267 del 23.07.2014 ha approvato un accordo con l'Inail regionale per l'erogazione, a favore di infortunati sul lavoro e tecnopatici, delle prestazioni integrative di riabilitazione di cui all'art.11 c. 5 bis del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 in materia di riabilitazione (LIA);

il suddetto accordo prevede che le prestazioni integrative (LIA) siano ad esclusivo carico di Inail e che quest'ultimo possa stipulare convenzioni, con strutture pubbliche e private anche termali, finalizzate all'erogazione delle prestazioni richieste. Qualora il percorso riabilitativo individuale preveda anche prestazioni LEA, queste ultime saranno a carico della competente Azienda USL ed erogate presso strutture pubbliche o strutture accreditate nei limiti dei budget assegnati;

la Regione Emilia Romagna con DGR 859 del 16.06.2017, nell'Accordo Regionale per il trienni 2017- 2019 con le Aziende Termali regionali per la fornitura ai cittadini di prestazioni termali in regime di accreditamento, ha ravvisato l'opportunità che le Aziende Usi competenti concordino un percorso condiviso con gli stabilimenti termali presenti nel territorio, al fine di garantire, all'interno del piano riabilitativo individuale prescritto dall'Inail, coerenza tra l'erogazione di prestazioni previste dai Lea e prestazioni Lia;

PRESO ATTO che la Struttura Sanitaria Terme di Monticelli Spa ha stipulato un accordo con l'Inail per l'erogazione delle prestazione integrative di riabilitazione di cui all'art. 11 c.5 D.L.vo 9 aprile 2008 n.41;

DATO ATTO che la Struttura sanitaria privata Terme di Monticelli è legittimata alla stipula del contratto in quanto in possesso dei seguenti requisiti oggettivi:

- in possesso di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie contrattate;
- accreditata con determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna n. 777 del 19/01/2022;

ATTESO che la Struttura Terme di Monticelli, dichiara con la sottoscrizione del presente contratto, di accettare il sistema di pagamento delle prestazioni secondo le tariffe della Regione Emilia-Romagna, prevedendo la possibilità di applicare sconti particolari per l'erogazione dell'attività di cui trattasi

**Tutto ciò premesso
si conviene e si stipula quanto segue:**

Art. 1 - Oggetto e validità del contratto.

Il presente accordo ha validità triennale con decorrenza dal 01.01.2023.

La Struttura si impegna ad erogare dal 01.01.2023 al 31.12.2025, in favore degli assistiti residenti nel comprensorio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, le prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo la tipologia, il volume, il tetto di spesa descritti nel documento allegato (**Allegato 1**), che saranno oggetto di contrattazione annuale e secondo quanto previsto dal presente accordo.

Qualora nel periodo di vigenza contrattuale si verificassero necessità significative in discipline diverse da quelle concordate, la Struttura si impegna a variare l'offerta secondo le indicazioni dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma.

Le eventuali variazioni dovranno comunque essere ricomprese nel tetto di spesa, fatto salvo contrattazioni diverse.

Art. 2 - Limitazioni.

Le prestazioni erogate devono essere ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e specificamente indicate nel decreto di accreditamento.

Se la Struttura dovesse perdere i requisiti oggettivi previsti dalla normativa in materia di accreditamento successivamente alla stipula del presente Accordo lo stesso decade automaticamente.

Art. 3 - Tariffe e Tetto di spesa.

L'erogazione delle prestazioni viene compensata secondo le tariffe di cui al Nomenclatore Tariffario ex DGR 262/2003 e successive integrazioni, per ciò che attiene alla attività ambulatoriale.

Dal 01/01/2024 non troverà più applicazione quanto previsto dall'art. 1 comma 796 lettera o) della L. 27.12.2006 n. 296 (Legge Finanziaria per l'anno 2007)

Nelle more della definizione del quadro economico finanziario di ciascun anno di validità del presente accordo il limite di spesa massimo stabilito per l'anno 2023 è di EURO 15.000

Tale tetto massimo resterà invariato anche a seguito di eventuali disposizioni regionali che dovessero intervenire nel corso di validità del presente accordo, relative alle tariffe delle prestazioni, che si intendono automaticamente recepite.

Per l'anno 2023 l'importo del tetto fissato è da intendersi al netto, e pertanto decurtato delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti e dello sconto applicato.

Per gli anni 2024 e 2025 l'importo dei tetti riconosciuti farà riferimento all'importo lordo delle tariffe previste dal Nomenclatore Tariffario Regionale, decurtato solo dell'eventuale sconto ove previsto.

L'importo fissato (tetto) si riferirà al valore lordo delle tariffe previste dal Nomenclatore Tariffario Regionale. Il tetto economico non terrà quindi conto degli importi incassati derivanti dalla compartecipazione al costo da parte dei cittadini (ticket) per le medesime prestazioni : tali eventuali pagamenti effettuati dai cittadini sono da considerarsi come pagamento ricevuto a titolo di acconto sull'importo della prestazione.

Le parti si danno reciprocamente atto che il limite massimo di spesa, stabilito come sopra indicato, costituisce un limite non superabile per l'Azienda e per la Struttura accreditata. La Struttura si impegna inoltre a comunicare formalmente l'eventuale superamento del tetto di spesa assegnato alla Direzione del Distretto nel cui territorio la Struttura è ubicata.

L'eventuale eccesso di produzione di prestazioni oltre il tetto concordato darà luogo, ove non espressamente autorizzato dalla Direzione Generale, alla riduzione della remunerazione tariffaria (budget fisso e tariffa variabile).

Il verificarsi del superamento del tetto complessivo di spesa non esime la struttura privata dal garantire comunque (mantenendo aperte le agende di prenotazione), a budget invariato, l'erogazione in regime costante delle prestazioni fino alla scadenza dell'anno di riferimento.

Ogni variazione delle prestazioni all'interno del budget dovrà essere concordata con il Direttore del Dipartimento Cure Primarie del Distretto di riferimento.

Art. 4 - Procedure d'accesso.

Gli assistiti potranno accedere alla Struttura con la sola prescrizione SSN (ad eccezione delle prestazioni che prevedono l'accesso libero, senza prescrizione, come indicato al capoverso successivo), attraverso il sistema di prenotazione CUP provinciale, nel rispetto dei limiti di spesa di cui all'art.3 e nell'ambito delle prestazioni oggetto del presente accordo.

Le prenotazioni avverranno esclusivamente tramite il sistema CUP provinciale, e saranno subordinate alla prescrizione medica dematerializzata del Servizio Sanitario Nazionale, fatte salve le prestazioni in libero accesso per le quali, in applicazione della DGR 603/2018, non è previsto l'obbligo della prescrizione. (visita ostetrico-ginecologica, esame visus, visita odontoiatrica, visita psichiatrica, visita pediatrica). Per tali prestazioni, essendo prive di prescrizione, non è possibile erogare l'eventuale prestazione aggiuntiva.

La Struttura si impegna altresì a mettere in atto un sistema di verifica e controllo per le prestazioni soggette a limitazione di erogazione, nonché una programmazione della propria attività in quanto il tetto di spesa si intende assegnato per assicurare una costante offerta di prestazioni per tutto il periodo di vigenza contrattuale.

La Struttura dovrà comunque attenersi alle norme di accesso alle prestazioni e ai percorsi di presa in carico definiti a livello aziendale e interaziendale.

Il ticket, se dovuto, sarà riscosso dalla Struttura nella misura e con le modalità richieste dalla normativa vigente e dalle circolari aziendali. Relativamente alle prestazioni per le quali il ticket è stato versato all'Azienda Usl, sia nel caso di errore dell'utente che nel caso di più prestazioni ricomprese in un'unica ricetta ma erogate separatamente dall'Azienda e dalla Struttura accreditata, la struttura provvederà a fatturare (e rendicontare) la prestazione per intero senza ulteriori addebiti per il cittadino.

Nel caso di una sola prescrizione con due o più prestazioni ed accessi prenotati presso due differenti Strutture (privato-privato) il ticket dovuto sarà versato dal cittadino all'Azienda Usl utilizzando le procedure in vigore. La struttura provvederà a fatturare (e rendicontare) la prestazione per intero senza ulteriori addebiti per il cittadino.

Art. 5 - Modalità di addebito e pagamenti.

Entro il 30 del mese successivo, sulla base dei dati validati mensilmente dalla Regione Emilia Romagna, (Flusso ASA) il Distretto di riferimento della Struttura emetterà ordine elettronico NSO. L'ammontare dell'ordine elettronico verrà quantificato sulla base del valore lordo delle prestazioni erogate decurtato dell'ammontare dei ticket incassati e dell'ammontare dell'eventuale sconto contrattuale ove concordato (valore netto flusso ASA). La struttura emetterà fattura elettronica mensile per l'importo corrispondente all'ordine elettronico ricevuto, unendo alla stessa l'elenco delle prestazioni rese comprese le prestazioni aggiuntive, le eventuali prescrizioni dei medici invianti redatte su ricettario SSN con allegate, ove presenti, le richieste motivate di prestazioni aggiuntive. L'Azienda Usl si riserva la facoltà di richiedere copia del referto ove ritenuto necessario.

L'Azienda liquiderà l'importo addebitato in dodicesimi rispetto al tetto di spesa assegnato, avuto riguardo al fatto che il limite di pagamento è definito in tre dodicesimi del budget assegnato per trimestre.

L'Azienda si riserva la facoltà di effettuare controlli e verifiche contabili e documentali presso gli assistiti, con possibile accesso a mezzo di propri funzionari che dovranno farsi identificare mediante esibizione di cartellino personale, presso la Struttura, onde accertare la congruità e la regolarità delle fatture emesse.

Nelle fatture emesse dalla Struttura, dovranno essere evidenziati gli eventuali sconti concordati calcolati sul valore del nomenclatore tariffario in vigore al momento dell'erogazione della prestazione.

In caso di eventuali contestazioni sulla congruità delle prestazioni effettuate, ovvero sugli importi fatturati, la Struttura privata inoltrerà regolare nota di accredito entro i 20 giorni successivi alla contestazione oppure potrà contro dedurre nel rispetto degli stessi termini.

Si precisa che la circolare RER 9/2008 indica che "soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche (compensazione della mobilità sanitaria e fatturazione)" e che il flusso ASA costituisce l'unico modello di rilevazione valido per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse.

Le fatture emesse dalla Struttura saranno pertanto liquidate in acconto, salvo conguaglio a consuntivo, dopo il validato ASA, considerato quale consolidamento annuale.

In ogni caso la Struttura si impegna a correggere tempestivamente gli errori di inserimento ed i dati risultati scartati negli invii del Flusso ASA (flussi di ritorno).

Nessun riconoscimento economico sarà dovuto per le prestazioni scartate dopo l'ultimo invio considerato quale consolidamento annuale.

Eventuali prestazioni riepilogate senza prescrizione medica del SSN o in data antecedente a quella riportata sulla prescrizione medesima non daranno titolo al riconoscimento economico a carico del SSN.

Non vanno incluse nella fatturazione riferita al presente contratto le prestazioni pre e post intervento, che ai sensi dell'art. 1 c. 18 della Legge Finanziaria n. 662/96 rientrano nella tariffa del ricovero stesso Tali

prestazioni dovranno essere fatturate alla struttura ospedaliera che effettuerà o avrà già effettuato il ricovero.

Art. 6 - Prestazioni rese a cittadini non residenti.

In coerenza con le indicazioni contenute nella circolare 3 del 22.2.2007 "Ordinamento della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale - Anno 2007" e nella circolare 28.11.2008 n. 9 "Specifiche tecniche relative alla trasmissione e tracciato del flusso relativo all' Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA) - anno 2009" è indispensabile che i dati di fatturazione siano in linea con quelli inseriti e consolidati nella banca dati regionale ASA (vedi artt. 5 e 8).

La Struttura, in caso di prestazioni rese a cittadini non residenti nell'ambito dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, dovrà attenersi alle seguenti modalità di invio delle fatture:

- 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 Parma per la successiva compensazione per il tramite dei meccanismi di mobilità sanitaria interregionale.
- c) le prestazioni rese a cittadini in possesso di codice/ tessera STP (stranieri temporaneamente presenti), PSU (permesso soggiorno per motivi umanitari) e a cittadini comunitari in possesso di TEAM (Tessera europea assicurazione malattia) rilasciata dallo Stato di provenienza, saranno addebitate all'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma con fattura separata. Alla fattura dovrà essere sempre allegata copia del tesserino STP. Limitatamente agli STP, si ricorda che dal tesserino deve risultare la condizione di indigenza ai fini del riconoscimento dell'eventuale esenzione del ticket. Per i PSU la normativa prevede l'esenzione automatica.

Art. 7 – Criteri di appropriatezza - Linee guida e tempi di attesa.

La struttura è tenuta al rispetto delle condizioni o dei limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale previsti da normative nazionali o regionali.

A livello regionale ed aziendale è stata promossa l'elaborazione di linee guida di appropriatezza d'accesso alle prestazioni e di gestione delle liste d'attesa secondo criteri di gravità clinica che comportino la definizione di liste di attesa differenziate per prestazioni di primo accesso urgenti, brevi differibili, programmabili e prestazioni di accesso successivo (presa in carico).

La Struttura si impegna ad adottare le linee guida elaborate, sia relativamente ai criteri individuati di appropriatezza d'accesso alle prestazioni, sia relativamente alla gestione delle liste d'attesa e a partecipare alle iniziative di audit promosse dalla Azienda.

L'AUSL adotta modalità sistematiche di controllo, per il tramite delle Unità Operative Cure Primarie del Distretto di riferimento, per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

La struttura si impegna a rendere le attività programmate con continuità e regolarità, nel rispetto dei requisiti prescritti dalla vigente legislazione sotto i diversi aspetti igienico-sanitario, protezionistico, di sicurezza, di professionalità, di regolarità documentale e di qualità complessiva. La struttura s'impegna a dare immediata comunicazione al Direttore della Unità Operativa Cure Primarie del Distretto AUSL di riferimento delle interruzioni che, per carenza dei predetti requisiti, ovvero per giusta causa o per giustificato motivo, dovessero intervenire nell'erogazione delle prestazioni.

L'attività di cui al presente accordo deve essere tuttavia immediatamente sospesa, anche parzialmente, nel caso di accertate e comprovate gravi carenze professionali, tecnologiche o strumentali che possano pregiudicare la sicurezza degli assistiti.

Art. 8 - Debito informativo verso l'Azienda USL e la Regione

La produzione dei dati costituisce un elemento imprescindibile del presente accordo e deve essere in linea con le indicazioni regionali vigenti e con le eventuali modifiche che possono verificarsi in corso d'anno.

In particolare la circolare regionale 13 del 18.12.2006 relativa al Flusso Informativo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale prevede:

- i criteri ed i vincoli per la produzione dei dati per tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- l'obbligo che i dati, prima di essere trasmessi alla Regione, devono essere sottoposti a tutti i controlli di completezza e congruità al fine di garantire l'uniformità tra l'archivio regionale e l'archivio aziendale;

- la precisazione che solo le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche (compensazione della mobilità e fatturazione). In questo modo la rendicontazione dell'attività erogata deve essere in linea con l'effettiva e completa registrazione e con la corrispondente fatturazione.

A tal fine la Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo nei confronti dell'Azienda Unità Sanitaria Locale e della Regione Emilia Romagna, secondo i tempi e le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale ivi compresi i controlli relativi ai ritorni informativi regionali provvedendo tempestivamente alla correzione dei dati non corretti e scartanti. Al fine di rispondere alle precitate tempistiche è necessario che ogni correzione o variazione sia effettuata entro la fine del mese.

Art. 9 - Gestione dell'offerta e dell'erogato nella rete CUP provinciale

La gestione dell'offerta di prestazioni nella rete del CUP provinciale costituisce requisito indispensabile e sostanziale del presente accordo e sarà normata secondo quanto previsto nell'**Allegato 3**.

Con l'inserimento nella rete CUP provinciale:

- il Flusso ASA e i flussi relativi a tempi di attesa verranno prodotti direttamente dall'Azienda UsI che si occuperà anche di implementare tutte le eventuali modifiche dei tracciati informativi;
- la struttura si impegnerà comunque a garantire la tempestività, la completezza e la correttezza del caricamento dati nonché la correzione degli errori derivanti dai ritorni informativi regionali.

In ogni caso la Struttura si impegna a correggere tempestivamente gli errori di inserimento ed i dati risultati scartati negli invii del Flusso ASA (flussi di ritorno).

Art. 10 – Obblighi della struttura: garanzia dell'offerta e sistema di erogazione

Gestione Agende a CUP

Per le prestazioni oggetto del presente Accordo verranno predisposte Agende nel Sistema CUP provinciale in linea con le regole di sistema definite dai documenti regionali e aziendali in materia, secondo i volumi economici concordati.

Le Agende messe a disposizione sul sistema CUP provinciale dovranno prevedere tutte le fattispecie concordate per i livelli di priorità e le Agende di Garanzia.

La Struttura si impegna altresì a non modificare le Agende, fatto salvo:

- situazioni di effettiva necessità, comunque solo per situazioni contingenti e straordinarie, previa comunicazione formale al Direttore di Distretto e alla Unità Operativa Cure Primarie.
- nel caso di modifiche dell'offerta concordate con la Direzione Aziendale.

Nell'ambito del presente accordo la Struttura si impegna a garantire la stabilità dell'offerta rispetto ai volumi concordati con modalità operative in grado di assicurare la costante disponibilità delle prestazioni nelle agende CUP. Tale aspetto costituisce criterio prioritario di garanzia per il cittadino e impegno di tutte le strutture eroganti in ambito aziendale. La struttura privata è quindi tenuta a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria su tutto l'arco dell'anno (12 mesi) e a fornire, entro e non oltre il mese di ottobre dell'anno precedente, i palinsesti annuali. La costruzione delle agende e la relativa offerta a CUP vanno concordate con l'Unità Operativa Cure Primarie del Distretto di riferimento, al fine di garantire la coerenza complessiva del sistema distrettuale e provinciale di offerta.

Gestione delle prestazioni aggiuntive

La circolare 8/2008 stabilisce che "Le prestazioni specialistiche erogate dagli specialisti di strutture private accreditate, per completare l'iter diagnostico-terapeutico finalizzato a rispondere ad uno specifico quesito diagnostico posto sulla prescrizione, come da normativa nazionale, non possono essere prescritte tramite la ricetta unica SSN. Queste prestazioni aggiuntive possono essere all'interno di percorsi semplificati per determinate tipologie di prestazioni, e relativi volumi, definiti da contratti di fornitura, purché complementari rispetto alla richiesta che ha determinato l'accesso alla struttura. Al fine di monitorare l'andamento dei volumi di produzione per queste prestazioni il campo CODICE A BARRE DELLA RICETTA INDICE dovrà riportare il codice della ricetta unica SSN che ha generato le prestazioni aggiuntive".

A tal fine la Struttura si impegna a erogare le eventuali prestazioni aggiuntive, all'interno delle discipline di cui al presente accordo, che si rendessero necessarie a completamento della visita e/o dell'iter diagnostico/terapeutico. Per tali prestazioni (che rappresentano un nuovo accesso) l'utente è tenuto a corrispondere l'importo di ticket qualora dovuto.

Lo specialista della struttura dovrà predisporre specifica richiesta motivata da allegare alla prima prescrizione, a cura del medico inviante.

La Struttura è tenuta a registrare le prestazioni aggiuntive sul sistema CUP sulla base delle suddette disposizioni contenute nella Circolare Regionale n° 9 del 2008.

Le prestazioni aggiuntive non potranno di norma superare il 10% del volume complessivo delle prestazioni erogate all'interno della specifica disciplina (ad eccezione delle cure fisiche) e saranno ricomprese all'interno del tetto di spesa complessivo annuo assegnato alla Struttura.

Art. 11 - Requisiti autorizzativi e di accreditamento.

La Struttura si impegna a mantenere nel periodo di validità del presente accordo i requisiti autorizzativi e di accreditamento previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente.

ART. 12 – Altri obblighi

La Struttura è tenuta ad entrare nella rete informatica "Progetto Sole" e Fascicolo Sanitario Elettronico (esposizione sul F.S.E. del referto, anche strumentale, riferito alla prestazione erogata) per favorire la condivisione delle informazioni sanitarie dei pazienti che accedono alla Struttura.

In particolare, con oneri a proprio carico:

- devono essere implementate tutte le funzionalità necessarie all'ingresso nella rete sole in particolare finalizzate alla erogazione delle ricette SSN e all'invio del referto al Fascicolo Sanitario Elettronico;
- devono essere assicurate tutte le funzionalità necessarie alla visualizzazione ed erogazione delle ricette dematerializzate, secondo le regole previste dal flusso ministeriale;
- esclusivamente per il periodo di vigenza del contratto di fornitura, l'Aziende USL consente la consultazione attraverso il servizio applicativo SAIA RER, delle informazioni anagrafiche utili ai fini della prenotazione ed erogazione
- deve essere consentita la consultazione delle informazioni relative al pagamento del ticket, attraverso l'integrazione degli applicativi o con altre modalità operative concordate con l'AUSL di Parma.

Art. 13 - Controlli.

Con la sottoscrizione del presente accordo la Struttura accetta che l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma attivi ed esegua controlli atti a verificare la qualità e la congruenza delle prestazioni rese sia rispetto alle relative prescrizioni mediche sia rispetto ai tetti di spesa massimi assegnati.

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

Sarà oggetto di specifico controllo da parte dell'Azienda USL, anche tramite verifiche presso gli assistiti e presso la struttura, ogni aspetto delle prestazioni inerente alla qualità dell'assistenza percepita dall'utente, all'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni, con particolare riferimento alle modalità di esecuzione e di refertazione, oltre che all'applicazione degli eventuali protocolli diagnostico-terapeutici adottati dall'Azienda.

L'Azienda USL si riserva in ogni caso di esercitare attraverso le Unità Operative delle Cure Primarie del Distretto di riferimento tutte le attività di ispezione e controllo di propria competenza previste dalla vigente normativa.

Le parti si impegnano a verificare periodicamente l'andamento della produzione e la regolarità del flusso informativo attraverso incontri periodici da concordare congiuntamente.

Art. 14 - Incompatibilità.

La struttura, richiamato il regime delle incompatibilità stabilito dall'art. 4, comma 7 della L. 30.12.91 n. 412, nonché dalla successiva normativa emanata in materia ed in particolare dall'art. 1, commi 5 e 6, della L. 23.12.1996 n. 662, si dichiara consapevole che è fatto divieto alle strutture private accreditate, in toto o parzialmente, di avere nel proprio organico o a livello di consulenti personale, medico e non, in posizione di incompatibilità.

Il Presidio si impegna pertanto a fornire all'Azienda, a richiesta, l'elenco aggiornato del personale del quale a qualsiasi titolo si avvale e a comunicare alla stessa ogni variazione che dovesse intervenire.

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.

La Struttura si impegna a rimuovere eventuali incompatibilità entro il termine perentorio di 15 giorni dalla data di comunicazione da parte dell'Azienda. Decorso inutilmente detto termine l'Azienda avvierà il

procedimento di risoluzione del contratto.

Art. 15 - Copertura assicurativa.

La copertura dei rischi di responsabilità civile verso terzi è a carico della Struttura Privata, ai sensi della normativa vigente.

Art. 16 - Trattamento dei dati personali.

Con la sottoscrizione del presente accordo, la Struttura garantisce di essere in possesso di conoscenze specialistiche, di possedere i requisiti di esperienza, capacità e affidabilità idonei a garantire il pieno rispetto delle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati, ivi incluso il profilo relativo alla sicurezza. Si impegna, altresì, ad adottare e mantenere misure tecniche ed organizzative adeguate atte ad assicurare il rispetto della dignità degli interessati, la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati personali trattati nonché la sicurezza dei sistemi e dei servizi utilizzati, tenendo conto delle finalità perseguite, del contesto e delle specifiche circostanze in cui avviene il trattamento.

Con separato atto, la Struttura è nominata "Responsabile del trattamento" ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 28 del Regolamento (UE) 2016/679.

Art. 17 - Controversie.

Il Foro competente per la decisione di ogni controversia che dovesse insorgere tra le parti in relazione al presente contratto e che non potrà essere composta amichevolmente è quello di Parma.

Art. 18 - Durata.

Il presente contratto ha validità ed efficacia per il **periodo 01.01.2023 - 31.12.2025**.

Ciascuna delle parti contraenti può recedere, in tutto o in parte, dal presente accordo, anche prima della scadenza, previa comunicazione scritta a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, con un preavviso di almeno 15 giorni.

In caso di recesso anticipato da parte della Struttura, la medesima si impegna comunque a erogare le prestazioni già prenotate.

Art. 19 - Clausola di adeguamento.

Ogni modifica al contenuto del presente accordo, dovrà essere preventivamente concordata tra le parti.

Art. 20 - Bollo e registrazione.

Il presente contratto è soggetto all'imposta di bollo, con oneri da dividersi in ugual misura tra le parti, ed è soggetto a registrazione solo in caso d'uso. Le spese di registrazione saranno a carico della parte che con proprio comportamento ne avrà resa obbligatoria la registrazione.

Certificazione Antimafia

Dato atto che è in corso di presentazione la richiesta di certificazione antimafia alla Prefettura di Parma, si conviene di procedere alla stipula del contratto anche in assenza delle informazioni prefettizie, nelle more dell'acquisizione delle informazioni antimafia. Nel caso in cui, a seguito delle verifiche disposte dal Prefetto, venga emessa una informazione antimafia interdittiva, l'Amministrazione recede ai sensi dell'art. 92 del D.lgs 159/2011

Art. 21 – Disposizioni transitorie

Si fa riserva, dandone reciproco atto tra le parti, di conformare i contenuti del presente accordo alle eventuali indicazioni, da parte della Regione Emilia Romagna, in ottemperanza alle disposizioni in materia di "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" di cui al Decreto del Ministero della Salute del 19/12/2022, attualmente in fase di armonizzazione alle vigenti normative da parte della Regione medesima.

Letto, approvato e sottoscritto digitalmente.

Per l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Il Commissario Straordinario

Per la Struttura Privata
Il Legale Rappresentante

ALLEGATO 1)

**ALLEGATO ALL'ACCORDO LOCALE PER L'EROGAZIONE
DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI
TRA
L'AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI PARMA
E
LA STRUTTURA PRIVATA POLIAMBULATORIO TERME DI MONTICELLI SPA
ANNO 2023**

BRANCA/PRESTAZIONE 2)	N. INDICATIVO PRESTAZIONI 3)	BUDGET 2023 1)
Medicina Fisica e Riabilitativa	1.712	€ 15.000
Totale complessivo	1.712	€ 15.000

La Struttura si impegna ad erogare prestazioni aggiuntive all'interno delle singole discipline, qualora necessarie a completare la visita e/o l'iter diagnostico terapeutico, in quantità non superiore al 10% del volume complessivo di prestazioni erogate all'interno della disciplina stessa (ad eccezione delle Cure Fisiche), rendicontate e registrate secondo le modalità previste nel testo dell'Accordo. Tali prestazioni sono ricomprese all'interno del tetto di spesa complessivo assegnato alla struttura per l'anno 2023.

L'importo può essere utilizzato solo per le prestazioni previste dal Piano Riabilitativo individuale prescritto dall'Inail di cui alla DGR n. 859 del 16 giugno 2017.

- 1) L'importo del budget 2023 si riferisce all'importo netto fatturato.
- 2) La tipologia di prestazioni che la struttura si impegna ad erogare è indicata nell'allegato 2
- 3) Numero indicativo determinato sulla base dei dati 2022

Letto, approvato e sottoscritto digitalmente.

Per l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Il Commissario Straordinario

Per la Struttura Privata

ALLEGATO 2)

Poliambulatorio Terme di Monticelli

056	RECUPERO E RIABILITAZIONE	89.7B.2	**PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
056	RECUPERO E RIABILITAZIONE	93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO
056	RECUPERO E RIABILITAZIONE	93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE STRUMENTALE COMPLESSA
056	RECUPERO E RIABILITAZIONE	93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE
056	RECUPERO E RIABILITAZIONE	93.39.8	MAGNETOTERAPIA
056	RECUPERO E RIABILITAZIONE	93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE
056	RECUPERO E RIABILITAZIONE	89.01.W	**VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO



PROTOCOLLO D'INTESA PER LA GESTIONE DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE NEL SISTEMA CUP PROVINCIALE DA PARTE DELLA STRUTTURA PRIVATA TERME DI MONTICELLI

Visto l'art. 14, 4° comma, del D.Lgs. n. 502 del 30.12.92 e successive modifiche ed integrazioni, che prevede che le Unità Sanitarie Locali, al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio Sanitario Nazionale, provvedano ad attivare un efficace sistema di informazioni sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso ai servizi;

Visto l'art. 9, 1° comma, della Legge Regionale dell'Emilia Romagna n. 19 del 12.05.1994 e successive modifiche ed integrazioni, con il quale viene affidata ai Distretti la gestione delle strutture e dei servizi ubicati nel territorio di competenza e destinati all'assistenza sanitaria di base e specialistica di primo livello, nonché l'accesso dei cittadini residenti ad altre strutture e presidi;

Vista la necessità di fornire un servizio integrato all'utenza per l'offerta di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate sul territorio;

Verificata la disponibilità della struttura privata denominata Terme di Monticelli a fornire un servizio ai cittadini al fine di favorire l'accessibilità alle prestazioni sanitarie attraverso un servizio di sportello di informazione e di prenotazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le prestazioni erogate direttamente per conto dell'Azienda Usl di Parma;

tutto ciò premesso

tra

l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, rappresentata dal Commissario Straordinario, Dr Massimo Fabi , nato a Parma, il 13/12/1956 , domiciliato per la carica presso l'Azienda Usl di Parma, in Parma – Strada del Quartiere 2/A

e

la Struttura privata denominata Terme di Monticelli (d'ora in poi "struttura privata"), rappresentata dal Legale Rappresentante Italo Borrini, nato a Parma il 26/11/1935, domiciliato per la carica presso la citata Struttura privata sita in Via Basse 5 Monticelli Terme di Montechiarugolo Parma

si conviene quanto segue

Art. 1 – Organizzazione del servizio

Il servizio oggetto di intesa si inquadra nell'ambito dell'accordo di fornitura di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

In particolare il servizio riguarda le seguenti attività:

- offerta delle prestazioni erogate dalla struttura privata nell'ambito del sistema di prenotazione CUP provinciale;
- attività di prenotazione da parte di operatori della struttura privata;
- attività di verifica e registrazione delle prestazioni erogate dalla struttura privata;
- produzione dei flussi informativi aziendali e regionali.

Art. 2 – Obblighi generali della struttura privata

La struttura privata si impegna a:

- fornire la disponibilità delle prestazioni oggetto di contratto di fornitura nel sistema di prenotazione CUP con una programmazione che non comporti la chiusura dell'agenda e l'indisponibilità dell'offerta;
- dotarsi delle apparecchiature informatiche e del relativo collegamento in linea con il regolamento interaziendale dei sistemi informatici e con le misure di sicurezza AGID nonché mettere in atto quanto disposto dalla normativa dettata in materia di protezione dei dati come da atto di nomina del Responsabile esterno del trattamento dei dati;
- gestire il servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in relazione all'accordo di fornitura;
- provvedere alla verifica e registrazione delle prestazioni erogate per conto dell'Azienda Usl di Parma;
- provvedere a comunicare agli utenti eventuali variazioni o cancellazioni di sedute prestazionali per cause di forza maggiore, con conseguente aggiornamento anche sul sistema informatico di prenotazione;
- fornire il nome degli operatori da abilitare all'accesso al sistema CUP e a comunicare eventuali variazioni per il tramite del referente di cui all'art. 5 comma 1 .

Art. 3 – Modalità operative per la prenotazione

La prenotazione dovrà seguire tutte le regole definite per il processo di prenotazione e contenute nel manuale di prenotazione elaborato dall'Azienda Usl.

L'assistito si presenta presso il Punto Prenotazioni della struttura privata erogante la prestazione munito del promemoria o della prescrizione del medico proponente, della tessera sanitaria individuale e dell'eventuale tesserino di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

L'operatore della struttura privata provvede a collegarsi in via telematica e consegna all'assistito la stampa recante la conferma della prenotazione, con tutti gli elementi informativi necessari, e delle eventuali spese postali (affrancatura) per la consegna del referto alla residenza dell'utente.

Il personale addetto al Punto Prenotazioni della struttura privata ha l'obbligo di verificare la rispondenza tra il foglio di prenotazione e la richiesta del medico curante e nel caso di errori, di provvedere alla correzione della prenotazione.

La struttura privata si impegna ad effettuare la prenotazione nel pieno rispetto della normativa dettata in materia di protezione dei dati, delle istruzioni impartite dall'Azienda USL, oltre che del segreto professionale e delle norme deontologiche.

Art.4 - Attività di verifica e registrazione delle prestazioni erogate dalla struttura privata

Nella fase di erogazione della prestazione la struttura avrà il compito di verificare:

- la prescrizione
- la prenotazione (che sia conforme alla prescrizione)
- il pagamento del ticket

Qualora sia necessario erogare una prestazione aggiuntiva alla prestazione principale la Struttura dovrà elaborare un modello di pagamento per consentire all'utente il pagamento del ticket.

Eventuali anomalie e/o errori prescrittivi/prenotativi che si dovessero verificare vanno segnalati all'Ufficio Risorse del Distretto di riferimento.

Art. 5 – Obblighi dell'Azienda Usl di Parma

L'Azienda Usl di Parma identifica un referente, presso l'ufficio Risorse Ambulatoriali dell'Unità Operativa Cure Primarie del Distretto di riferimento, al quale la struttura privata potrà riferirsi.

L'Azienda Usl di Parma si impegna a fornire l'accesso informatizzato alle prenotazioni delle prestazioni senza oneri economici a proprio carico;

L'Azienda Usl di Parma si impegna ad effettuare la necessaria formazione all'utilizzo dell'applicativo di prenotazione agli incaricati (nominati dal responsabile esterno al trattamento dati), concordandone preventivamente i tempi e le modalità;

Art. 5 – Durata

Salvo diversa regolamentazione della materia, la presente convenzione avrà durata pari al contratto di fornitura cui è accessorio. L'eventuale disdetta dovrà essere comunicata da una parte all'altra 6 mesi prima della scadenza, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presente protocollo s'intende risolto qualora venga meno, a qualsiasi titolo, il contratto di fornitura delle prestazioni specialistiche con la struttura privata.

Art. 6 – Controversie

Per qualsiasi controversia il Foro competente è quello di Parma.

Letto, confermato e sottoscritto digitalmente.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
DELL'AZIENDA USL DI PARMA

IL RAPPRESENTANTE
STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA