

Deliberazione DG n. del

**SCHEMA TIPO DI ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA
..... E LA SOCIETA'**

Disciplina per l'acquisto di prestazioni di ricovero ospedaliero, prestazioni specialistiche ambulatoriali e prestazioni chirurgiche in erogazione congiunta

TRA

L'**Azienda Usi Toscana**, con sede legale in, Cap..... n., (C.F. e P.I.:), di seguito denominata "*Azienda*", rappresentata dal Direttore Generale, Dr., nato a, nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale del, n., domiciliato per la carica presso la suddetta, in attuazione della propria Deliberazione n..... del

E

La **Società**, con sede legale in, Cap....., Via (C.F. e P.I.:), di seguito denominata "*Società*", nella persona del legale rappresentante Dr., nato a, domiciliato per la carica presso la suddetta;

RICHIAMATO

il **Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**, ss.mm.ii. recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" e s.m.i., ed in particolare: l'art. 8 bis comma 1, in virtù del quale 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 di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies, richiamati integralmente, anche se non materialmente trascritti;

la **Legge Regione Toscana 24 febbraio 2005, n. 40**, ss.mm.ii., recante "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale", ed in particolare: art. 29, comma 1, art. 29, comma 3, art. 29, comma 5, art. 29, comma 6, e art. 76;

la **Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51**;

il **Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R**;

la **Legge 7 agosto 2012, n. 135**;

la **Legge 6 agosto 2015, n. 125**;

la **Legge 28 dicembre 2015, n. 208**;

- la **Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220**, recante "Determinazione dei tetti massimi per l'acquisto di prestazioni dalle strutture sanitarie private accreditate", con la quale si definisce un nuovo modello di gestione dei rapporti con il privato accreditato, convenzionato per le attività ricomprese nei flussi informativi regionali SDO, SPA/PAS
- rinvio alle aziende sanitarie territorialmente competenti della sottoscrizione degli accordi contrattuali annuali, di cui al presente atto, attraverso il quale, tenuto conto della programmazione quali quantitativa complessiva dell'offerta, si orientano le attività degli erogatori privati convenzionati, e quindi anche della Società, tenendo in considerazione l'offerta pubblica già presente nel territorio, le liste di attesa ed i livelli di fuga interregionali;
- centralizzazione a livello regionale, e non più di singola azienda sanitaria, della valutazione del rispetto dei vincoli previsti dalla normativa, e quindi anche della società, tramite i flussi informativi specifici relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale (SPA/PAS) ed all'assistenza ospedaliera (SDO);

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Decreto Regione Toscana Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche, del 1 febbraio 2016, n. 322, recante "Legge 51/2009: pubblicazione elenco strutture sanitarie private autorizzate al 31 dicembre 2015";

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. del, per i seguenti processi erogati nella struttura ubicata in

- processo medico nelle discipline di
- processo chirurgico nelle discipline di
- processo ambulatoriale nelle discipline di

Che la Società si rende disponibile a garantire l'offerta della propria collaborazione, per la quantità e la qualità delle prestazioni inserite nel presente Accordo Contrattuale, afferenti ai Flussi regionali SDO e SPA considerato che il privato convenzionato deve essere parte integrante dell'offerta complessiva regionale e come tale oggetto di politiche di programmazione sanitaria coerenti con quelle che regolano l'erogazione dei servizi nelle strutture pubbliche a partire da un'analisi dell'offerta complessiva regionale

in rapporto ai fabbisogni della popolazione residente, in conformità ai principi individuati dalla citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220;

Che la struttura si rende altresì disponibile al trasferimento presso le Case di Cura di parte dell'attività medica chirurgica dei Presidi Ospedaliero di _____ (Massa Carrara, Lucca, Livorno, Pontedera e Versilia)

Che limitatamente all'anno 2020 , tenuto conto del particolare andamento delle attività in conseguenza dell'emergenza COVID-19, si rende necessario definire i budget contrattuali validi fino al 31 dicembre .

**TUTTO CIO' RICHIAMATO E PREMESSO TRA LE PARTI COME SOPRA
COSTITUITE SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**

Art. 1 – PREMESSE

1. Le premesse fanno parte integrante e sostanziale della presente contratto e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente Accordo Contrattuale, affida alla Società, nell'ambito del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo definito dalla programmazione sanitaria regionale richiamata in premessa, l'erogazione delle seguenti prestazioni sanitarie in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, cittadini residenti nell'ambito regionale e cittadini residenti in ambito extraregionale secondo i volumi di attività, valorizzati al valore lordo di produzione, specificati nell'allegato costituente parte integrante:

- prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime ordinario e diurno, ivi incluso il day surgery ;
- prestazioni di chirurgia ambulatoriale
- prestazioni specialistiche ambulatoriali, compresa diagnostica
- prestazioni chirurgiche in erogazione congiunta

2. Il presente contratto è unico ed ha validità in ambito regionale e nazionale, in riferimento, rispettivamente alle prestazioni erogate per cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e per cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto sono eseguite presso la propria struttura, ubicata in, individuata nei citati atti di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte da personale qualificato, nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale.

Art. 4 – PRESTAZIONI E VOLUMI DI ATTIVITA'

1. Le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale erogabili, tra quelle previste dalla Deliberazione Giunta regionale del 27 settembre 2016, n. 947 e dalla Deliberazione Giunta regionale del 4 agosto 2011, n.723, sono esclusivamente quelle rientranti nelle branche specialistiche o attività o prestazioni che la Società può erogare in rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'accreditamento istituzionale di cui dispone.

2. Con riferimento a tutte le attività previste nel presente accordo , la Struttura si impegna ad erogare le prestazioni nel rispetto dei tetti di spesa indicati nell'allegato.

3. La Società è vincolata al rispetto delle determinazioni emanate a livello nazionale e regionale in ordine all'appropriatezza delle prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale.

6. La Società dichiara che, per capacità produttiva, è in grado di garantire il soddisfacimento del fabbisogno manifestato dall'Azienda, per ciascuna delle attività oggetto del presente Accordo contrattuale.

7. L'Azienda si riserva la facoltà di rimodulare in corso d'anno i volumi di attività in base al sopravvenire di eventuali diverse esigenze aziendali o di normativa di settore, nazionale o regionale.

8. La Società si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione comunicata dall'Azienda e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute in corso d'anno.

Art. 5 – TETTI DI SPESA

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di erogazione congiunta entro un volume massimo di attività di cui all'allegato A e tutte rientranti in detto budget, dando atto che esso rientra nei limiti individuati dalla o dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220.

Eventuali modifiche alla programmazione di cui all'allegato, determinate da esigenze della Società non programmate, potranno essere rese operative a seguito di espresso accordo tra le parti, da conseguire tramite reciproco scambio di corrispondenza.

3. Il Piano di cui al comma precedente è sottoposto a verifica entro il 31 ottobre anche in relazione all'effettivo andamento dei consumi ed alle esigenze assistenziali

Si precisa che gli importi eventualmente destinati all'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali sono da intendersi al lordo della quota di compartecipazione a carico dell'utente (ticket) e/o altre partecipazioni e di eventuali sconti. Parimenti gli importi delle prestazioni in erogazione congiunta sono da intendersi al lordo dello sconto/ e o riduzione a qualsiasi titolo effettuata sul valore di produzione

4. L'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati, secondo le quantificazioni economiche riportate nell'allegato. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

5. La Società prende atto che, come previsto dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, la valutazione del rispetto dei vincoli previsti dalla normativa vigente è svolta a livello regionale, non più di singola azienda sanitaria, e che detta valutazione presenta le seguenti caratteristiche:

- è assicurata tramite i flussi informativi specifici relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale (SPA/PAS) ed all'assistenza ospedaliera (SDO);
- è tesa a valutare il rispetto dei limiti quantitativi assegnati alla Società e la coerenza della casistica erogata rispetto a quella contrattualmente prevista.

6. La Società si impegna ad assicurare coerenza fra quanto indicato nei flussi informativi regionali, SDO e SPA, e gli importi fatturati all'Azienda.

Il caricamento dei flussi per l'erogazione congiunta avviene nelle modalità previste nell'allegato

7. La Società garantisce, nell'arco dell'intero anno solare, l'omogenea distribuzione in ragione mensile delle prestazioni concordate nell'ambito dei tetti economici massimi, in conformità alla programmazione annuale definita al precedente articolo, fatte salve le eventuali modifiche intervenute in corso d'anno, previo accordo tra le parti.

9. La Società si impegna a dare tempestiva comunicazione all'Azienda di eventuali scostamenti rispetto all'attività programmata nel corso dei vari mesi dell'anno, al fine di una nuova puntuale programmazione e negoziazione delle attività nell'ambito del tetto unico ed omnicomprensivo annuo.

10. La Società si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione regionale e nazionale relative alla variazione del tetto unico ed omnicomprensivo annuo, di cui al presente articolo.

Art. 6 – TARIFFE

1. La Società accetta il sistema di tariffazione con DRGs previsto per l'attività di ricovero ospedaliero e il sistema di tariffazione di cui al Nomenclatore tariffario regionale previsto per l'attività specialistica ambulatoriale. Qualora le tariffe previste da detti sistemi siano superati dal legislatore nazionale o regionale nel corso di vigenza del presente Accordo contrattuale, si procede ad una revisione delle tariffe di cui al presente articolo, in conformità alle nuove disposizioni.

2. Le tariffe per le prestazioni di ricovero ospedaliero sono contenute nella citata Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947 – Tabelle B 2° Livello tariffario - Tariffe massime da applicare sul territorio regionale per i presidi di ricovero che operano in regime di elezione programmata. Esse s'intendono comprensive di tutti i costi sostenuti per la produzione delle singole prestazioni di ricovero, ivi compresi gli oneri relativi alle endoprotesi, agli impianti protesici, ortesici ed ausiliari utilizzati per le prestazioni di ricovero ed alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, quando correlate ad un episodio di ricovero (preospedalizzazione e controlli post-ricovero).

3. Le tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono contenute nella citata Deliberazione Giunta Regionale del 4 agosto 2011, n.723. A dette prestazioni si applica la normativa vigente in materia di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente, comprensiva di ticket e di quota ricetta, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 24 maggio 2004, n. 493 e ss.mm.ii

4. Salvo diversi accordi eventualmente specificati nella tabella allegata A) La società si impegna all'applicazione della scontistica pari al 2% per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e del 20% per le prestazioni di diagnostica di laboratorio, nonché alla scontistica/riduzione prevista nell'allegato per le prestazioni in erogazione congiunta. Si impegna altresì all'applicazione di uno sconto complessivo del 5% sul valore del nomenclatore/tariffario per le prestazioni di risonanze magnetiche ad alto campo. Dette tariffe scontate sono da intendersi sempre al lordo dell'eventuale compartecipazione alla spesa dell'utente (ticket e quota ricetta) .

Art. 7 – MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RICOVERO

1. L'accesso alle prestazioni di ricovero avviene per tutti gli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, residenti sul territorio nazionale, mediante accesso diretto, con richiesta redatta su ricettario regionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata, formulata

dal medico curante, salvo diversi accordi con l'Azienda per la riduzione delle liste di attesa aziendali e salvo quanto previsto per le prestazioni in erogazione congiunta.

2. All'atto del ricovero il cittadino assistito esprime liberamente la propria opzione tra i regimi di ricovero consentiti, ovvero:

- a. prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di convenzione, con onere a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, erogate con personale medico dipendente e/o strutturato nella Società, senza alcun onere a carico del cittadino escluso eventuale miglioramento alberghiero;
- b. prestazioni di ricovero ospedaliero con onere totale a carico del cittadino;
- c. prestazioni di ricovero ospedaliero con onere ripartito fra il Servizio Sanitario Nazionale e il cittadino, nella misura definita dai provvedimenti regionali che stabiliscono le tariffe per le prestazioni di ricovero, nel caso che questi scelga di avvalersi di personale medico dipendente della Società, operante in regime libero professionale, così come disciplinato dalla Deliberazione Giunta regionale 19 marzo 2001, n. 283 ss.mm.ii.

3. L'opzione è espressa sottoscrivendo apposito modello in uso presso la Società, da conservare all'interno della cartella clinica per i necessari controlli. Il modello adottato dovrà contenere indicazioni rese in maniera evidente, intelligibile ed incontrovertibile, in modo tale che l'utente, all'atto della sottoscrizione, sia reso consapevole del regime applicato.

4. La Società può, comunque, fornire al paziente che ne faccia esplicita richiesta particolari condizioni di comfort alberghiero, addebitandone l'onere al paziente stesso.

5. In applicazione delle Deliberazione Giunta regionale del 20 luglio 2009, n. 638, si prevede l'istituzione di un unico Registro di Prenotazione degli interventi chirurgici programmabili in regime ospedaliero al fine di assicurare un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche, indipendentemente dalla modalità scelta dall'assistito.

6. A richiesta dell'Azienda la Società si impegna ad adeguare le proprie modalità organizzative a quanto contenuto nei provvedimenti regionali in materia di gestione unica delle liste di attesa.

Art. 8 – MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

1. Le prestazioni sono prenotate tramite richiesta formulata su ricettario regionale dal personale medico operante per il Servizio Sanitario Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata, complete della diagnosi e del sospetto diagnostico a cura del medico proponente.

2. L'accesso alla prestazioni specialistiche ambulatoriali avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata Cup aziendale. La Società si impegna a comunicare/inserire la propria offerta ed a configurarsi come sportello CUP aziendale

3. Con l'inserimento della propria offerta nella procedura informatizzata Cup aziendale, l'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività. Qualsiasi variazione di palinsesto dovrà essere concordato con l'Azienda, non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende da parte della Società.

4. Premesso che l'offerta di prestazioni ambulatoriali viene erogata previa programmazione di agende informatizzate Cup, la Società s'impegna comunque a provvedere alle attività di registrazione amministrativa della prestazione, in particolare per quanto riguarda la conferma dell'avvenuta erogazione.

5. La non corretta registrazione dell'avvenuta erogazione di una prestazione comporta la sospensione del relativo pagamento.

6. Il pagamento dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa sanitaria può avvenire presso gli sportelli dell'Azienda oppure presso gli sportelli della Società, collocati presso la relativa sede, prima dell'effettuazione della prestazione.

Art. 9 – FLUSSI INFORMATIVI

1. Per le prestazioni di ricovero ospedaliero, la Società fornisce, con cadenza mensile, entro il giorno 5 lavorativo di ogni mese, alla competente struttura organizzativa di Estar, tramite la procedura Web Gauss, utilizzando le credenziali in possesso della Società medesima, il Flusso SDO relativo a tutte le prestazioni effettuate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, di cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana, di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni e degli STP, compresa la comunicazione dei dati relativi alle prestazioni erogate in regime solvente, secondo il tracciato previsto dalla Deliberazione Giunta regionale del 27 giugno 2016, n. 622. La procedura Web Gauss effettua il controllo di validità del dato inviato, che deve essere corretto in caso di segnalazione di errori prima dell'invio. Nessuna prestazione ospedaliera sarà remunerata se non validata dalla procedura Web Gauss.

2 Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale/medicina fisica e riabilitazione erogate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale delle Regione Toscana, con l'inserimento della Società nel sistema Cup aziendale, la generazione dei flussi regionali avviene tramite il sistema informatico dell'Azienda. La Società è tenuta a registrare sulla procedura Cup aziendale l'avvenuta esecuzione delle prestazioni prescritte e

prenotate, evidenziando eventuali difformità tra il prenotato e l'eseguito, in modo da consentire la corretta compilazione del flusso informativo denominato SPA, secondo il tracciato record previsto dalla Deliberazione Giunta regionale del 2 dicembre 2014, n. 1240. Estar, estrae i flussi informativi dell'attività resa dalla Società registrati nella procedura Cup aziendale entro il quinto giorno successivo alla chiusura del mese di riferimento. In caso di sconti tariffari praticati per l'attività resa, le prestazioni sono valorizzate in base alla tariffa scontata concordata. Nessuna prestazione specialistica/diagnostica sarà remunerata se non rappresentata nel Flusso SPA/SDO.

3. La Regione Toscana, sulla base delle informazioni trasmesse da Estar, effettua il calcolo della mobilità sanitaria attiva (compensazioni), per le prestazioni rese dalla Società ad utenti residenti in altre Aziende sanitarie regionali ed extra regionali, inserite nei Flussi SDO e SPA, qualora sia stati presi in carico utenti provenienti da altre aziende sanitarie regionali ed extra-regionali.

4. La Società si impegna a modificare i flussi informativi delle prestazioni di ricovero ospedaliero, mediante inserimento nella procedura Web Gauss, a seguito dei controlli sanitari, entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo. Per l'ultimo trimestre tutte le rettifiche devono essere consolidate entro il termine di chiusura del flusso SDO.

5. La Società è tenuta a fornire i dati di struttura dei presidi ambulatoriali, delle relative apparecchiature di diagnosi e cura, nonché i dati di attività ed i relativi tempi di attesa, e dati di struttura e di attività dei presidi ospedalieri, con le modalità richieste da Estar, secondo i contenuti, nel rispetto delle scadenze e con le modalità di trasmissione previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali, tenendo conto delle eventuali modifiche e/o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

6. La Società è tenuta alla corretta compilazione e secondo la tempistica prevista del conto annuale del personale delle strutture private convenzionate in favore della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute. In caso di inadempimento l'Azienda è autorizzata a sospendere i pagamenti dalla data del termine per l'adempimento.

Art. 10 – FATTURAZIONE

1. La Società è tenuta ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: La Società emette fatture fino a concorrenza dei tetti di spesa programmati. L'Azienda è autorizzata a respingere tramite la propria piattaforma le

fatture elettroniche emesse oltre il tetto di spesa.

2. Le fatture, emesse in coerenza con i tetti di spesa programmati, dovranno essere inviate dalla Società all'Azienda entro il quinto giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite.

a) Fatturazione prestazioni di ricovero

3. Le fatture mensili emesse per l'attività di ricovero sono articolate e redatte in base all'azienda sanitaria di residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine:

- residenti nell'Azienda. In ogni fattura elettronica, o in una tabella riassuntiva allegata elettronicamente alla stessa, deve essere chiaramente indicato l'importo di spesa di ogni zona-distretto, al fine di consentire la corretta registrazione della fattura.
- residenti in altre aziende della Regione Toscana, suddivisi per Azienda Sanitaria;
- residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Per i residenti in altre regioni, è necessario allegare e conservare in cartella clinica copia fotostatica della tessera sanitaria a disposizione dell'Azienda per eventuali controlli;
- residenti in stati membri dell'Unione Europea, i cui oneri sono registrati al conto economico dei residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Al fine di ottenere la liquidazione delle competenze dovute, la Società è tenuta ad inviare la documentazione necessaria per la richiesta di rimborso allo Stato di origine, con riferimento ai modelli/flussi predisposti a livello europeo. Il mancato adeguamento comporta la sospensione del pagamento della relativa prestazione.
- residenti all'estero in stati con i quali sussistono accordi di reciprocità nella presa in carico dell'utente, i cui oneri sono registrati al conto economico dei residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Al fine di ottenere la liquidazione delle competenze dovute, la Società è tenuta a trasmettere la documentazione necessaria affinché l'Azienda possa procedere alle richieste di rimborso. In considerazione della variabilità delle procedure internazionali di rimborso, l'Azienda provvede a comunicare la specifica documentazione necessaria ai fini del rimborso. La mancata trasmissione della documentazione sopra citata comporta la sospensione del pagamento della relativa prestazione.

4. La Società si impegna ad inviare in allegato ad ogni fattura elettronica, o comunque contestualmente all'invio della fattura elettronica, la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi. In particolare dovrà essere trasmesso il tabulato riepilogativo delle degenze, con l'indicazione dei seguenti elementi: numero della scheda di dimissione ospedaliera; cognome e nome dell'utente; comune di

residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; durata del ricovero, data di ingresso e data delle dimissioni; Drg di riferimento con relativo importo; onere del ricovero.

5. In particolare, per le note di credito-fatture relative a verbali di controllo sanitari, il tabulato allegato alla fattura dovrà contenere le seguenti informazioni aggiuntive: Drg e importo drg precedente al controllo; differenza importo tra Drg precedente al controllo e verbale; numero e data del verbale.

6. La Società si impegna a riallineare la fatturazione coerentemente ai controlli sanitari, entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo, in concomitanza con le eventuali modifiche inserite nel Flusso SDO.

b) Fatturazione prestazioni specialistiche ambulatoriali

7. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, indipendentemente dallo sportello ticket, aziendale o della Società, presso il quale il ticket è assolto, in quanto il relativo tetto di spesa è "negoziato al lordo" e contengono chiaramente l'indicazione del totale degli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria, al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa. In ogni fattura relativa all'attività erogata in favore di cittadini residenti è data espressa rappresentazione dell'eventuale sconto tariffario praticato. Le fatture sono articolate e redatte sulla base dell'azienda sanitaria di residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine:

- residenti nell'Azienda. In ogni fattura elettronica, o in una tabella riassuntiva allegata elettronicamente alla stessa, deve essere chiaramente indicato l'importo di spesa di ogni zona-distretto, al fine di consentire la corretta registrazione della fattura;
- residenti in altre aziende della Regione Toscana, suddivisi per Azienda Sanitaria;
- residenti in aziende sanitarie di altre regioni.

8. La Società si impegna ad inviare in allegato ad ogni fattura elettronica la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi. In particolare dovranno essere trasmessi i tabulati riepilogativi delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, con l'indicazione dei seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; branca specialistica; codice tariffa, descrizione e numero delle

prestazioni eseguite, importo fatturato; eventuali codici di esenzione; riepilogo da cui risulti il totale dei ticket e della quota ricetta riscossi relativi la periodo, per ciascuna fattura emessa.

Art. 11 – PAGAMENTI

1. Il pagamento delle prestazioni erogate dalla Società avviene entro 60 giorni dalla data di ricevimento delle fatture elettroniche da parte della Società medesima, a condizione che siano pervenuti all'Azienda, contestualmente alle fatture stesse, gli allegati e la documentazione richiesta al fine dell'effettuazione dei controlli amministrativi.

2. Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, la Società provvede a riversare all'Azienda gli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente (ticket), a titolo di quota ricetta di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda. Per ciascuna causale è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni ambulatoriali erogate. Per riversare correttamente gli importi in argomento, la Società si uniforma alle procedure aziendali vigenti, a tal fine rese note dagli Uffici competenti. L'Azienda provvede ad effettuare, in via ordinaria, periodici controlli sui valori riversati dalla Società. Qualora siano rilevate anomalie, la Società è tenuta a regolarizzare la propria posizione.

4. L'Azienda assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e ss.mm. La Società è tenuta, pertanto, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva. Tutti i movimenti finanziari relativi all'attività devono essere registrati sui conti correnti dedicati e devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

5. L'Azienda, al fine del pagamento delle competenze, acquisisce il documento di regolarità contributiva (DURC). La liquidazione delle competenze avviene qualora la Società risulti in regola con la contribuzione verso gli enti previdenziali.

Art. 12 PRESTAZIONI IN EROGAZIONE CONGIUNTA

La disciplina delle attività chirurgiche congiunte è finanziata con gli stessi stanziamenti previsti per l'acquisto di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale definiti dalla programmazione annuale e rientrano pertanto nei tetti previsti all'art 2. . La registrazione dell'attività congiunta, essendo di pertinenza pubblica, e non del privato accreditato, avviene tramite il flusso informativo regionale SDO relativo all'Azienda

sanitaria Le prestazioni in erogazione congiunta partecipano pertanto al consumo del tetto complessivo e nell'ambito della DGRT 1220/2018 e s.m.i. Per la disciplina di tale attività ed il trattamento economico si rinvia all'allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente contratto.

Art. 13 – CONTROLLI AMMINISTRATIVI

L'Azienda Usl, procederà ad effettuare autonomamente dei controlli sulle prestazioni ambulatoriali effettuate dalle Strutture Private in Convenzione.

Art. 14 – CONTROLLI SANITARI

I controlli sanitari sono quelli previsti dalla normativa nazionale e regionale di settore.

Art. 15 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE

La Struttura comunicherà via mail alla S.C Gestione del Privato Accreditato, due volte nell'anno, l'elenco del personale che opera a qualsiasi titolo all'interno della Struttura con rapporto di lavoro subordinato o di altra forma legale di idonea collaborazione. In tale elenco verrà indicato il personale che ha scelto di esercitare anche in regime di libera professione. Le eventuali modifiche verranno comunicate tempestivamente.

La Strutturasi impegna, nei rapporti con i propri dipendenti, all'osservanza di tutta la normativa nazionale vigente in materia di lavoro, della Legge 189 del 30.07.2002, D.Lgs 276 del 10.09.2003, e alla applicazione del contratto di lavoro vigente al momento della sottoscrizione del presente contratto. Si impegna, inoltre, ad accertare e dichiarare che nessuno dei sanitari o di altro personale che opera presso la Strutturasi trova in situazione di incompatibilità rispetto alle Leggi 412/91 e 662/96 e successive modifiche e/o integrazioni, nonché ai vigenti Accordi collettivi nazionali che disciplinano il rapporto di lavoro convenzionale con le Aziende UU.SS.LL. degli appartenenti alle categorie mediche (medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale interna) prevedendo i casi di incompatibilità con l'attività nelle strutture accreditate e relative deroghe.

L'azienda si impegna altresì al rispetto della normativa relativa al "pantouflage" dichiarandosi consapevole delle conseguenze previste dalla normativa vigente in caso di violazione .

Art. 16 – CARTA DEI SERVIZI

La struttura è dotata di una carta dei servizi costantemente aggiornata. La carta deve essere esposta nei locali della struttura in luogo accessibile e liberamente consultabile.

Art. 17 – INFORMATIVA AGLI UTENTI

-La Strutturasi impegna a garantire la corretta informazione al cittadino sulle procedure di accesso, sulle prestazioni erogabili a totale carico del servizio sanitario

-I rapporti di cui sopra devono essere condotti nel pieno rispetto della legge sulla trasparenza (D. Lgs. n. 33 del 14 Marzo 2013 e successive modificazioni), sul procedimento amministrativo (Legge n. 241 del 7/8/1990 e successive modificazioni) e della legge sulla protezione dei dati personali (del Regolamento UE 2016/679 (RGPD) e del D. lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione di dati personali" - Codice) e della normativa sulla privacy provvedendo ad acquisire da parte dell'utente consenso scritto al trattamento

dei dati personali e sensibili. E' fatto divieto alla Struttura di utilizzare le informazioni assunte nell'espletamento delle attività per fini diversi da quelli inerenti l'attività stessa.

La struttura sottoscrive specifico atto giuridico relativo al trattamento dei dati .

Art. 18 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

1 Il trattamento dei dati personali dovrà avvenire nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 (RGPD), del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

L'Azienda Toscana Usl Nord Ovest svolge la funzione di Titolare del trattamento dei dati personali (di seguito Titolare) ai sensi dell'art. 24 del Regolamento U.E. n. 679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27.4.2016.

Le parti, presa visione dell'allegato "Atto Giuridico di definizione delle responsabilità nella materia della protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679....." al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale, ne accettano

espressamente le clausole, consapevoli che con l'apposizione delle rispettive sottoscrizioni in calce, l'Azienda, in qualità di Titolare attribuisce alla ditta/fornitore/associazione ect.. la qualità di Responsabile del trattamento dati personali ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679. L'atto giuridico di cui all'allegato vale anche come "istruzione documentata" di cui all'art. 28, paragrafo 3, punto a), del Regolamento U.E. n. 679/2016.

E' fatta esplicita richiesta all'accreditato di conservare i dati presso locali di sua proprietà, o in locazione a lui intestata, e, nell'ambito del servizio offerto, di prendere in carico la CUSTODIA DEL DATO a termini di legge.

L'accreditato dovrà SPECIFICARE la modalità di trattamento dei dati e indicare la figura del "Responsabile del procedimento" interno all'outsourcer

Art. 19 – COPERTURE ASSICURATIVE E RESPONSABILITA'

1. Nell'effettuazione del servizio, la Società è tenuta a tenere sollevata l'Azienda da eventuali responsabilità presenti e future che alla stessa facciano capo in conseguenza al verificarsi di danni a terzi, persone, animali o cose, a seguito di un qualsiasi evento verificatosi nel corso e per causa di interventi oggetto del presente contratto. A tal fine la Società stipula, e mantiene per tutta la durata del presente Accordo contrattuale, apposita polizza RCT con primaria società di assicurazioni che preveda massimali adeguati per tali sinistri

2. La Società è tenuta all'osservanza di tutte le norme relative alle assicurazioni obbligatorie, antinfortunistiche, previdenziali ed assistenziali nei confronti del proprio personale dipendente e non.

3. La Società assicura il rispetto dei minimi salariali o di quanto previsto negli eventuali contratti collettivi e di categoria o dal proprio eventuale regolamento interno e da quanto previsto da norme statali e regionali applicabili.

4. La Società è tenuta all'osservanza delle norme in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori ed in specifico ad assolvere a tutti gli adempimenti previsti dal D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81.

Art. 20 – RECESSO

1. Ai sensi dell'art. 21-sexies della Legge 7 agosto 1990, n. 241, l'Azienda ha facoltà di recedere unilateralmente dal presente Accordo contrattuale per intervenute modifiche organizzative, istituzionali o derivanti da innovazione normativa. In tal caso alcun indennizzo è dovuto alla Società da parte dell'Azienda.

2. Il recesso è esercitato mediante comunicazione scritta da notificare con posta elettronica certificata o lettera raccomandata a/r ed ha effetto decorsi tre mesi dalla data di notifica dello stesso, salvo quanto previsto dal successivo comma 3.

3. Il recesso ha effetto per l'avvenire e non incide sulla parte di contratto già eseguita. Le parti concordano fin d'ora, comunque, di portare a conclusione le attività avviate, con riferimento a pazienti eventualmente presi in carico, ovvero già ricoverati o inseriti in liste di attesa per ricovero o prestazione specialistica ambulatoriale.

Art. 21 – RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

1. Eventuali inadempienze al presente Accordo contrattuale devono essere contestate dalla parte che ne abbia interesse per iscritto e con fissazione di un termine non inferiore a 15 giorni per la presentazione di eventuali controdeduzioni. Successivamente le parti concordano un termine entro il quale le stesse inadempienze devono essere

rimosse, pena la sospensione dell'efficacia, fino all'adempimento di quanto stabilito con il presente Accordo contrattuale, ivi compreso il pagamento delle fatture giacenti.

2. Trascorso inutilmente il termine concesso, si ha diritto alla risoluzione per inadempimento del presente Accordo, fatta salva comunque l'azione di rivalsa per l'eventuale risarcimento del danno.

Art. 22 – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

1. Il presente Accordo contrattuale si risolve di diritto, ex art. 1456 del codice civile, salvo il risarcimento degli eventuali danni e ad ogni rimedio di legge, nei seguenti casi, esemplificativi e non esaustivi, e fatti salvi i rapporti pregressi:

- qualora la Società non risulti più in regola con le procedure o con i requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e in caso di decadenza degli stessi;
- in caso di gravi e ripetute violazioni delle norme in materia di sicurezza e delle norme dettate a tutela dei lavoratori, nonché inadempimento delle obbligazioni contrattuali tali da compromettere la buona riuscita del servizio;
- l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione delle attività convenzionate, in violazione delle norme previste in materia dalla legislazione vigente e richiamate dal presente Accordo;
- in caso di riscontrati inadeguati livelli quali-quantitativi del servizio (con obbligo della Struttura di garantire la continuità del servizio nel rispetto di tutte le obbligazioni nascenti dal contratto) e di gravi e ripetuti ed irrisolti disservizi, oggetto di formali diffide ad adempiere da parte dei servizi competenti;
- in caso di grave e reiterata mancanza nell'ottemperanza al debito informativo;
- la reiterata inosservanza da parte della Società, più volte comunicata dall'Azienda, dell'obbligo di programmare l'attività in modo da consentirne l'omogenea erogazione in dodicesimi durante l'intero arco dell'anno, nel rispetto della programmazione annuale e dei complessivi tetti di spesa stabiliti;
- l'accertato mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- l'accertata violazione da parte della Società, delle norme vigenti in materia di tutela dei dati personali;
- la mancata messa a disposizione dell'Azienda della polizza nel corso del rapporto contrattuale o la mancata stipula della stessa alle condizioni indicate dal presente Accordo ovvero il venir meno della polizza stessa per tutta la durata del rapporto.

2. In attesa del pieno accertamento di ciascuno dei casi sopra indicati, l'Azienda è autorizzata a sospendere i pagamenti degli importi dovuti alla Società per le prestazioni erogate in virtù del presente Accordo.

Art. 23 – CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

1. Ogni eventuale contestazione e/o controversia che dovesse insorgere fra le parti in relazione all'interpretazione ed all'esecuzione della presente contratto, che non venisse risolta bonariamente, è deferita in via esclusiva al Foro di Pisa.

2. A tal fine le parti eleggono il proprio domicilio presso le rispettive sedi legali.

Art. 24 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente contratto ha validità fino al 31/12/2020 e può essere prorogato per sei mesi o periodo più breve nelle more della successiva contrattazione . Le parti concordano che nelle more della sottoscrizione del presente contratto sono fatti salvi i rapporti eventualmente intercorsi tra le parti nel corrente anno secondo quanto previsto nel presente contratto.

2. La proroga è eventualmente richiesta dall'Azienda, entro i trenta giorni precedenti la scadenza del contratto, a mezzo di posta elettronica certificata o lettera raccomandata a/r . La proposta di proroga potrà prevedere una diversa distribuzione dei budget in funzione delle esigenze aziendali

3. Decorso il termine finale senza che sia intervenuto il formale proroga del rapporto, il contratto si intende cessato, con conseguente impossibilità di proseguire nell'erogazione delle prestazioni oggetto di collaborazione.

4. I contenuti organizzativi ed economici del presente atto possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, nonché per variazioni che dovessero intervenire a seguito dell'emanazione di leggi, regolamenti, disposizioni nazionali e/o regionali.

5. Le eventuali modifiche al contratto possono essere disposte dalle parti mediante accordi integrativi, da approvare con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda.

Art. 25 – SPESE

1. Il presente atto è soggetto all'imposta di bollo ai sensi dell'art. 2 dell'Allegato A – Tariffa Parte I, al Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642, per un importo pari a € Le spese di bollo sono poste a carico della Società.

2. Il presente atto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi dell'art. 4 della Tariffa Parte II, allegata al Decreto del Presidente della Repubblica 26 aprile 1986, n.

131. Le spese di registrazione sono poste a carico della parte richiedente.

Art. 26 – REPERTORIO

1. Il presente Accordo contrattuale viene stipulato in forma di scrittura privata non autenticata, secondo le regole della sottoscrizione digitale, con firma elettronica.

2. Il presente Accordo contrattuale consta di n. articoli e n. pagine ed è conservato agli atti del competente Ufficio dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo al Repertorio aziendale.

Art. 26 – TRASPARENZA ED INTEGRITÀ

1 La struttura dichiara di aver preso visione del codice etico dell'Azienda approvato con determinazione n..... del e di accettarne il contenuto per quanto applicabile e condividerne i principi.

2. La struttura è consapevole, accetta ed autorizza l'Azienda alla pubblicazione integrale del presente Accordo contrattuale e di tutti gli allegati sul portale della trasparenza dell'Azienda nonché alla pubblicazione dei dati previsti dalla vigente normativa. Si impegna

altresì al rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trasparenza per la parte di competenza.

3. Il presente atto è trasmesso in copia alla Direzione regionale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE GENERALE

Società

Azienda Usl Toscana

(Dott..)

(Dott.)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

Le parti accettano tutte le clausole sopra riportate, nessuna esclusa. In particolare, la Società dichiara di aver considerato con particolare attenzione e di accettare tutte le clausole essenziali di seguito indicate ai fini dell'applicazione del presente contratto, che devono pertanto intendersi efficaci ai sensi dell'art. 1341 c.c.:

- ;

Articolo 9, comma 1 e 2, per l'aspetto che autorizza l'Azienda ai pagamenti subordinatamente alla validazione della procedura Web Gauss per le prestazioni di ricovero e alla rappresentazione nel Flusso SPA/PAS per le prestazioni specialistiche

ambulatoriali;

Articolo 10 comma 1, per l'aspetto che autorizza l'Azienda a non effettuare i pagamenti delle fatture elettroniche emesse oltre il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo;

Articolo 20 comma 1, per l'aspetto che riconosce all'Azienda la facoltà di recedere unilateralmente dal contratto per intervenute modifiche organizzative, istituzionali o derivanti da innovazione normativa, senza conferire alcun indennizzo;

- Articolo 22 comma 1, per l'aspetto che autorizza l'Azienda a sospendere i pagamenti degli importi dovuti alla Società per le prestazioni erogate, in attesa del pieno accertamento dei casi previsti per la risoluzione espressa del contratto nei casi previsti .

Articolo 23 comma 1, per l'aspetto che deferisce la trattazione in via esclusiva delle controversie al Foro di Pisa

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Società

(Dott.)

(firmato digitalmente)

IL DIRETTORE GENERALE

Azienda Usl Toscana

(Dott.)

(firmato digitalmente)

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MARIA BARTOLOZZI

DATA FIRMA: 28/08/2020 15:46:41

IMPRONTA: 66643364313864653732373436616231336261643664356463393631613034353531376465653031