

Repertorio aziendale n. 2773 del 20 gennaio 2022

Deliberazione del Direttore Generale n. 1621 del 7 dicembre 2021

ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E AGI

MEDICA SRL

Acquisto prestazioni specialistiche ambulatoriali di Procreazione Medicalmente Assistita

TRA

L'Azienda UsI Toscana Sud Est, con sede legale in Arezzo, via Curtatone, 54 (C.F./P.Iva.

02236310518), di seguito denominata "Azienda", nella persona di Elisabetta Lucaroni, nata a

[REDACTED] domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza

Carlo Rosselli, n. 26, la quale interviene non in proprio ma esclusivamente in nome e per

conto e nell'interesse dell'Azienda, nella sua qualità di Direttore U.O.C. Strutture pubbliche,

Private accreditatee Trasporti sanitari, a ciò delegata con Deliberazione del Direttore

Generale n. 794 del 20 luglio 2020, esecutiva ai sensi di legge, che la autorizza ad impegnare

legalmente e formalmente l'Azienda per il presente atto;

E

La Società A.G.I. Medica Srl, con sede legale in Siena, Viale Toselli, n. 94/F (C.F. e P.I.:

01308270527), di seguito denominata "Società", rappresentata da [REDACTED]nte, Dr.

[REDACTED] 1969, domiciliato per la carica presso la

suddetta;

RICHIAMATO

il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, 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.

l'art. 8 bis comma 2, in virtù del quale i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale.

l'art. 8 bis comma 3, in virtù del quale a realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-ter, dell'accREDITAMENTO istituzionale di cui all'articolo 8-quater, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies.

l'art. 8 quater comma 1, in virtù del quale l'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

l'art. 8 quater comma 2, in virtù del quale la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies.

l'art.8 quinquies, comma 1, il quale prevede che le Regioni possano definire l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuare i soggetti interessati, definendo le responsabilità riservate alla regione e quelle attribuite alle unità sanitarie locali.

l'art. 8 quinquies comma 2, in virtù del quale la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale;

la Legge Regione Toscana 24 febbraio 2005, n. 40, recante "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale", ed in particolare:

l'art. 29, comma 1, in virtù del quale le prestazioni erogate all'assistito nell'ambito dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione pubblica o privata, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto all'erogazione, è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla Regione;

l'art. 29, comma 3, in virtù del quale gli scambi finanziari possono avvenire in forma diretta, sulla base di apposite convenzioni o rapporti, ovvero su base regionale, attraverso procedure di compensazioni regionali ;

l'art. 29, comma 5, il quale precisa che la valorizzazione delle prestazioni, ancorchè gestite tramite compensazioni regionali , è definita dalle convenzioni e dai rapporti tra Aziende Sanitarie e tra queste e le istituzioni private e non può comunque essere superiore alle tariffe massime definite dalla Regione;

l'art. 29, comma 6, in virtù del quale la Giunta regionale, (...) , può sottoporre il sistema di erogazione delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie e delle istituzioni private a vincoli quantitativi circa il volume delle prestazioni ammesse, ovvero a vincoli finanziari tramite la determinazione di tetti di spesa e specifiche modalità di applicazione del sistema tariffario (...)

l'art. 76 "Erogazione delle prestazioni da parte di strutture private", comma 2, il quale prevede che l'Azienda Unità Sanitaria Locale procede alla definizione degli appositi rapporti di cui all'art. 8 del decreto delegato (...), al perfezionamento del rapporto si provvede a seguito di negoziazione effettuata, sulla base di volumi prefissati di prestazioni, in riferimento a tariffe determinate dalla Giunta Regionale;

la Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51, recante "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" e successive modifiche ed integrazioni;

il DPGR 16 settembre 2020, n. 90/R "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie. Modifiche al regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51, approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale 17 novembre 2016, n. 79";

la Legge 7 agosto 2012, n. 135 "Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95: Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", e ss.mm.ii, cosiddetta spending review, ed in particolare l'art. 15, comma 14, il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011, dando atto che l'articolo in oggetto è stato integrato dall'art. 1, comma 574, Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

la Legge 6 agosto 2015, n. 125, recante "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78", che all'art.9 quater comma 7 ha imposto alle Regioni ed agli enti del SSN una ridefinizione dei tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, pari ad un ulteriore 1% rispetto al valore soglia previsto per il 2014, portando di fatto il tetto per le prestazioni di specialistica ambulatoriale al 3% rispetto all'importo sostenuto nel 2011;

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 e SPA, basato,

tra l’altro, su quanto segue:

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Agi Medica Srl;
- definizione di tetti massimi, unici ed omnicomprensivi, per soggetto erogatore privato, senza distinzione di tipologia di prestazione, casistica, complessità e provenienza paziente, che consentono il rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa regionale, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, prevedendo per la società Agi Medica Srl un importo annuo massimo di € 273.592, calcolato quale importo a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell’assistito;
- rinvio alle aziende sanitarie territorialmente competenti della sottoscrizione degli accordi contrattuali annuali, di cui al presente atto, attraverso il quale, tenuto conto della programmazione quantitativa complessiva dell’offerta, si orientano le attività degli erogatori privati convenzionati, e quindi anche della società Agi Medica Srl, 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 Agi Medica Srl, tramite i flussi informativi specifici relativi all’assistenza specialistica ambulatoriale (SPA);

La nota del Direttore Generale della Ausl Toscana Sud Est del 26 giugno 2019, prot. n.

122402, con la quale il tetto di spesa massimo definito in favore di Agi Medica Srl dalla

Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220 è stato incrementato di € 300.000, fino alla rivalutazione in € 573.592 per l'anno 2019, per consentire di far fronte all'incremento strutturale di domanda registrato nel corso dell'anno 2018, superiore al livello di produzione registrato tramite il flusso SPA nell'anno 2017, indicato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2019, n. 1220 quale anno di riferimento per la determinazione dei tetti di spesa massimi. L'incremento in oggetto, da riproporre anche per il biennio 2022/2023, è stato disposto ad invarianza di spesa, con conseguente riduzione per pari importo, del tetto di spesa definito dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2019, n. 1220 in favore di altre strutture private accreditate convenzionate;

la Deliberazione del Direttore Generale n. 1298 del 17 novembre 2020 con la quale, in accordo con la Società, il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo annuo è stato ridefinito in € 569.121, per far fronte all'esigenza di introdurre nel mercato amministrato nuove strutture private accreditate presenti nel territorio di competenza aziendale, garantendo comunque il rispetto dei limiti di spesa posti a carico dell'Azienda dalla citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220;

la Legge 19 febbraio 2004, n. 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" nonché la Sentenza della Corte Costituzionale n. 162 del 9 aprile 2014, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del divieto di procreazione assistita di tipo eterologo, contenuto all'art. 4 comma 3 della legge;

il Decreto del Ministero della Salute 1° luglio 2015 "Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita";

il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 "Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1 c. 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502", ed in particolare:

l'art. 49, comma 1, il quale prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisce la selezione dei donatori di cellule riproduttive e l'attività di prelievo, conservazione e distribuzione delle cellule, in conformità a quanto previsto dalla direttiva 2006/17/CE, come modificata dalla direttiva 2012/39/UE e dai successivi decreti di recepimento. Le coppie che si sottopongono alle procedure di procreazione medico assistita eterologa contribuiscono ai costi delle attività, nella misura fissata dalle regioni e dalle province autonome;

l'art. 64, comma 2, il quale dispone che, in materia di specialistica ambulatoriale, gli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrino in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 5, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime di prestazioni previste dalle medesime disposizioni;

la nota del Ministero della Salute del 6 novembre 2017, prot. n. 35643, in base al quale anche l'erogazione delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita è subordinata all'approvazione del decreto di fissazione delle relative tariffe. Fino a tale data restano pertanto in vigore le disposizioni adottate dalle singole regioni, e la possibilità di usufruire delle prestazioni al di fuori della regione di residenza è assicurata solo in conformità alle disposizioni regionali (della regione ospitante ed erogante);

la Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197 "Modifiche al nomenclatore regionale sulla procreazione medicalmente assistita e sulla preservazione della fertilità", la quale rivede in particolare:

A) i requisiti per l'erogabilità della prestazione di procreazione medicalmente assistita, con oneri a carico del SSR, salvo compartecipazione alla spesa, in 4 cicli (omologhe, eterologhe e

mix di entrambe), come di seguito indicato:

	- per la fecondazione assistita omologa ed eterologa maschile, fino al compimento della donna	
--	---	--

	del 43 anno di età per prestazioni di I, II e III livello;	
--	--	--

	- per la fecondazione assistita eterologa femminile, fino al compimento della donna del 46	
--	--	--

anno di età per prestazione di II e III livello;

	B) il sistema tariffario delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita;	
--	--	--

	C) il livello di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente all'erogazione delle	
--	---	--

	prestazioni di procreazione medicalmente assistita:	
--	---	--

	PREMESSO	
--	----------	--

	CHE la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come	
--	--	--

	da Atto dirigenziale del Comune di Siena n. 2594 del 20 novembre 2018 , disponibile in atti,	
--	--	--

per interventi di ostetricia e ginecologia di livello 1, 2 e 3 (B1.11.a, B1.11.b, B1.11.f), esclusa

	anestesia generale:	
--	---------------------	--

	CHE la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato	
--	---	--

con Decreto della Regione Toscana n. 7543 del 1 giugno 2017. disponibile in atti al fascicolo

istruttorio, per i processi ambulatoriale/outpatient e chirurgico nella disciplina di ginecologia

[illegible]

	Toselli, n. 94/F,	
--	-------------------	--

CHE le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono suddivise in Tecniche di I, II e

III livello a seconda	della loro complessità e del grado di invasività sia tecnica che	
-----------------------	--	--

	psicologica, come di seguito riportato:	
--	---	--

- Tecniche di I Livello: inseminazioneintracervicale/sopracervicalein ciclo naturale
--

	eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale; induzione	
--	---	--

	dell'ovulazione multipla associata ad inseminazione sopracervicale eseguita utilizzando
--	---

	tecniche di preparazione del liquido seminale; eventuale crioconservazione dei gameti	
	maschili;	
	- Tecniche di II Livello (procedure eseguibili in anestesia locale e/o sedazione profonda):	
	prelievo degli ovociti per via vaginale; fecondazione in vitro e trasferimento	
	dell'embrione (FIVET); iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI);	
	trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT) per via transvaginale	
	o guidata o isteroscopica; prelievo testicolare dei gameti (prelievo percutaneo o biopsia	
	testicolare); eventuale crioconservazione di gameti maschili e femminili ed embrioni (nei	
	limiti delle normative vigenti);	
	- Tecniche di III Livello (procedure che necessitano di anestesia generale con	
	intubazione): prelievo microchirurgico di gameti dal testicolo; prelievo degli ovociti per	
	via laparoscopica; trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT) per	
	via laparoscopica;	
	CHE la Deliberazione Giunta Regionale del 17 luglio 2017, n. 777 "Costituzione della rete	
	clinica Rete Regionale per la Prevenzione e cura dell'infertilità", che inserisce la Società Agi	
	Medica Srl nell'elenco delle strutture afferenti alla rete regionale per la prevenzione e la cura	
	dell'infertilità, per l'Area Vasta Sud Est, quale struttura di II livello;	
	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, afferenti al flusso	
	informativo SPA (specialistica ambulatoriale);	
	CHE il privato convenzionato è da ritenersi 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 e dalla disciplina introdotta tramite il presente Accordo;

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 del presente Accordo contrattuale e ne costituiscono il primo patto.

2. Le Parti reciprocamente convengono che gli allegati sono parte integrante e sostanziale del presente Accordo.

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente contratto, si avvale della Società, che accetta, per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita con Tecnica di I, II Livello, per conto del Servizio Sanitario Regionale, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

2. Il presente contratto è unico ed ha validità in ambito nazionale, in riferimento alle prestazioni di procreazione medicalmente assistita erogate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, con fatturazione a carico dell'Azienda delle prestazioni sanitarie erogate.

3. L'Azienda dà atto che i costi sostenuti per corrispondere alla Società la remunerazione delle prestazioni sanitarie da essa erogate in favore di utenti residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie di altre regioni, saranno ad essa compensati da corrispondenti ricavi per mobilità sanitaria attiva interregionale.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. L'Erogatore ha l'obbligo di erogare le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale nel rispetto dei tempi, dei modi e delle quantità effettivamente necessarie al

soddisfacimento del bisogno del paziente e nel rispetto delle specifiche indicazioni contenute nella Deliberazione Giunta regionale n. 15 maggio 2017, n. 504, recante "DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 502/1992".

2. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la propria struttura, richiamata negli atti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale, di seguito indicata: Siena (SI) in viale Toselli, n. 94/F.

3. L'Erogatore assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono svolte da personale qualificato, in possesso dei titoli di studio e delle abilitazioni previste dalla normativa vigente e adeguatamente formato ed aggiornato, che opera nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale, senza determinare situazioni di incompatibilità previste dalla normativa nazionale e regionale vigente e senza ricorrere al regime di libera professione con oneri a carico del cittadino.

4. L'Erogatore ha l'obbligo di dotarsi e di utilizzare idonei locali, procedure di erogazione delle prestazioni, macchinari, strumentazioni, materiali di consumo, farmaci, oggetti e apparecchiature, in conformità alle specifiche normative di settore, nonché alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale, esonerando di conseguenza l'Azienda.

5. L'Erogatore si impegna, per l'intera durata del presente Accordo contrattuale, ad erogare le attività programmate con continuità e regolarità per l'intero periodo dell'anno, fatti salvi i periodi di chiusura ordinaria e straordinaria che l'Erogatore si impegna a comunicare all'Azienda.

6. L'Erogatore assicura che l'erogazione delle prestazioni di cui al presente Accordo contrattuale avviene in conformità al Piano di prevenzione e contenimento del contagio da Coronavirus da esso predisposto e depositato agli atti dell'Azienda. L'Erogatore si impegna a comunicare all'Azienda eventuali variazioni alla documentazione già inviata.

Art. 4 – PRESTAZIONI E VOLUMI DI ATTIVITA'

1. Le prestazioni erogabili, tra quelle previste dalla Deliberazione Giunta Regionale del 4 agosto 2011, n. 723 e dalla Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197, sono esclusivamente quelle rientranti nelle branche specialistiche o attività o prestazioni che la Società può erogare in rapporto con il Servizio Sanitario Regionale, ai sensi dell'accreditamento istituzionale di cui dispone, ossia prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita, con Tecnica di I e II Livello, esclusa anestesia generale.

2. Per quanto attiene prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita, le Parti prendono atto che, in base alla normativa vigente, a decorrere dal 1 ottobre 2019, può essere eseguito con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale il seguente livello di assistenza: n. 4 cicli (omologhe, eterologhe e mix di entrambe), secondo i seguenti limiti anagrafici:

- per la fecondazione assistita omologa ed eterologa maschile, fino al compimento della donna del 43 anno di età per prestazioni di I e II livello;
- per la fecondazione assistita eterologa femminile, fino al compimento della donna del 46 anno di età per prestazione di II livello.

3. Con riferimento a tale tipologia di prestazioni, la Società si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto dei tetti economici indicati al successivo art. 5.

4. 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.

5. L'Azienda, sentito l'Erogatore, elabora la programmazione dell'attività annualmente e si impegna a formalizzarla entro il mese di dicembre di ciascun anno di durata del presente Accordo per l'anno successivo.

6. L'Azienda, previo accordo con l'Erogatore, si riserva la facoltà di rimodulare in corso d'anno i volumi di attività acquistati in favore dei cittadini residenti nel proprio ambito territoriale, qualora si determinino eventuali diverse esigenze emergenti e non programmate, che comportino, in particolare, criticità nella gestione delle liste di attesa per le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale.

7. 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 in favore di cittadini residenti.

Art. 5 – TETTI ECONOMICI

1. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda, la Società si impegna ad eseguire le prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita entro un volume di attività corrispondente al tetto economico massimo pari a € 14.700, da intendersi a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell'utente.

2. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, la Società esegue prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita entro un volume di attività corrispondente al tetto economico massimo pari a € 554.421, da intendersi a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell'utente.

3. L'Erogatore garantisce, nell'arco dell'intero anno solare, l'omogenea distribuzione in ragione mensile delle prestazioni concordate nell'ambito dei tetti economici massimi.

4. Il tetto di spesa di cui al presente comma è sottoposto a verifica ordinaria in corso d'anno, dopo la liquidazione delle competenze del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre, 31 dicembre, tramite appositi report economici sui consumi dei tetti di spesa contrattuali, predisposti a cura della U.O.C. SSP, PA e TS ed inviati all'Erogatore, al fine di assicurare il rispetto del budget complessivo annuale.

5. L'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati per i cittadini residenti nel territorio dell'Azienda medesima. L'Erogatore concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

6. 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);
- è tesa a valutare il rispetto dei limiti quantitativi assegnati alla Società e la coerenza della casistica erogata rispetto a quella contrattualmente prevista.

7. 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 puntuale nuova programmazione e negoziazione delle attività nell'ambito del tetto unico ed omnicomprensivo annuo.

8. La Società si uniforma alle eventuali indicazioni di programmazione aziendale, regionale e nazionale, relative alle variazioni del tetto unico ed omnicomprensivo annuo di cui al presente articolo, che dovessero intervenire nel periodo di vigenza del presente Accordo, con particolare riferimento alla revisione della citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220 da parte della Direzione regionale, che costituisce il quadro di riferimento

normativo per la disciplina dei rapporti con il privato-accreditato, nel settore delle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale.

Art. 6 – TARIFFE

1. Le tariffe per le prestazioni di procreazione medicalmente assistita sono contenute nella Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197. Dette tariffe sono comprensive della quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, nella misura indicata dalla medesima Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197.

2. Qualora i riferimenti normativi sopra indicati siano superati dal legislatore, si procede ad una revisione delle tariffe di cui al presente articolo, in conformità alle nuove disposizioni.

3. Le prestazioni erogate dalla Società ricadono nel regime di esenzione IVA ai sensi dell'Art. 10 del DPR 26 ottobre 1972, n. 633.

4. Qualora l'Erogatore prenda in carico pazienti provenienti da regioni che hanno approvato un regime tariffario per procreazione medicalmente assistita inferiore a quanto previsto da Regione Toscana, la prestazione è tariffata, ai fini della fatturazione all'Azienda, a secondo gli importi autorizzati dalla regione di provenienza dell'assistito, mentre la quota residua per concorrere alla tariffa prevista da Regione Toscana, è corrisposta alla Società direttamente dall'utente. L'entità della compartecipazione alla spesa (ticket) è stabilita in conformità alla citata Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197 e attribuita per intero all'Azienda.

Art. 7 – MODALITA' DI ACCESSO

1. Per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, l'accesso alla prestazione di procreazione medicalmente assistita e diagnostica per immagini in senologia avviene tramite richiesta formulata su ricettario regionale dal personale medico operante per il Servizio Sanitario Regionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata. Non è necessaria la preventiva autorizzazione da parte dell'Azienda.

2. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, laddove queste ultime abbiano provveduto con specifico atto amministrativo a porre le prestazioni di procreazione medicalmente assistita nei propri livelli uniformi ed essenziali di assistenza, l'accesso avviene tramite richiesta formulata su ricettario regionale dal personale medico operante per il Servizio Sanitario Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata. La Società si relaziona direttamente con i competenti Uffici regionali per l'ottenimento dell'elenco aggiornato delle regioni che hanno provveduto a disciplinare la materia con propri atti amministrativi.

3. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, laddove queste ultime non abbiano provveduto con specifico atto amministrativo a porre le prestazioni di procreazione medicalmente assistita nei propri livelli uniformi ed essenziali di assistenza, l'accesso avviene tramite richiesta formulata su ricettario regionale dal personale medico operante per il Servizio Sanitario Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata e preventiva autorizzazione dell'azienda sanitaria di appartenenza dell'utente, informata sui costi dell'intera procedura, come confermato anche dalla Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197, che definisce l'autorizzazione dell'azienda sanitaria di residenza quale atto necessario per procedere con l'iter attualmente in vigore per le compensazioni interregionali. Tutto ciò fino all'adozione, come previsto dall'art. 64 comma 2 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, di apposito decreto del Ministero della Salute di definizione delle tariffe massime delle prestazioni ambulatoriali, a seguito del quale il nomenclatore nazionale entrerà definitivamente in vigore.

4. Fino alla data di entrata in vigore del nomenclatore nazionale di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, per i cittadini residenti in altre regioni sono assicurati i medesimi livelli di assistenza previsti dalla Regione Toscana per

i cittadini residenti, come determinati con Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n.

1197 e riportati al precedente Art. 4 del presente atto.

5. La Società si impegna ad informare il cittadino dei limiti imposti dalle norme regionali per l'accesso alle prestazioni di procreazione medicalmente assistita con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale, acquisendo l'autocertificazione in merito al numero di trattamenti già effettuati, l'età anagrafica, che consente di accedere al trattamento, di non usufruire contemporaneamente di prestazioni di procreazione medicalmente presso altre strutture pubbliche o private accreditate, con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La Società è responsabile della corretta gestione delle autocertificazioni prodotte dagli utenti a tale proposito.

6. Nella fase attuale l'offerta di prestazioni di procreazione medicalmente assistita per utenti ovunque residenti non sono inserite nella procedura informatica di prenotazione denominata CUP 2.0. Le Parti si impegnano, pertanto, ad inserire tutta l'offerta di prestazioni di procreazione medicalmente assistita per utenti ovunque residenti, all'interno della procedura di prenotazione aziendale.

7. Con la piena cuppizzazione delle attività ambulatoriali erogate dalla Società, l'Articolazione provinciale di Siena del CUP 2.0 provvederà alla gestione delle agende di prenotazione per l'offerta di prestazioni di procreazione medicalmente assistita in favore di utenti ovunque residenti.

8. La gestione delle agende di prenotazione è disposta dall'Articolazione provinciale di Siena del CUP 2.0 previa intesa con l'Erogatore circa la programmazione annuale delle attività da esso erogate, tenuto conto delle relative disponibilità orarie e dei tetti di spesa previsti dal presente Accordo. La programmazione annuale delle attività tiene conto dei periodi di chiusura della Struttura per ferie nel periodo estivo o in altri periodi, che l'Erogatore comunica al CUP 2.0 di Siena all'inizio di ciascun anno. Qualsiasi variazione del palinsesto

annuale che si rendesse necessaria, è concordata tra Società e CUP 2.0 di Siena. Non sono consentite variazioni unilaterali delle agende da parte della Società.

9. La prenotazione delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita erogate in favore di utenti ovunque residenti, una volta inserita la relativa offerta nel sistema di prenotazione aziendale, sarà gestita dalla Società tramite agende dedicate nell'ambito della procedura informatizzata denominata CUP 2.0 MODULO LIGHT, a cui la Società dovrà essere collegata, con oneri a carico dell'Azienda. E' posta a carico dell'Azienda anche la formazione degli Operatori della Società, che dovranno assicurare la funzionalità della procedura.

10. Nella fase attuale, l'accettazione degli utenti nonché la registrazione amministrativa della prestazione, con riferimento in particolare alla conferma dell'avvenuta erogazione, è disposta dall'Erogatore su proprio gestionale. Con la cupizzazione, le attività in oggetto saranno disposte a cura della Società su gestionale aziendale locale della provincia di Siena, denominato GST (collegato a CUP 2.0), a cui la Società dovrà essere collegata, con oneri a carico dell'Azienda. La mancata conferma dell'avvenuta erogazione su gestionale aziendale GST comporterà la perdita del tracciamento della presentazione, che risulterà non erogata e quindi non inserita nel flusso informativo regionale SPA.

11. La Società costituisce Sportello di Riscossione della quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in nome e per conto dell'Azienda, per tutti gli utenti, ovunque residenti. La riscossione attualmente è disposta su gestionale della Società, con emissione della ricevuta in favore dell'utente, in nome e per conto proprio e successivo riversamento mensile degli importi ticket incassati a favore dell'Azienda. Con il collegamento informatico dell'Erogatore alla procedura informatizzata CUP 2.0 MODULO LIGHT, la cui realizzazione è disposta con oneri a carico dell'Azienda, la riscossione potrà avvenire presso la sede della Società, con emissione della ricevuta in favore dell'utente, in nome e per conto dell'Azienda, e successivo riversamento mensile degli importi ticket incassati a favore dell'Azienda.

12. Al fine di facilitare le operazioni di riscossione in nome e per conto dell'Azienda, la U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie dell'Azienda provvederà a fornire alla Società il lettore di carta POS, in modo tale da attribuire direttamente gli incassi ticket all'Azienda. Le Parti danno atto che a decorrere da gennaio 2022, non sarà più consentita la modalità di pagamento a mezzo contante. Fino alla piena attuazione delle nuove modalità di pagamento esclusivamente tramite POS, l'Erogatore sarà tenuto a riversare all'Azienda, con cadenza mensile, gli importi ticket incassati a mezzo contante.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. Nella fase attuale, la Società si impegna a fornire alla competente Struttura organizzativa di Estar, entro il giorno 5 del mese successivo a quello di erogazione, i dati e le informazioni relative a tutte le prestazioni di procreazione medicalmente assistita effettuate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, ivi comprese le prestazioni che non generano effetti finanziari a carico del Servizio Sanitario Regionale, secondo il tracciato e le specifiche previste dalla Regione Toscana per il Flusso denominato DOC SPA, consultabili presso il sito <https://www.regione.toscana.it/flussi-informativi>, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171.

2. Le Parti danno atto che qualora la Società prenda in carico utenti con fatturazione diretta alle Aziende sanitarie di provenienza, i campi 21 e 22 del tracciato SPA, sono compilati come segue:

A) campo 21 convenzione: 0 = prestazione non soggetta a rapporto convenzionale;

B) campo 22 compensa: 0 = non soggetto a compensazione.

3. Con l'inserimento dell'offerta ambulatoriale di prestazioni di procreazione medicalmente assistita nel sistema CUP 2.0, e la conseguente registrazione amministrativa delle prestazioni erogate tramite il gestionale aziendale locale GST (collegato a CUP 2.0), la generazione del

flusso informativo regionale SPA sarà assicurata dall'Azienda, per conto della Società

secondo il tracciato e le specifiche previste dalla Regione Toscana, consultabili presso il sito:

<https://www.regione.toscana.it/flussi-informativi>, istituito con Deliberazione Giunta regionale

22 ottobre 2018, n. 1171.

4. Nella fase attuale, la competente Struttura organizzativa di ESTAR provvede a trasmettere a Regione Toscana i dati dell'attività di specialistica ambulatoriale (flusso informativo regionale SPA), inviati dalla Società entro il giorno 5 di ogni mese, successivo alla chiusura del mese di riferimento. Con l'attivazione della registrazione amministrativa delle prestazioni erogate tramite il gestionale aziendale locale GST (collegato a CUP 2.0), ESTAR provvederà ad estrarre i dati direttamente dalla procedura aziendale.

5. Nella fase attuale, qualora in sede di invio del flusso informativo regionale SPA a Regione Toscana, la competente Struttura organizzativa di ESTAR rilevi errori di tipo 2 o 9, essa provvede a segnalare la criticità alla Società, che è tenuta ad assicurare la correzione del flusso informativo regionale DOC SPA, entro i tempi richiesti, al fine di consentire il valido invio in Regione Toscana delle attività sanitarie erogate. Con l'attivazione della registrazione amministrativa delle prestazioni erogate tramite il gestionale aziendale locale GST (collegato a CUP 2.0), la correzione del flusso informativo è assicurata da CUP 2.0 di Siena o dagli Uffici aziendali di governo dell'offerta ambulatoriale, che costituiscono il riferimento di ESTAR, coinvolgendo l'Erogatore in caso di errori ad esso riferibili. A tal fine ESTAR provvedrà alla produzione di apposito report trimestrale, relativo alle estrazioni dei dati relativi alle prestazioni specialistiche erogate, da sottoporre alla verifica da parte dell'Erogatore.

6. La Regione Toscana, sulla base delle informazioni trasmesse da ESTAR, relative ai flussi informativi SPA, 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.

7. La Società trasmette alla competente struttura di ESTAR, entro il 20 gennaio di ogni anno, la compilazione dei flussi informativi ministeriali tramite i Modelli STS, validi per le strutture sanitarie extra-ospedaliere, con riferimento all'attività di specialistica ambulatoriale (dati anagrafici della struttura, apparecchiature biomediche, attività svolta).

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. A fronte delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, e fino a concorrenza del tetto massimo di spesa di cui al presente Accordo, l'Erogatore provvede, con cadenza mensile, all'emissione di fattura elettronica, in conformità al Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55 e s.m.i.

2. La fattura elettronica mensile per prestazioni di procreazione medicalmente assistita è emessa a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell'utente, tenuto conto che il tetto di spesa è definito a lordo. Nel corpo del documento, l'Erogatore provvede, comunque, a distinguere i seguenti importi:

- a) quota eccedente il ticket, quale importo esente IVA, ai sensi dell'art. 10 del DPR 633/1972;
- b) quota ticket incassato, quale importo fuori campo IVA, ai sensi dell'art. 2 del DPR 633/1972.

4. Ai fini della fatturazione da parte dell'Erogatore delle prestazioni erogate, l'Azienda trasmette l'ordine elettronico di fornitura tramite NSO (Nodo Smistamento Ordini), utilizzando il seguente canale: agimedica@pec.it, indicato dall'Erogatore stesso.

5. L'ordine elettronico annuale corrisponde al tetto massimo di spesa annuo, comprensivo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente. All'interno dell'ordine sono inserite, nel corso dell'anno e a cura dell'Azienda, le dodici rate mensili in cui si articola il tetto di spesa annuale.

6. L'Erogatore è tenuto ad emettere fattura elettronica contenente il numero apposto

sull'ordine di fornitura elettronico. Il numero d'ordine ha di norma durata annuale, fatti salvi

eventuali periodi ridotti o eventuali revoche dell'ordine elettronico iniziale. A decorrere dalla

mensilità di gennaio 2022, l'Azienda non può provvedere alla liquidazione delle fatture non

corredate dal numero dell'ordine. Per quanto riguarda le eventuali note di credito, esse

devono riportare lo stesso numero di ordine delle fatture a cui si riferiscono.

7. L'Erogatore può inviare eventuali fatture integrative solo previa comunicazione, per

permettere all'Azienda l'aggiornamento dell'ordine elettronico mediante inserimento di un

ulteriore rata.

8. L'Erogatore provvede ad inviare la fattura elettronica tramite il codice di interscambio

dell'area senese: ZXFD74, entro il quinto giorno lavorativo del mese successivo a quello in

cui le prestazioni sono state eseguite. Ciascuna fattura elettronica riporta l'indicazione del

mese di competenza e la descrizione della tipologia di prestazioni erogate a cui si riferiscono.

9. Le fatture mensili emesse dalla Società per prestazioni erogate in favore di residenti

nell'ambito territoriale dell'Azienda e di aziende sanitarie di altre regioni, nell'ambito del

techo di spesa previsto dal presente contratto, sono articolate e redatte sulla base dell'azienda

sanitaria di residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine, precisando che nel corpo

della fattura è indicata la tipologia di utenti alla quale si riferiscono:

- residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, per prestazioni di procreazione

medicalmente assistita, suddivisi per zone-distretto di provenienza, secondo i seguenti

codici alfabetici: Zona Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana: R; Zona

Amiata senese e Val d'Orcia, Valdichiana senese: P; Zona Aretina, Casentino,

Valtiberina: Q; Zona dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana Aretina: G; Zona

delle Colline dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona Senese: D;

- residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, per prestazioni di procreazione medicalmente assistita.

10. La Società si impegna ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica il Tabulato riepilogativo delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita a cui il documento contabile si riferisce, con l'indicazione dei seguenti elementi: mese di competenza; cognome, nome ed indirizzo dell'utente; data di nascita; codice fiscale; azienda sanitaria di appartenenza; regione di appartenenza; numero ricetta; data di esecuzione della prestazione; codice, descrizione e numero delle prestazioni erogate; importo lordo fatturato; importo ticket corrisposto dall'utente o eventuale esenzione e relativo codice; numero e data delle eventuali autorizzazioni preventive.

11. La Società si impegna altresì ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica copia della seguente Documentazione sanitaria per gli approfondimenti dei controlli amministrativi, di seguito: copia delle prescrizioni mediche con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, copia delle autorizzazioni delle aziende sanitarie di appartenenza dell'utente extra-regione, qualora la regione di appartenenza non abbia inserito le prestazioni di procreazione medicalmente assistita propri livelli uniformi ed essenziali di assistenza e copia delle autocertificazioni acquisite dagli utenti;

12. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria sono trasmessi con cadenza mensile, in coincidenza con l'emissione della relativa fattura elettronica, tramite posta elettronica certificata, al seguente indirizzo ausltoscanasudest@postacert.toscana.it. Nell'oggetto è inserita la dicitura: "Prestazioni accreditate: documentazione a corredo fattura elettronica del mese di, anno" I file sono protetti con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse. A tal fine il file sono zippati e dotati di password per l'apertura (minimo 8 caratteri con: almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale). La password è resa nota

all'Azienda tramite canali diversi da quelli utilizzati per l'invio (ovvero consegna brevi manu oppure comunicazione telefonica). La password ha una durata annuale, per poi essere sostituita con una nuova password, comunicata con le stesse modalità.

13. L'Azienda può richiedere ulteriori dati e informazione in relazione alle prestazioni erogate dall'Erogatore in virtù del presente accordo contrattuale, previo preavviso di 60 giorni dall'inizio della rilevazione.

14. La documentazione prodotta conseguentemente all'erogazione delle prestazioni erogate in virtù del presente Accordo contrattuale è conservata in originale presso la sede dell'Erogatore, nel rispetto della vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione degli atti pubblici.

Art. 10 – PAGAMENTI

1. Il pagamento delle prestazioni erogate avviene entro 60 giorni dalla data di ricevimento delle fatture elettroniche da parte dell'Erogatore medesimo, a condizione che siano pervenuti all'Azienda, contestualmente alle fatture stesse, gli allegati e la documentazione richiesta al fine dell'effettuazione dei controlli amministrativi. Il ritardo nell'invio della documentazione necessaria ai fini dei controlli propedeutici al pagamento determina uno slittamento nei tempi di pagamento delle competenze dovute.

2. Ai sensi di quanto previsto dalla determinazione ex AVCP (ora ANAC) n. 4 del 7 luglio 2011, le prestazioni sanitarie oggetto del presente Accordo contrattuale non sono soggette agli obblighi di tracciabilità di cui all'art. 3, comma 1, Legge 13 agosto 2010, n. 136, pertanto non è previsto il codice identificativo di gara (CIG). Sono fatte salve diverse disposizioni normative o interpretative che dovessero intervenire nel periodo di vigenza contrattuale.

L'Erogatore si impegna, in ogni caso, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva, i cui riferimenti sono comunicati all'Azienda tramite dichiarazione sostitutiva ai

sensi del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 resa dal titolare o legale rappresentante, redatta su apposito Modulo aziendale, che riferisce anche in merito alle generalità ed al codice fiscale delle persone delegate ad operare sul conto corrente dedicato. L'Erogatore si impegna a comunicare eventuali modifiche dovessero intervenire in merito alla dichiarazione sostitutiva resa. Tutti i movimenti finanziari relativi al presente accordo sono registrati sul conto corrente dedicato ed effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la tracciabilità delle operazioni.

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

4. L'Erogatore provvede a riversare all'Azienda gli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda, con IBAN IT42C0103014217000000622569. Per ciascun riversamento è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni erogate. Per riversare correttamente gli importi in argomento, l'Erogatore 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. Qualora siano rilevate anomalie, l'Erogatore è tenuto a regolarizzare la propria posizione.

5. L'Erogatore, riscuotendo gli importi della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per conto dell'Azienda, assume la veste di Agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia, di cui alla Deliberazione Giunta regionale 15 luglio 2019, n. 918, recante "Approvazione dello schema di Regolamento degli Agenti Contabili e della resa del Conto Giudiziale" e alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1450 del 30 dicembre 2019 "Regolamento aziendale degli Agenti contabili e della resa del Conto

Giudiziale”, di attuazione. Annualmente l'Erogatore è tenuto pertanto alla sottoscrizione del Conto della Gestione, che riporta l'elenco degli incassi ticket mensili, effettuati e riversati, ai fini della “parificazione”, disposta dal Direttore U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie dell'Azienda.

6. Con la piena attuazione delle modalità di pagamento della quota di compartecipazione alla spesa tramite POS aziendale fornito in dotazione all'Erogatore, questi dismette la veste di Agente contabile e non sarà più tenuto agli adempimenti che tale qualifica comporta.

Art. 11 – CONTROLLI AMMINISTRATIVI

1. L'Azienda provvede al controllo amministrativo di I e II livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalla Società.

2. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione alla Società. La Società provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come sanabili entro il mese successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo alle anomalie non sanate verrà decurtato dalla liquidazione spettante alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito dell'emissione da parte della Società delle note di credito ad esso richieste.

3. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto dei tetti economici massimi previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e nell'ambito territoriale di aziende sanitarie extra-regionali.

4. In tutti i casi in cui la Società è tenuta all'emissione di nota di credito, ma non provvede per varie motivazioni e in tempi congrui, l'Azienda ha titolo per recuperare gli importi dovuti, con azione di rivalsa sul pagamento delle fatture giacenti, non ancora liquidate.

5. L'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti dai flussi informativi regionali per le prestazioni di

procreazione medicalmente assisterogate dalla Società in virtù del presente contratto, in attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, confrontando i dati contenuti nella fattura periodica e le prestazioni risultanti dal Flusso informativo regionale SPA.

Art. 12 – CONTROLLI SANITARI

1.L'Azienda esercita funzioni di vigilanza, monitoraggio e controllo sanitario sulla qualità, quantità, efficacia, congruità e appropriatezza, clinica ed organizzativa, delle prestazioni rese dall'Erogatore, al fine di assicurare la tutela della salute e della sicurezza dei pazienti.

2. L'Azienda, in caso di necessità, esercita anche funzioni di vigilanza sulla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso per verificare il mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalle vigenti disposizioni in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e dei requisiti previsti in materia di accreditamento istituzionale. Resta ferma ogni altra competenza dell'Azienda in materia di igiene delle strutture sanitarie e di medicina del lavoro, riservata al Dipartimento di Prevenzione.

3. L'attività di controllo sanitario di cui al precedente comma 1 è svolta dal Nucleo Operativo Controlli Sanitari, istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 480 del 17 aprile 2019, secondo modalità, tempistiche e campionamenti definiti dal Piano Annuale dei Controlli, adottato annualmente dall'Azienda e trasmesso per la dovuta informativa all'Erogatore.

4. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari redige un verbale di verifica in base al quale l'Erogatore è tenuto ad emettere nota di credito per gli importi relativi alle prestazioni ritenute non appropriate che abbiano comportato eccesso di fatturazione e adeguare, di conseguenza, il flusso informativo regionale SPA. L'Erogatore emette nota di credito entro dieci giorni dalla richiesta, trascorsi inutilmente i quali l'Azienda è autorizzata a trattenere gli importi dovuti sulle liquidazioni in giacenza.

5. Qualora il Nucleo Operativo Controlli Sanitari nell'esercizio delle proprie funzioni rilevi

difficoltà relative ai requisiti di autorizzazione o accreditamento, i pagamenti delle

prestazioni erogate sono sospesi a decorrere dalla data del sopralluogo, in attesa del pieno

ripristino del possesso dei requisiti da parte dell'Erogatore.

6. L'Azienda si riserva di rescindere l'Accordo contrattuale qualora dai sopralluoghi

effettuati, da qualsiasi organo di vigilanza, ai sensi delle normative vigenti emergano

irregolarità relative ai requisiti richiesti dalle normative o qualora l'Erogatore non ottemperi

ad eventuali prescrizioni ricevute.

7. Ai fini delle verifiche e dei controlli previsti dal presente articolo, l'Erogatore si impegna a

fornire tutte le informazioni e la documentazione idonea richiesta dal personale dell'Azienda.

Art. 13 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE DEL SSN

1. In relazione al personale del S.S.N, l'Erogatore si impegna a non concludere con gli stessi

rapporto di lavoro dipendente o di qualunque altra natura, prendendo atto dei seguenti

principi in materia di incompatibilità del personale:

a) principio di unicità del rapporto di lavoro di cui all'art 4, comma 7 della Legge 30

dicembre 1991, n. 412, in virtù del quale con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere

un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro

dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il

S.S.N. Il rapporto di lavoro con il S.S.N è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività

o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare

conflitto di interessi con lo stesso;

b) principio dell'esclusione dell'esercizio dell'attività libero professionale dei medici

dipendenti del S.S.N. in strutture private convenzionate con il medesimo S.S.N., come

ribadito anche dall'art 1, comma 5, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

c) obbligo previsto dall'art 1, comma 19 della legge n. 662/1996, per le istituzioni sanitarie private, ai fini dell'accreditamento di cui all'articolo 8, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, di documentare la capacità di garantire l'erogazione delle proprie prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro del personale del S.S.N. e con piante organiche a regime;

d) vincolo, imposto dall'art 53, comma 16ter del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 così come modificato dalla legge 6 novembre 2012, n.90, per tutti i dipendenti, che, negli ultimi 3 anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della pubblica amministrazione, di non poter svolgere, nei 3 anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

2. L'Erogatore prende atto degli effetti che le situazioni di incompatibilità comportano ex art 1, comma 19, L. n. 662/1996: l'esistenza di situazioni d'incompatibilità preclude l'accreditamento e comporta la nullità dei rapporti eventualmente instaurati con le unità sanitarie locali. L'accertata insussistenza della capacità di garantire le proprie prestazioni comporta la revoca dell'accreditamento e la risoluzione dei rapporti costituiti.

3. L'Erogatore si impegna a documentare lo stato del proprio organico a regime, con il quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente, mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva scritta, resa da soggetti comunque operanti nella propria struttura, dalla quale risulti la situazione lavorativa degli stessi e a darne comunicazione all'Azienda alla data di stipula del presente accordo contrattuale e successivamente entro il 31 gennaio di ogni anno.

4. L'Azienda provvede a confrontare i nominativi forniti dall'Erogatore con il proprio personale in servizio tramite il Dipartimento Risorse Umane, escludendo in tal modo la sussistenza di ogni situazione di incompatibilità.

Art. 14 – CARTA DEI SERVIZI

1 La Società adotta ed attua una propria Carta dei servizi, sulla base dei principi indicati dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e dello schema generale di riferimento della "Carta dei Servizi Pubblici Sanitari" emanato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995.

2. La Società si impegna altresì a comunicare all'Azienda in tempo reale le modifiche della Carta dei servizi e a procedere annualmente alla verifica e alla revisione della medesima.

3. La Società si impegna a dare adeguata pubblicità agli utenti della Carta dei Servizi.

Art. 15 – OBBLIGHI INFORMATIVI VERSO L'UTENZA

1. L'Erogatore è tenuto a adempiere agli obblighi informativi, previsti dalla normativa vigente, per le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale, informando l'utente in modo corretto sulla tipologia di prestazioni fruibili, sulle relative modalità di accesso, distinguendo inequivocabilmente le prestazioni erogabili a carico del S.S.R. e le prestazioni erogabili in regime privatistico.

2. L'Erogatore riconosce il diritto della tutela dell'utente e le modalità per il suo esercizio di cui al Regolamento di pubblica tutela dell'Azienda, approvato con Deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda 13 dicembre 2018, n. 1311 e consultabile al seguente indirizzo:
<https://www.uslsudest.toscana.it/attachments/article/9/Regolamento-Tutela-Usl-Toscana-sudest.pdf>.

3. L'Erogatore collabora con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Azienda, predisponendo, su richiesta del medesimo, le dovute relazioni informative, al fine di assicurare una corretta e tempestiva risposta all'utenza. L'Erogatore collabora altresì con la

Commissione Mista Conciliativa nominata con Deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda 28 gennaio 2019, n. 91.

4. L'Istituto si impegna a dare congruo avviso all'utenza di eventuali sospensioni temporanee delle prestazioni, anche per i periodi ferie estive o in altro periodo dell'anno.

Art. 16 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

1. In riferimento alle prestazioni erogate in virtù del presente Accordo, le Parti si qualificano quali Titolari Autonomi del Trattamento, ai sensi dell'art. 4, par. 7) del Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (RGPD).

2. Le Parti si danno reciprocamente atto di conoscere ed applicare, nell'ambito delle proprie organizzazioni, le disposizioni del citato Regolamento e quelle del D. Lgs.vo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i..

3. Le Parti, al fine di disciplinare i reciproci rapporti in materia di trattamento dati, stipulano apposito "Accordo Data Protection", allegato al presente atto (Allegato 4).

4. I dati forniti dalle Parti, relativi ai soggetti che per loro conto svolgono le attività dedotte nel presente Accordo e relativi ai soggetti che effettuano attività amministrative funzionali alla stipula e gestione del rapporto convenzionale, saranno trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, adeguatezza, pertinenza e necessità di cui all'art.5, paragrafo

1 del RGPD. Il conferimento di tali dati tra le Parti è obbligatorio ai fini degli adempimenti amministrativo/contabili comunque connessi alla instaurazione, gestione ed esecuzione del rapporto instaurato con il presente atto nonché per gli adempimenti di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

5. Le Parti si danno reciprocamente atto che le persone che agiscono per loro conto sono state informate sull'utilizzo dei propri dati personali.

Art. 17 – RESPONSABILITA'

1. Nell'effettuazione del servizio, l'Erogatore risponde di eventuali responsabilità presenti e future 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 Accordo. Per tali eventi l'Erogatore manleva l'Azienda in ordine a qualsivoglia pretesa, diritto, ragione ed azione che eventuali terzi dovessero avanzare in seguito agli eventi dannosi intervenuti. A tal fine l'Erogatore si impegna a trasmettere all'Azienda, copia di polizza RCT/RCO o di altra forma idonea di garanzia per l'attività oggetto del presente Accordo e di mantenerla per tutta la durata del presente accordo contrattuale.

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

3. L'Erogatore 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. L'Erogatore è tenuto 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 "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro", con riferimento, in particolare, ai dispositivi di sicurezza individuale.

Art. 18 – 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. 19 – PENALITA' E RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

1. Il ritardo nell'adempimento delle prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale vengono contestate per iscritto dall'Azienda, che concede un termine non superiore a 15 giorni per presentare le eventuali controdeduzioni. Le Parti, dunque, concordano un termine entro il quale tali inadempienze devono essere sanate, pena la sospensione dell'efficacia del presente accordo e del pagamento delle fatture giacenti.

2. In caso di non accoglimento delle controdeduzioni da parte dell'Azienda, il competente ufficio aziendale procederà all'applicazione delle penali commisurate al danno arrecato e graduate in base alla gravità della violazione da un minimo di 400,00€ ad un massimo di 1.000,00€, anche tramite compensazione con quanto dovuto all'Erogatore per le prestazioni fino a quel momento rese.

3. L'applicazione di suddette penali non preclude, ex art. 1383 Codice civile, il diritto dell'Azienda a richiedere il risarcimento degli eventuali danni derivanti dal mancato o non conforme adempimento dell'attività dovuta ai sensi del presente accordo contrattuale.

4. La richiesta e/o il pagamento delle penali di cui al 2 comma non esonera in alcun caso l'Erogatore dall'adempimento dell'obbligazione per la quale è inadempiente.

5. Trascorso inutilmente il termine fissato dalle Parti, il contratto è risolto ex art. 1453 Codice civile, salvo, in ogni caso, il risarcimento del danno.

Art. 20 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

	1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dall'Accordo contrattuale e dalla normativa ad	
	esso applicabile, costituiscono grave inadempimento del presente atto:	
	- l'accertata falsità di dichiarazioni rese dall'Erogatore ai fini della stipulazione e della	
	esecuzione del presente accordo contrattuale;	
	- la decadenza, sospensione e/o revoca dei provvedimenti di autorizzazione all'esercizio di	
	attività sanitaria e accreditamento istituzionale in corso di rapporto contrattuale;	
	- la reiterata inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni, ivi	
	compresi i livelli qualitativi e quantitativi del servizio;	
	- la reiterata e accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale, di protezione	
	infortunistica e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.lgs. n.81/2008 e ss.mm.ii.;	
	- l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione ed erogazione delle	
	attività convenzionate, in violazione della legislazione;	
	- la violazione dell'obbligo di dotarsi e di utilizzare idonei locali, procedure di erogazione	
	delle prestazioni, macchinari, strumentazioni, materiali di consumo, farmaci, oggetti e	
	apparecchiature, in conformità alle specifiche normative di settore, nonché alla normativa	
	nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di	
	accreditamento istituzionale;	
	- la reiterata inosservanza degli obblighi informativi in favore dell'utenza;	
	- l'accertata violazione da parte dell'Erogatore delle norme vigenti in materia di	
	protezione dei dati personali;	
	- la mancata stipula, la mancata messa a disposizione dell'Azienda e il venir meno della	
	polizza assicurativa o altra forma idonea di garanzia nel corso del rapporto contrattuale;	
	- l'accertato mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti	
	idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;	
	- l'esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la	

pubblica amministrazione;

- il grave e reiterato impedimento ai controlli amministrativi e sanitari previsti dal presente

Accordo contrattuale;

- il reiterato mancato invio della documentazione a corredo della fatturazione.

2. Ai fini della reiterazione, le misure di cui al presente articolo si applicano a decorrere dal terzo episodio di violazione e/o inosservanza contestato formalmente per iscritto dall'Azienda.

3. In presenza di una delle condotte sopra indicate, l'Azienda ne fa contestazione scritta all'Erogatore e il presente accordo contrattuale è risolto di diritto ex art. 1456 Codice civile, salvo il risarcimento dei danni.

4. In caso di risoluzione, l'Erogatore si impegna a non accettare pazienti, fatte salve eventuali esigenze indifferibili e urgenti espressamente indicate dalla Azienda. Eventuali attività rese in violazione di tale divieto non possono essere oggetto di remunerazione a carico del Servizio Sanitario ad alcun titolo.

5. Fermo tutto quanto sopra, in caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza, o sospensione previste dall'art. 67, D.lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e ss.mm.ii. (c.d. codice antimafia), il contratto è risolto ipso iure senza concessione di termini per dedurre.

Art. 21 – CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

1. Ogni eventuale e residuale contestazione e/o controversia che dovesse insorgere fra le parti in relazione all'interpretazione ed all'esecuzione del presente contratto, che non venisse risolta bonariamente, è deferita in via esclusiva al Foro di Siena, fermo restando quanto previsto dall'art. 21 del presente accordo contrattuale.

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

Art. 22 – TRASPARENZA E PUBBLICITA'

1. L'Erogatore dichiara di aver preso visione del codice etico dell'Azienda approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1234 del 10 novembre 2016 e di accettarne il contenuto per quanto applicabile e condividerne i principi.

2. L'Erogatore 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.

Art. 23 – DECORRENZA E DURATA

1. Il presente Accordo contrattuale ha validità dal 1 gennaio 2022 al 31 dicembre 2023, con possibilità di rinnovo per una ulteriore annualità, agli stessi patti e condizioni, tenuto conto degli atti di programmazione regionale.

2. Il rinnovo è richiesto dalla Parte interessata, entro i trenta giorni precedenti la scadenza del contratto, a mezzo di posta elettronica certificata o lettera raccomandata a/r ed è disposto agli stessi patti e condizioni. Il rinnovo è formalizzato con atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda.

3. Decorso il termine finale senza che sia intervenuto il formale rinnovo 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, su iniziativa delle Parti.

Le eventuali modifiche all'Accordo contrattuale possono essere disposte mediante accordi integrativi, da approvare con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda oppure tramite scambio di missive tramite posta elettronica certificata.

5. Le variazioni che dovessero intervenire a seguito dell'emanazione di leggi, regolamenti, disposizioni nazionali, regionali nonché di accordi con associazioni di categoria, impegnano

le Parti alla loro applicazione da formalizzare con atto convenzionale suppletivo, previa deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda.

Art. 24 – SPESE IMPOSTA DI BOLLO E REGISTRAZIONE

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, che viene assolta

in maniera virtuale come da Autorizzazione Agenzia delle Entrate di Azienda USL Toscana

Sud Est del 16 febbraio 2016, n. 5062. Le spese, che ammontano ad € 192,00, sono poste a

carico dell'Erogatore, il quale provvede al conferimento ~~di~~ rimborso tramite apposito

bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383 intestato

all'Azienda.

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. 25 – 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. 26 articoli, n. 38 pagine e n. 1 allegato, ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

Art. 26 - RINVIO

1. Per quanto non espressamente previsto nel presente Accordo contrattuale, si fa formale rinvio alle norme di legge e di regolamento in materia sanitaria, amministrativa, civile e penale.

Letto, firmato e sottoscritto

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. S.S.P. P.A. e T.S.

A.G.I. Medica Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est



(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. S.S.P. P.A. e T.S.

A.G.I. Medica Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est



(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

Accordo Data Protection fra Titolari Autonomi

TRA

L'Azienda Ausl Toscana Sud Est, con sede legale in Arezzo, via Curtatone, 54 (C.F./P.Iva. 02236310518), di seguito denominata "Azienda", nella persona di Elisabetta Lucaroni, nata a Siena, il 2 maggio 1967, domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza Carlo Rosselli, n. 26, la quale interviene non in proprio ma esclusivamente in nome e per conto e nell'interesse dell'Azienda nella sua qualità di Direttore U.O.C. Strutture pubbliche, Private accreditate e Trasporti sanitari, a ciò delegata con Deliberazione del Direttore Generale n. 794 del 20 luglio 2020, esecutiva ai sensi di legge, che la autorizza ad impegnare legalmente e formalmente l'Azienda per il presente atto,

E

La Società A.G.I. Medica Srl, con sede legale in Siena, Viale Toselli, n. 94/F (C.F. e P.I.: 01308270527), di seguito denominata "Società", rappresentata dal Dr. [REDACTED] [REDACTED] 1969, domiciliato per la carica presso il suddetto Istituto;

di seguito congiuntamente indicati come "Parti", si conviene quanto segue:

ART. 1 (Autonoma titolarità del trattamento)

1. Le Parti tratteranno in via autonoma i dati personali oggetto dello scambio per trasmissione o condivisione per le finalità connesse all'esecuzione dell'"**ACCORDO CONTRATTUALE**

TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E AGI MEDICA SRL - Acquisto prestazioni specialistiche ambulatoriali di Procreazione Medicalmente Assistita".

2. Le Parti, in relazione agli impieghi dei predetti dati nell'ambito della propria organizzazione, assumeranno, pertanto, la qualifica di Titolare autonomo del trattamento ai sensi dell'art. 4, par. 7 del GDPR, sia fra di loro che nei confronti dei soggetti cui i dati

	personali trattati sono riferiti.	
	3. I dati personali oggetto di scambio e condivisione tra le Parti sono relativi al processo di erogazione e registrazione delle prestazioni erogate in favore degli utenti presi in carico.	
	ART. 2 (Scambio di dati: finalità e base giuridica)	
	1. Le Parti si danno reciprocamente atto che lo scambio di dati oggetto del presente DPA risponde ai principi di liceità determinati da specifiche norme ed è conforme alle disposizioni.	
	2. Le Parti si danno reciprocamente atto che lo scambio di dati oggetto del presente DPA è conforme alle disposizioni, alle linee guida e alle regole tecniche previste per l'accesso, la gestione e la sicurezza dei dati dalla normativa in materia di amministrazione digitale (D. Lgs.vo 82/2005 e relative linee guida e regole tecniche) e dalle altre norme di riferimento.	
	ART. 3 (Scambio di dati: ruoli, ambito e modalità)	
	1. I contraenti in relazione allo scambio di informazioni, inteso sia come trasmissione di dati sia di condivisione di archivi e al loro ruolo di esseresorgente o destinatario delle informazioni scambiate si qualificano nel seguito come:	
	- Ausl Toscana Sud Est quale soggetto Utilizzatore;	
	- Società Agi Medica Srl quale soggetto Produttore.	
	ART.4 (Rispetto della normativa)	
	1. Le Parti si danno reciprocamente atto di conoscere ed applicare, nell'ambito delle proprie organizzazioni, tutte le norme vigenti ed in fase di emanazione in materia di trattamento dei dati personali, sia primarie che secondarie, rilevanti per la corretta gestione del Trattamento, ivi compreso il Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 Regolamento generale sulla Protezione dei Dati (RGPD).	
	2. In particolare, quali Titolari autonomi del trattamento, le Parti sono tenute a rispettare tutte le normative rilevanti sulla protezione e il trattamento dei dati personali che risultino applicabili ai rapporti che intercorrono fra produttore di informazioni e utilizzatore sulla base	
	2	

del presente DPA.

3. Le Parti sono altresì tenute al rispetto della normativa in materia di amministrazione digitale e in materia di accesso, gestione e sicurezza dei dati.

ART. 5 (Misure di sicurezza)

1. Con riguardo alle misure di sicurezza da osservare nel trattamento dei dati e allo scopo di ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale dei dati, di accesso non autorizzato, di trattamento non consentito o non conforme alle finalità ivi previste, le Parti si impegnano:

- ad adottare adeguate ed idonee misure tecniche ed organizzative previste dalla normativa italiana ed europea in materia di protezione dei dati personali ed ogni altra previsione derivante dall'Autorità di controllo e dal Comitato Europeo per la protezione dei dati, curandone il rispetto e l'applicazione da parte degli autorizzati al trattamento, effettuando, altresì controlli sull'operato dei medesimi;
- a verificare periodicamente e, ove necessario, ad adeguare le misure di sicurezza con riferimento all'analisi dei rischi aziendali, all'evolversi della normativa e al progredire dello sviluppo tecnologico;
- a garantire le evidenze e la documentazione comprovanti l'adozione delle misure tecniche ed organizzative idonee.

ART. 6 (Obblighi del personale autorizzato)

1. Le Parti si impegnano a far sì che l'accesso ai dati personali oggetto dello scambio sia consentito solo a coloro e nella misura in cui ciò sia necessario per l'esecuzione della convenzione, e che l'uso dei dati personali da parte del soggetto utilizzatore rispetti gli stessi impegni assunti dal produttore riguardo alla conformità legale del trattamento e la sicurezza dei dati trattati con misure adeguate alla tipologia dei dati degli interessati e dei rischi connessi.

	2. Ognuna delle Parti individua un proprio referente tecnico, responsabile dell'accesso, della	
	gestione e della sicurezza dei dati e dell'applicazione delle relative norme, linee guida e	
	regole tecniche, tenuto a comunicare tempestivamente all'altra parte modifiche,	
	aggiornamenti, esigenze, problematiche, incidenti e quanto ritenuto necessario nella corretta	
	gestione dei dati, al fine di assicurarne la conformità ai principi e alle disposizioni normative	
	di riferimento.	
	ART.7 (Responsabilità)	
	1.Fatto salvo quanto previsto come inderogabile dalla legge, nessuna responsabilità sarà	
	imputabile al produttore del dato per i trattamenti operati dall'utilizzatore, eccettuati i casi di	
	cattiva gestione o trattamento non conforme nella fase di raccolta originaria dei dati personali.	
	Ferma restando la responsabilità del produttore verso i terzi e verso l'utilizzatore nei rapporti	
	reciproci, l'utilizzatore si obbliga a manlevare e tenere indenne il produttore – per qualsiasi	
	danno, incluse spese legali- che possa derivare da pretese avanzate nei confronti del	
	produttore da terzi – inclusi i soggetti cui i dati personali trattati sono riferiti- a seguito	
	dell'eventuale illiceità o non correttezza delle operazioni di trattamento imputabili	
	all'utilizzatore.	
	ART. 8 (Compliance e cooperazione)	
	1.Le parti si garantiscono reciprocamente che i dati trattati da ciascuna di esse in esecuzione	
	del presente DPA formano oggetto di puntuale verifica di conformità alla disciplina rilevante	
	in materia di trattamento dei dati personali , ivi compreso il RGPD, alla normativa in materia	
	di amministrazione digitale e in materia di accesso, gestione e sicurezza dei dati e si impegnano	
	altresì alla ottimale cooperazione reciproca nel caso in cui una di esse risulti destinataria di	
	istanze per l'esercizio dei diritti degli interessati previsti dall'art. 12 e ss. Del RGPD ovvero di	
	richieste delle Autorità di controllo che riguardino ambiti di trattamento di competenza	
	dell'altra parte.	
	4	

ART. 9 (Durata)

1. Il presente accordo produce effetti e vincola le Parti dalla sua sottoscrizione e fino alla cessazione della convenzione di cui all'art. 1, indipendentemente dalla causa di detta cessazione.

ART. 10 (Rescissione)

1. La rescissione del presente DPA avviene per istanza di parte qualora, la stessa ritenga che lo scambio di informazioni leda per qualsivoglia motivo i legittimi diritti degli interessati.

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

Il DIRETTORE U.O.C. Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari
(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

AGI MEDICA SRL

Il Legale Rappresentante

