

	<b>VADEMECUM AMMINISTRATIVO</b>	<b>1 di 4</b> <b>Ed. 13 Giugno 2019</b>
---	---------------------------------	--

## 1. PRESTAZIONI RIABILITATIVE

Sono definiti **Trattamenti Riabilitativi** tutte le prestazioni – comprendenti sia le **"terapie riabilitative"** (neuromotorie, neuropsicomotorie, respiratorie, logopediche, occupazionali, cognitive, neuropsicologiche, educative) che gli **"altri trattamenti"** (visite mediche, riunioni d'équipe, GLH, valutazioni, counseling, etc.) – erogati in favore dell'utente, nell'ambito del relativo progetto riabilitativo, dai diversi operatori che compongono l'équipe riabilitativa.

Il totale dei trattamenti mensili effettuati, costituito dalla somma delle **"terapie riabilitative"** e degli **"altri trattamenti"**, deve rientrare nei limiti imposti dagli standard regionali (VEDI TABELLA TRATTAMENTI) diversificati a seconda della **Modalità (MANTENIMENTO O ESTENSIVO)** e del livello d'Impegno del relativo progetto riabilitativo (**1 = LIEVE; 2 = MEDIO; 3 = ELEVATO**).

**Il numero delle terapie riabilitative varia di mese in mese in base al numero degli "altri trattamenti" programmati e al numero dei professionisti in essi intervenuti.**

## 2. REQUISITI MINIMI COLLABORATORI SANITARI UILDM

a) Aver adempiuto all'obbligo di **Formazione Continua in Medicina (ECM)**

In merito ad eventuali esoneri e/o esenzioni sono ammessi esclusivamente quelli definiti dalla [DETERMINA DELLA CNFC DEL 17 luglio 2013](#).

b) Essere in possesso di una connessione ad internet con uno tra i seguenti **strumenti informatici**:

- Smartphone
- Tablet
- PC

c) Essere in possesso di un **indirizzo email**, di un numero di **cellulare** e di un indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC).

d) Essere in possesso di numero di partita iva

e) Iscrizione (o preiscrizione) all'Albo Professionale

f) Polizza Assicurativa Responsabilità Civile Professionale.

g) IBAN per pagamento tramite bonifico bancario delle prestazioni effettuate (come da contratto)

Il cambiamento dell'indirizzo mail come anche la variazione del codice IBAN, devono essere comunicati all'amministrazione via mail ([simonetta.zacchia@uildmlazio.org](mailto:simonetta.zacchia@uildmlazio.org)).

## 3. MODULO M 38 - FOGLIO FIRMA

É obbligo dell'operatore sanitario documentare sul Foglio Firma l'avvenuta prestazione, **apponendo la propria firma contestualmente a quella dell'utente (o chi ne fa le veci) al termine di ogni terapia.**

Sul foglio firma non devono esserci cancellature e/o correzioni, deve essere compilato correttamente in ogni sua parte e deve rimanere a casa del paziente fino all'ultimo giorno del mese di competenza. L'operatore è

	<b>VADEMECUM AMMINISTRATIVO</b>	<b>2 di 4</b> <b>Ed. 13 Giugno 2019</b>
---	---------------------------------	--

tenuto, con congruo anticipo, alla preparazione del foglio firma **per il mese successivo da lasciare a casa del paziente.**

La UILDM si riserva di effettuare controlli a campione e/o istituire procedure automatiche per la verifica della presenza dei fogli firma presso il domicilio dell'utente debitamente compilati e firmati.

#### **4. MODALITÀ DI COMPILAZIONE DEL FOGLIO FIRMA**

- a. La parte superiore del Foglio Firma (trattamenti riabilitativi) è utilizzata dall'operatore sanitario esclusivamente per lo svolgimento del proprio tipo di intervento (FT; LT; NPM; TO; ED).
- b. La parte inferiore "**altri trattamenti**" è riservata a: Visite Mediche, Riunioni di Equipe, GLH, Valutazioni etc.

Sarà cura dell'operatore sanitario indicare: **il giorno, la durata e il codice del "tipo di trattamento" effettuato.**

**È sempre cura dell'operatore sanitario far firmare tutti i partecipanti** (medici e altri operatori coinvolti nel trattamento), nel caso di altro trattamento in presenza del paziente, l'operatore sanitario dovrà far firmare anche quest'ultimo.

Nel caso in cui "**l'altro trattamento**" fosse svolto in sede, la Segreteria Medica consegnerà al professionista, il Modulo M36 "**Equipe Ambulatoriali**" che dovrà essere debitamente compilato e firmato da tutte le figure professionali coinvolte e allegato, per essere contabilizzato, insieme al foglio firma del mese di competenza.

#### **5. MODALITÀ DI CONSEGNA**

I fogli firma devono essere consegnati **entro e non oltre il 5° giorno lavorativo** del mese successivo a quello di riferimento, corredati da diarie e dai documenti validi ai fini dei pagamenti.

Tutti coloro che utilizzano il sistema postale per la consegna dei fogli firma, sono pregati di mantenere copia dei suddetti per ovviare ad eventuali smarrimenti o gravi ritardi di consegna da parte di Poste Italiane. L'amministrazione eccezionalmente potrà richiedere una anticipazione via mail dei fogli firma in attesa che gli originali vengano recapitati.

**La consegna dei FOGLI FIRMA potrà essere effettuata, nelle modalità, giorni ed orari di seguito indicati:**

- **A MANO centralino (piano terra)**  
 Dal lunedì al giovedì dalle ore 8.00 alle ore 20.00  
 il venerdì dalle ore 8.00 alle ore 19.00 (sabato escluso)  
**Al momento della consegna a mano, dovrà essere firmato un apposito modulo posto al centralino**
- **POSTA - posta prioritaria, posta raccomandata**

	<b>VADEMECUM AMMINISTRATIVO</b>	<b>3 di 4</b> <b>Ed. 13 Giugno 2019</b>
---	---------------------------------	--

Il consulente deve attenersi ai tempi di consegna sopra citati considerando il tempo necessario per la spedizione. Le terapie pervenute in ritardo (oltre i tempi sopra citati) verranno pagate il mese successivo rispetto a quello previsto. Ove il ritardo sia tale da non consentire la rendicontazione delle terapie in tempo utile per la fatturazione nei confronti della ASL, l'Amministrazione si riserva ogni provvedimento opportuno per la tutela degli interessi della Associazione.

## 6. FATTURAZIONE RELATIVA ALLE PRESTAZIONI MENSILI

La fattura relativa alle prestazioni mensili dovrà essere intestata a:

U.I.L.D.M.

UNIONE ITALIANA LOTTA ALLA DISTROFIA MUSCOLARE SEZIONE LAZIALE – ONLUS

Via Prospero Santacroce, 5

00167 ROMA

CODICE FISCALE: 80108650583

PARTIVA IVA: 02124491008

CODICE DESTINATARIO SDI: **USAL8PV**

## 7. SOSPENSIONE TEMPORANEA DEL CONSULENTE

### MODALITA' DI COMUNICAZIONE ED INVIO DELL'INFORMAZIONE

I moduli relativi alla "**sospensione temporanea del terapeuta**" **DEVONO TASSATIVAMENTE ESSERE INVIATI VIA MAIL AL PROPRIO COORDINATORE DI RIFERIMENTO** e per conoscenza all'**Amministrazione** almeno 20 giorni prima dell'effettiva assenza:

<b>SETTORE PEDIATRICO:</b>	mail	<a href="mailto:elisa.colucci@uildmlazio.org">elisa.colucci@uildmlazio.org</a>
<b>SETTORE ADULTI:</b>	mail	<a href="mailto:ornella.robertazzi@uildmlazio.org">ornella.robertazzi@uildmlazio.org</a>
<b>AMMINISTRAZIONE:</b>	mail	<a href="mailto:simonetta.zacchia@uildmlazio.org">simonetta.zacchia@uildmlazio.org</a>

Gli originali di tali moduli devono essere custoditi dal consulente e **MAI INVIATI IN FORMATO CARTACEO** (né via fax, né a mano, né via posta terrestre)

Nel caso in cui, durante tale periodo di assenza, il paziente rifiuti la sostituzione dell'operatore da parte di UILDM Lazio, dovrà compilare il Mod. M53 "**Assenza dal trattamento riabilitativo/rinuncia sostituzione consulente**".

In questo caso è necessario che tale autocertificazione giunga in sede in formato originale e può essere allegata alla consegna dei fogli firma del mese.

Si consiglia di tenere una copia di tutti i documenti spediti per sopperire all'eventualità di smarrimento postale.

## 8. MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento delle prestazioni verrà effettuato il 30/31 del SECONDO mese successivo a quello di riferimento (come da contratto di Collaborazione Libero Professionale) tramite bonifico bancario.

	<b>VADEMECUM AMMINISTRATIVO</b>	<b>4 di 4</b>
		<b>Ed. 13 Giugno 2019</b>

Il pagamento delle prestazioni non sarà effettuato per:

- ritardo nella consegna oltre i tempi previsti sopra citati,
- **per inadempienze contestate dal Servizio Amministrativo.**

Per assenza prolungata (mese intero o più mesi) il consulente è pregato di informare tempestivamente il coordinatore del servizio e l'amministrazione.

Non sarà effettuato alcun pagamento di fogli firma privi di relativa fattura.

<b>Personale Referente area amministrativa</b>			
<b>Coordinatore amministrativo progetti riabilitativi</b>	Angela Mancini	<a href="mailto:angela.mancini@uildmlazio.org">angela.mancini@uildmlazio.org</a>	tel. 0666048879 Fax 0666048872
<b>Fatturazione</b> (Controllo fogli firma in arrivo)	Simonetta Zacchia	<a href="mailto:simonetta.zacchia@uildmlazio.org">simonetta.zacchia@uildmlazio.org</a>	tel.0666048807 cell. 3510573641
<b>Controllo assenze</b> (autocertificazioni, ricoveri, DH, etc)	Cristian Doddi	<a href="mailto:cristian.doddi@uildmlazio.org">cristian.doddi@uildmlazio.org</a>	tel. 0666048806
<b>Pagamento Prestazioni</b> (Bonifici Bancari)	Francesca Nucciarelli	<a href="mailto:francesca.nucciarelli@uildmlazio.org">francesca.nucciarelli@uildmlazio.org</a>	tel.0666048865
<b>Personale referente Coordinamento terapisti</b>			
<b>Ambulatorio (età evolutiva e adulti)</b>	Mauro Onofri	<a href="mailto:mauro.onofri@uildmlazio.org">mauro.onofri@uildmlazio.org</a>	tel. 0666048840 cell. 3510573724
<b>Domicilio (età evolutiva)</b>	Elisa Colucci	<a href="mailto:elisa.colucci@uildmlazio.org">elisa.colucci@uildmlazio.org</a>	tel. 0666048823 cell. 3510573970
<b>Domicilio (adulti)</b>	Ornella Robertazzi	<a href="mailto:ornella.robertazzi@uildmlazio.org">ornella.robertazzi@uildmlazio.org</a>	tel. 0666048828 cell. 3510573828
<b>Supervisore Neuromuscolare</b>			
<b>Ambulatorio e Domicilio</b>	Marco Pelliccioni	<a href="mailto:marco.pelliccioni@uildmlazio.org">marco.pelliccioni@uildmlazio.org</a>	tel. 0666048833
<b>Personale referente Coordinamento psicologi</b>			
<b>Ambulatorio e Domicilio</b>	Angela Monte	<a href="mailto:angela.monte@uildmlazio.org">angela.monte@uildmlazio.org</a>	tel. 0666048885
<b>Personale referente gestione dei progetti riabilitativi</b>			
<b>Età evolutiva</b>	Patrizia Mione	<a href="mailto:patrizia.mione@uildmlazio.org">patrizia.mione@uildmlazio.org</a>	tel. 0666048848 cell. 3510573512
	Donatella Bruno	<a href="mailto:donatella.bruno@uildmlazio.org">donatella.bruno@uildmlazio.org</a>	tel. 0666048878 cell. 3510576660
	Ilaria Giordano	<a href="mailto:ilaria.giordano@uildmlazio.org">ilaria.giordano@uildmlazio.org</a>	tel. 0666048820 cell. 3510573446
	Anna Pia Panizio	<a href="mailto:annapia.panizio@uildmlazio.org">annapia.panizio@uildmlazio.org</a>	tel. 0666048871 cell. 3510573386
<b>Adulti</b>	Sabina Campera	<a href="mailto:sabina.campera@uildmlazio.org">sabina.campera@uildmlazio.org</a>	tel. 0666048838 cell. 3510573531

**f.to IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Massimo Taglioni)**