

Repertorio aziendale n. 2734 del 23 dicembre 2021

Deliberazione del Direttore Generale n. 1621 del 7 dicembre 2021

ACCORDO NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

E ALLIANCE MEDICAL DIAGNOSTIC SRL

Acquisto Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali e di Diagnostica Strumentale

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

[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 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 Alliance Medical Diagnostic Srl, a socio unico, soggetta a direzione e

coordinamento di Alliance Medical Italia Srl, Codice Fiscale e Partita Iva: 02846000616, con

sede legale in Lissone (MB), Via G. Mameli, 42/A, di seguito altresì denominata "Società",

rappresentata da [REDACTED];

[REDACTED] 964, domiciliata per la carica presso la suddetta

società;

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 e' 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 uni formi 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 convenzione 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. quinquies comma 2 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 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge

19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali", che all'art.9

quater c.7 ha imposto alle Regioni 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 a meno 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 Regionale, tra i quali figura la società Alliance Medical Diagnostic

Srl;

- definizione di tetti unici 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 vigente, a livello regionale e non di singola

azienda sanitaria, prevedendo per la società Alliance Medical Diagnostic Srl un importo

annuo di € 7.614.359,00;

- 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 Alliance Medical Diagnostic

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

	Alliance Medical Diagnostic Srl, tramite i flussi informativi specifici relativi	
	all'assistenza specialistica ambulatoriale (SPA);	
	la nota del Settore Contabilità ed Investimenti del, prot. n.	
, recante "Linee guida per la redazione del bilancio preventivo 2022", la	
	quale al punto relativo all'acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private,	
	precisa che nel bilancio preventivo 2022 i costi non potranno essere superiori ai limiti stabiliti	
	dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, che comprendono sia le	
	attività di ricovero che quelle ambulatoriali, indipendentemente dalla provenienza del	
	paziente;	
	le note del Direttore Generale 19 febbraio 2019, prot. n. 35041 e 35042, disponibili in atti,	
	con le quali si è comunicato alla Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione	
	Sociale, l'intenzione di utilizzare una quota del tetto massimo di spesa previsto dalla citata	
	Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220 in favore di Alliance Medical	
	Diagnostic Srl, pari a € 195.088,92, per far fronte ad alcune criticità evidenziate in relazione	
	alla definizione del tetto di spesa di alcune strutture sanitarie accreditate già convenzionate	
	per la medicina fisica e riabilitazione e per la riabilitazione cardiologica, risultate	
	sottodimensionate in sede di programmazione regionale, rideterminando il tetto di spesa	
	massimo annuale per Alliance Medical Diagnostic Srl in € 7.419.270,08;	
	la Deliberazione del Direttore Generale 17 novembre 2020, n. 1298, con la quale si è	
	provveduto, tra l'altro, ad applicare una percentuale di abbattimento pari a 0,8% al tetto di	
	spesa dedicato storicamente alle attività extra-regione di Alliance Medical Diagnostic Srl, per	
	consentire l'ingresso nel mercato amministrativo di nuove Strutture accreditate, nel rispetto	
	del limite complessivo stabilito dalla DGRT 1220/2018, ridefinendo il tetto di spesa unico ed	
	omnicomprensivo dell'Erogatore per un importo pari a € 7.392.916 annui;	
	PREMESSO	
	6	

CHE l'Erogatore risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria come da Provvedimento n. 117 del 22 dicembre 2017, rilasciato dal Comune di Cortona, in relazione alla struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Istituto Andrea Cesalpino, ubicata in Cortona – C.S. Terontola, 67 e gestita dalla Società Alliance Medical Diagnostic Srl per Presidio ambulatoriale: prestazioni di specialistica e diagnostica – classe 1 (extraospedaliero);

CHE l'Erogatore risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria come da Provvedimento n. 829 del 13 agosto 2019 rilasciato dal Comune di Grosseto, in relazione alla struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Istituto Andrea Vesalio, ubicata in Grosseto, Via Rubino 31/33, e gestita dalla Società Alliance Medical Diagnostic Srl, per Attività erogata in regime ambulatoriale: prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriale;

CHE la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 6519 del 2 maggio 2018, disponibile in atti al fascicolo istruttorio, per la struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Istituto Andrea Cesalpino ubicata a Cortona – Terontola (AR), Strada regionale 71, n. 67 e gestita dalla Società Alliance Medical Diagnostic Srl, per la disciplina di radiodiagnosticae varie prestazioni specialistiche ambulatoriali;

CHE la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 13248 del 21 agosto 2018 disponibile in atti al fascicolo istruttorio, per la struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Istituto Andrea Vesalio ubicata a Grosseto, in Via Rubino n. 31/33 e gestita dalla Società Alliance Medical S.r.l., per la disciplina di radiodiagnosticae varie prestazioni specialistiche ambulatoriali;

CHE l'Erogatore 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 regionale SPA;

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 Accordo, affida alla Società, nell'ambito del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo definito dalla programmazione sanitaria regionale richiamata in premessa, come revisionato, l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale, in nome e per conto del Servizio Sanitario Regionale, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

2. Il presente Accordo 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, con fatturazione diretta a carico dell'Azienda delle prestazioni sanitarie erogate dalla Società in favore di dette categorie di utenti.

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, regionali ed extra regionali, saranno ad essa compensati a corrispondenti ricavi per mobilità sanitaria attiva, infraregionale ed 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 le proprie strutture, richiamate negli atti di autorizzazione ed accreditamento, e di seguito elencate:

- Istituto Andrea Cesalpino, ubicata a Cortona – Terontola, Strada regionale 71, n. 67;
- Istituto Andrea Vesalio, ubicata a Grosseto, in Via Rubino n. 31/33.

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, recante, "Procedure per l'applicazione della DGRT 722 del 4 Agosto 2011. Approvazione dell'adeguamento del Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale e di laboratorio" 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 dei decreti di accreditamento istituzionale di cui dispone, e quindi prestazioni specialistiche ambulatoriali e di prestazioni diagnostica strumentale.

2. Con riferimento alle strutture sanitarie ambulatoriali di pertinenza, l'Erogatore assicura

l'erogazione delle seguenti prestazioni ambulatoriali accreditate, nell'ambito dei tetti di spesa

di cui al successivo Art. 5:

A) Istituto Andrea Cesalpino

RM, TAC, Mammografia, Ortopantomografia, Ecografia, Medicina dello sport, Cardiologia,

Ginecologia ed ostetricia, Urologia, Ortopedia e traumatologia, Neurologia, Endocrinologia,

Dermatologia e venereologia, Malattie dell'apparato respiratorio, Reumatologia,

Allergologia, Angiologia, Otorinolaringoiatria, Oftalmologia;

B) Istituto Andrea Vesalio

Cardiologia, RM, TAC, Ecografia, Mammografia, Medicina dello sport, Neurologia,

Neurochirurgia, Reumatologia, Angiologia, Medicina fisica e riabilitazione, Scienza

dell'alimentazione e dietetica, Ginecologia e ostetricia, Urologia, Endocrinologia,

Otorinolaringoiatria, Oftalmologia, Dermatologia e venerologia, Gastroenterologia, Anestesia

e rianimazione, Psicologia, Medicina complementare, Malattie dell'apparato respiratorio.

3. Qualora siano rilevate significative criticità in termini di tempi di attesa per prestazioni

specialistiche ambulatoriali definite con ambito di garanzia zonale dal Piano Regionale

Governo Lista d'Attesa, l'Azienda, nell'ambito del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo

previsto dal presente Accordo, può richiedere all'Erogatore l'impiego di mezzo mobile, in

conformità ai requisiti di autorizzazione all'esercizio di cui al DPGR 16 settembre 2020, n.

90/R, di seguito riportati. L'Erogatore si impegna ad assicurare la messa a disposizione del

mezzo mobile entro un tempo congruo dalla richiesta ricevuta, in conformità ai seguenti

requisiti di autorizzazione all'esercizio:

B.1.2.10 I mezzi mobili devono essere in possesso delle necessarie certificazioni ed

abilitazioni da parte del Ministero dei Trasporti e/o della Motorizzazione civile per l'utilizzo

sanitario, devono garantire spazi idonei all'esecuzione in sicurezza delle prestazioni e

disporre delle attrezzature, quando indicato, per l'accesso e la movimentazione dei pazienti non autosufficienti (es. sollevatori, ecc.).

B1 2.23 Il mezzo mobile sanitario e le apparecchiature di diagnostica per immagini portatili, ivi comprese le apparecchiature per l'esecuzione di esami a domicilio, devono far riferimento ad una struttura sanitaria fissa che eroga le medesime prestazioni e regolarmente autorizzata all'esercizio ai sensi della vigente normativa regionale. Deve essere assicurata la presenza di un numero di operatori pari a quella prevista nelle analoghe diagnostiche fisse.

4. La Società dichiara che, per capacità produttiva, è in grado di garantire il soddisfacimento del fabbisogno richiesto dall'Azienda.

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 contratto 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 criticità nella gestione delle liste di attesa per le prestazioni oggetto di 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 DI SPESA

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale entro un volume di attività corrispondente al tetto unico ed omnicomprensivo annuo, individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, come revisionato, pari a € 7.392.916, da intendersi al lordo della compartecipazione

alla spesa da parte dell'utente (ticket), che consente il rispetto, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, dei vincoli economici stabiliti dalla normativa vigente, richiamati nelle premesse.

2. Per i cittadini residenti nel proprio ambito territoriale, l'Azienda orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale, per una quota pari a € 3.697.079, al lordo del ticket, in favore di utenti residenti nel proprio ambito territoriale, con riferimento alle seguente articolazione:

Istituto Andrea Cesalpino: € 2.087.811, di cui € 1.693.000 in favore di area provinciale aretina e € 394.811 in favore di area provinciale senese;

Istituto Andrea Vesalio: € 1.609.268.

3. E' data facoltà alla Società di produrre, in una delle due sedi operative un volume economico superiore rispetto a quello concordato, con corrispondente riduzione nell'altra sede operativa, previa comunicazione all'Azienda e in accordo con i Responsabili degli uffici CUP Aziendali, fermo restando il rispetto del tetto complessivo stabilito per i cittadini residenti.

4. La Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale, per una quota pari a € 40.957, a lordo del ticket, per far fronte ad eventuali richieste provenienti da cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana, con particolare riferimento alle aree territoriali di confine.

L'attività in favore di utenti toscani è svolta presso l'Istituto Andrea Cesalpino.

5. La Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale, per una quota pari a € 3.654.879, a lordo del ticket, all'erogazione di prestazioni in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni. L'attività in favore di utenti extra-regionali è svolta presso l'Istituto Andrea Cesalpino.

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

7. 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.

8. 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 nel presente articolo. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente il tetto unico ed omnicomprensivo.

9. Qualora in corso d'anno l'Azienda ravvisi la necessità di incrementare il livello di prestazioni sanitarie in favore di utenti residenti, per far fronte a fabbisogni emergenti e non programmati, rilevati dalle competenti Strutture aziendali, le prestazioni aggiuntive sono finanziate con quote di tetto di spesa destinate dal presente Accordo ad utenti provenienti da altre regioni, che viene ridotto per pari importi, nei limiti del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo. Il trasferimento di risorse è disposto con Deliberazione del Direttore Generale, in quanto esso comporta costi aggiuntivi a carico del bilancio aziendale.

10. Le Parti concordano di prevedere, in prossimità del termine di ciascun esercizio finanziario, la possibilità di compensare le quote dei sotto-tetti di spesa individuati dal presente articolo, al fine di assicurare il pieno utilizzo del tetto unico ed omnicomprensivo stabilito in favore dell'Erogatore a livello regionale, come revisionato dal presente Accordo.

La compensazione è disposta previo scambio di note di posta elettronica tra le Parti, che indichi l'esatto ammontare delle risorse da trasferire ed i sotto-tetti interessati. Le operazioni di compensazione sono possibili quando non determinano costi aggiuntivi a carico del

bilancio aziendale.

11. 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.

12. 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.

13. 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. La Società accetta il sistema di tariffazione di cui al Nomenclatore tariffario regionale

previsto per l'attività specialistica ambulatoriale, contenute nella citata Deliberazione Giunta

Regionale del 4 agosto 2011, n. 723. Qualora le tariffe previste da detto sistema sia superato

dal legislatore nel corso di vigenza del presente Accordo integrativo, si procede ad un adeguamento delle tariffe di cui al presente articolo, in conformità alle nuove disposizioni.

2. Per le attività di diagnostica strumentale resa in favore dei residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, la Società si impegna ad erogare alcune prestazioni a tariffe scontate rispetto al nomenclatore tariffario regionale, in modo da ampliare la capacità di offerta a fronte delle liste di attesa. Le parti concordano uno sconto pari a 25% rispetto alla tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario per le seguenti prestazioni: RM con contrasto, RM senza contrasto, TC con contrasto, TC senza contrasto. Dette tariffe scontate s'intendono al lordo della compartecipazione alla spesa posta a carico dell'utente.

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. Alle tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale in argomento si applica la normativa vigente in materia di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 24 maggio 2004, n. 493, recante "Livelli essenziali di assistenza - Indirizzi alle Aziende Sanitarie sulla modalità di partecipazione alla spesa" e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 7 – MODALITA' DI ACCESSO

1. Le prestazioni specialistiche di diagnostica strumentale sono richieste tramite ricettario regionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata dal medico di fiducia, medico di medicina generale e pediatra di libera scelta, o dal medico specialista operante per il Servizio Sanitario Nazionale, complete della diagnosi o del sospetto diagnostico a cura del medico proponente.

2. L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale erogate dalla Società presso gli Istituti Andrea Cesalpino di Terontola ed Andrea Vesalio di Grosseto avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata CUP 2.0, effettuata, di norma,

dai punti di prenotazione previsti a livello aziendale: Cup fisici, Cup telefonico, Farmacie convenzionate.

3. Le Parti danno atto che nella fase attuale, l'Istituto Andrea Vesalio di Grosseto, pur essendo inserito nella procedura informatica di prenotazione aziendale, non dispone di tutte le funzionalità consentite dal sistema, come invece avviene per l'Istituto Andrea Cesalpino. Le medesime Parti si impegnano, pertanto, ad assicurare il completamento dell'integrazione informatica con la sede di Grosseto, con riferimento, in particolare, alla fase di riscossione della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente.

4. La gestione delle agende di prenotazione dei due istituti è assicurata d'intesa tra le Parti, precisando che per l'Istituto Andrea Cesalpino, il riferimento per l'Erogatore è costituito dalle Articolazioni provinciali del CUP 2.0 di Arezzo e del CUP 2.0 di Siena, mentre per l'Istituto Andrea Vesalio, il riferimento è costituito dall'Articolazione provinciale del CUP 2.0 di Grosseto. A riguardo si precisa altresì che le agende per utenti residenti nell'ambito per residenti in aziende sanitarie della Regione Toscana e per residenti in aziende sanitarie di altre regioni sono gestite esclusivamente dal CUP 2.0 di Arezzo, per attività erogate all'Istituto Andrea Cesalpino.

5. Le Articolazioni provinciali del CUP 2.0, ciascuna per la parte di propria competenza, concertano con l'Erogatore **preventivamente**, la programmazione annuale dell'attività erogate presso i due istituti, nel rispetto dei tetti di spesa previsti dal presente Accordo, in virtù della quale sono gestite le agende di prenotazione. La programmazione annuale tiene conto dei periodi di chiusura delle due strutture per ferie nel periodo estivo o in altri periodi, che l'Erogatore comunica all'Azienda all'inizio di ciascun anno. Qualsiasi variazione di palinsesto annuale è concertata fra le Parti, con il coinvolgimento dello Staff della Direzione Sanitaria dell'Azienda. Non sono consentite variazioni unilaterali delle agende.

6. La prenotazione delle prestazioni erogate dall'Istituto Andrea Cesalpino avviene tramite i punti di prenotazione previsti a livello aziendale (Cup fisici, Cup telefonico, Farmacie convenzionate), **gestiti dal CUP 2.0 di Arezzo e dal CUP 2.0 di Siena**. **Per gli utenti residenti, la prenotazione è possibile anche presso la stessa sede dell'Istituto, qualora essi si presentino personalmente per effettuare la prenotazione. L'Erogatore in tal caso accede alla procedura CUP 2.0, su agende prenotabili da area pubblica per tutti i cittadini residenti. L'Erogatore può modificare all'occorrenza le date degli appuntamenti per prestazioni già prenotate. Per gli utenti residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e di aziende sanitarie di altre regioni, la prenotazione è effettuata dall'Erogatore tramite CUP 2.0 MODULO LIGHT, a cui lo stesso è collegato, su agende dedicate ai non residenti.**

7. Presso l'Istituto Andrea Cesalpino, l'accettazione degli utenti inviati dal CUP 2.0 di Arezzo, nonché l'accettazione degli utenti residenti che hanno prenotato in presenza e l'accettazione degli utenti non residenti, è disposta dall'Erogatore su procedura aziendale CUP WEB, collegata dal punto di vista informatico ai dispositivi di prenotazione aziendale CUP 2.0. L'accettazione di utenti residenti inviati dal CUP 2.0 di Siena è disposta dall'erogatore su procedura aziendale GST, collegata anch'essa dal punto di vista informatico ai dispositivi di prenotazione aziendale CUP 2.0.

8. In sede di esecuzione dell'esame, il medico della Struttura Erogante può sostituire la prestazione prenotata con altra prestazione della stessa branca specialistica necessaria a fini diagnostici, come previsto dal Decreto Ministero della Salute 8 luglio 2011. Non è consentito eseguire prestazioni ulteriori rispetto a quelle prescritte, anche se ritenute necessarie per rispondere al quesito diagnostico, né correggere un eventuale errore prescrittivo. In tali casi l'Erogatore si rivolge all'Help Desk aziendale di Arezzo per segnalare la problematica

9. L'Istituto Andrea Cesalpino è tenuto alla chiusura dei piani di lavoro e alla registrazione amministrativa delle prestazioni erogate, con riferimento in particolare alla conferma

dell'avvenuta erogazione, tramite procedura aziendale CUP WEB o tramite procedura aziendale GST, a seconda dell'Articolazione provinciale di provenienza dell'utente, rispettivamente Arezzo o Siena. La chiusura dei piani di lavoro e la registrazione amministrativa delle prestazioni erogate deve avvenire contestualmente alla fase di erogazione della prestazione oppure entro il giorno 5 del mese successivo a quello di riferimento. La mancata conferma dell'avvenuta erogazione su gestionale aziendale CUP WEB o GST comporta la perdita del tracciamento della presentazione, che risulterà non erogata e quindi non inserita nel flusso informativo regionale SPA.

10. L'Istituto Andrea Cesalpino costituisce Sportello di Riscossione Ticket, in nome e per conto dell'Azienda, pertanto, contestualmente alla fase di accettazione, l'utente provvede al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria, se dovuta. L'Istituto Andrea Cesalpino provvede all'eventuale riscossione della quota di compartecipazione alla spesa tramite il MODULO LIGHT della procedura CUP 2.0, a cui è collegato, con conseguente emissione della ricevuta in favore dell'utente, in nome e per conto dell'Azienda. La sede di Terontola è dotata di lettore di carte POS, messo a disposizione dall'Azienda, per facilitare le operazioni di riscossione in nome e per conto di quest'ultima. 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 è tenuto a riversare all'Azienda, con cadenza mensile, gli importi ticket incassati a mezzo contante. L'Erogatore è comunque tenuto ad accettare le evidenze dei pagamenti ticket effettuati dall'utente presso i Totem, presso le Farmacie convenzionate oppure su pagoPa.

11. La prenotazione delle prestazioni erogate dall'Istituto Andrea Vesalio avviene tramite i punti di prenotazione previsti a livello aziendale (Cup fisici, Cup telefonico, Farmacie convenzionate), gestiti dal CUP 2.0 di Grosseto. L'Erogatore non costituisce punto di

prenotazione, ma può modificare all'occorrenza le date degli appuntamenti per prestazioni già

prenotate, tramite la procedura informatizzata CUP 2.0 MODULO LIGHT, a cui la Società

deve essere collegata da punto di vista informatico.

12. L'accettazione degli utenti residenti **inviati dal CUP 2.0 di Grosseto** è disposta

dall'Erogatore su procedura aziendale GST, collegata dal punto di vista informatico ai

dispositivi di prenotazione aziendale CUP 2.0.

13. In sede di esecuzione dell'esame, il medico della Struttura Erogante può sostituire la

prestazione prenotata con altra prestazione della stessa branca specialistica necessaria a fini

diagnostici, come previsto dal Decreto Ministero della Salute 8 luglio 2011. Non è consentito

eseguire prestazioni ulteriori rispetto a quelle prescritte, anche se ritenute necessarie per

rispondere al quesito diagnostico, né correggere un eventuale errore prescrittivo. In tali casi

l'Erogatore si rivolge all'Help Desk aziendale di Grosseto per segnalare la problematica

14. L'Istituto Andrea Vesalio è tenuto alla chiusura dei piani di lavoro e alla registrazione

amministrativa delle prestazioni erogate, con riferimento in particolare alla conferma

dell'avvenuta erogazione, tramite procedura aziendale GST. La chiusura dei piani di lavoro e

la registrazione amministrativa delle prestazioni erogate deve avvenire contestualmente alla

fase di erogazione della prestazione oppure entro il giorno 5 del mese successivo a quello di

riferimento. La mancata conferma dell'avvenuta erogazione su gestionale aziendale GST

comporta la perdita del tracciamento della presentazione, che risulterà non erogata e quindi

non inserita nel flusso informativo regionale SPA.

15. Nella fase attuale, l'Istituto Andrea Vesalio non costituisce Sportello di Riscossione

Ticket, in nome e per conto dell'Azienda, pertanto, l'utente provvede al pagamento della

quota di compartecipazione alla spesa sanitaria, se dovuta, presso gli sportelli ticket aziendali

(circuito Pago PA, front office aziendali, Farmacie, Totem, portale IRIS). L'Erogatore è

tenuto alla verifica dell'avvenuto pagamento prima dell'erogazione della prestazione ed in

caso di mancato pagamento è tenuto ad orientare l'utente verso gli sportelli ticket aziendali

per regolarizzare la propria posizione. Con il collegamento informatico dell'Istituto Andrea

Vesalio alla procedura informatizzata CUP 2.0 MODULO LIGHT, la cui attivazione è

prevista con oneri a carico dell'Azienda, la riscossione potrà avvenire presso la sede

dell'Istituto, con emissione della ricevuta in favore dell'utente, in nome e per conto

dell'Azienda. L'Erogatore sarà comunque tenuto ad accettare le evidenze dei pagamenti ticket

effettuati dall'utente presso i Totem, presso le Farmacie convenzionate oppure su pagoPa.

16. 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 anche

all'Istituto Andrea Vesalio 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.

17. Qualora nel periodo di vigenza del presente Accordo, l'Azienda intenda uniformare le

procedure informatizzate di retro sportello, CUP WEB (Arezzo) e GST (Siena e Grosseto),

l'Erogatore è tenuto ad assicurare la propria collaborazione, secondo le modalità ed i tempi

definiti dal relativo progetto aziendale.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. Tenuto conto dell'inserimento dell'offerta dell'Erogatore nel sistema CUP 2.0a

conseguente registrazione amministrativa delle prestazioni erogate tramite i gestionali

aziendali locali, CUP WEB o GST, a seconda della provenienza dell'utente, (entrambi

collegati a CUP 2.0), la generazione del flusso informativo regionale SPA è 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.

2. La competente Struttura organizzativa di ESTAR provvede ad estrarre dalla procedura CUP WEB o GST aziendale i dati dell'attività di specialistica ambulatoriale (flusso informativo regionale SPA), resa dall'Erogatore, entro il giorno 5 di ogni mese, successivo alla chiusura del mese di riferimento, per il conseguente invio alla Regione Toscana.

3. 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, la relativa correzione è assicurata da CUP 2.0 di Arezzo, da CUP 2.0 di Siena, da CUP 2.0 di Grosseto, per quanto di rispettiva competenza, 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 provvede alla produzione di apposito report trimestrale, relativo alle estrazioni dei dati relativi alle prestazioni specialistiche erogate, da sottoporre alla verifica da parte degli Uffici aziendali e dell'Erogatore.

4. La Regione Toscana, sulla base delle informazioni trasmesse da ESTAR, relative al flusso informativo 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.

5. La Società è tenuta alla trasmissione, alla competente struttura di ESTAR, entro il 20 gennaio di ogni anno, i 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 è emessa a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell'utente, tenuto conto che il tetto di spesa è definito a lordo.

3. 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: nso.fatto24@pec.it, indicato dall'Erogatore stesso.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. L'Erogatore provvede ad inviare la fattura elettronica tramite il codice di interscambio dell'area aretina: RDA7DQ, 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.

7. Le fatture elettroniche sono articolate e redatte sulla base dell'azienda sanitaria di residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine:

- residenti nell'Azienda per Istituto Andrea Cesalpino, suddivisi per zone;
- residenti nell'Azienda per Istituto Andrea Vesalio, suddivisi per zone;
- residenti in altre aziende della Regione Toscana;
- residenti in aziende sanitarie di altre regioni (ed eventuali pazienti provenienti da altre regioni).

8. Per i residenti nell'ambito territoriale dell'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 stessa. A tal fine si indicano i codici di ciascuna Zona-Distretto da utilizzare in sede di redazione della fattura: 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.

9. L'Erogatore si impegna ad inviare contestualmente all'invio della fattura elettronica mensile, la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi, con riferimento al Tabulato riepilogativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, contenete i 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 incassati e riversati, per ciascuna fattura emessa.

10. L'Erogatore si impegna ad inviare mensilmente all'Azienda altresì copia delle prescrizioni mediche, per approfondimenti dei controlli amministrativi, con il timbro dell'avvenuta prestazione firma dell'utente su ciascuna ricetta. Qualora l'accesso alla prestazione specialistica sia avvenuto tramite ricetta dematerializzata, la copia della ricetta è sostituita dal promemoria cartaceo, ove presente, o dalla stampa della prenotazione, facendo firmare quest'ultima all'utente.

11. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria relativi alle prestazioni erogate sono trasmessi con cadenza mensile, in coincidenza con l'emissione della relativa fattura elettronica tramite il portale AlFrescoShare dell'Azienda, dove sarà possibile accedere ad una cartella riservata in favore dell'Istituto per caricare la documentazione. L'Istituto assicura l'inserimento dei file zippati, protetti da password avente le seguenti caratteristiche: lunghezza di almeno 8 caratteri con almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale. Il file è nominato con la seguente struttura: mese_anno_nome istituto_note (es. 01_2021_IstitutoXXX_ricoveri), dove il mese è quello corrispondente alla competenza della fatturazione. L'Istituto è tenuto inoltre a comunicare i riferimenti della persona da autorizzare per accedere al portale, con riferimento a: nome e cognome; codice fiscale; email (per invio segnalazioni, recupero password, ecc.).

12. 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.

13. 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 livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001 delle prestazioni specialistiche di diagnostica ambulatoriale

erogate, utilizzando il Tabulato riepilogativo trasmesso dall'Erogatore contestualmente all'invio della fattura.

2. L'Azienda provvede al controllo amministrativo di II livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, tramite copia delle prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, trasmesse mensilmente dall'erogatore all'Azienda.

3. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione all'Erogatore. 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. L'Erogatore è tenuto ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili.

4. 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, nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e in altre regioni, fatta salva la compensazione tra i sotto-tetti di spesa a conclusione dell'esercizio economico-finanziario.

5. 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 sulle competenze di spettanza della Società ancora da liquidare.

6. 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 erogate 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 difformità 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 – PERSONALE DELL'EROGATORE E INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE DEL SSN

1. In relazione al personale del Servizio Sanitario Nazionale, 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 Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale 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 SSN in strutture private convenzionate con il medesimo SSN, 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 Servizio sanitario

nazionale 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 – TRATTAMENTO DEI 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 quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1)

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. 15 – CARTA DEI SERVIZI

1. L'Erogatore 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. L'Erogatore 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. L'Erogatore si impegna a dare adeguata pubblicità agli utenti della Carta dei Servizi.

Art. 16 – 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 tra le prestazioni erogabili a carico del SSR e le prestazioni erogabili in regime privatistico. L'Erogatore è tenuto ad informare l'utente il merito alla necessità di adempiere al pagamento della quota di compartecipazione a proprio carico presso gli sportelli aziendali, prima della fruizione della prestazione con oneri a carico del SSR.

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.

Art. 17 – RESPONSABILITÀ

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 contratto. 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 all'Erogatore 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 inseriti in liste di attesa per prestazione specialistica ambulatoriale.

Art. 19 – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

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 inosservanza da parte dell'Erogatore dell'obbligo di programmare l'attività in modo da consentirne l'omogenea erogazione in dodicesimi durante l'arco dell'intero anno, fatti salvi i periodi di chiusura ordinaria e straordinaria, nel rispetto della programmazione annuale e dei complessivi tetti di spesa stabiliti;
- 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. 20 – PENALITA' PER RITARDATO ADEMPIMENTO DELLE PRESTAZIONI	
	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	
	3	

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. 21 – CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

1. Con la sottoscrizione del presente accordo contrattuale l'Erogatore, limitatamente al periodo di validità dello stesso, accetta espressamente e completamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e di ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del presente accordo.

2. In considerazione dell'accettazione espressa delle clausole rubricate nel corpo ed in calce al presente accordo contrattuale, l'Erogatore rinuncia ai contenziosi comunque attivabili in relazione al contenuto dispositivo delle predette clausole che, una volta espressamente sottoscritte, si danno per accettate da tutte le parti al presente contratto senza riserve.

3. Resta fermo l'impegno dell'Erogatore a adeguarsi ad eventuali ulteriori requisiti che fossero richiesti per effetto di normativa nazionale e/o regionale intervenuta successivamente alla stipula del presente accordo contrattuale.

Art. 22 – 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 Arezzo, 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. 23 – 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. 24 – 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. 25 – 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 sono poste a carico dell'Erogatore, il quale provvede al conferimento del 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. 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. 27 articoli, n. 40 pagine e n. 1 allegato, ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

Art. 27 - 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

UN AMMINISTRATORE DELEGATO IL DIRETTORE U.O.C. SSP, PA e TS

Alliance Medical Diagnostic Srl Azienda UsI Toscana Sud Est

 i) (Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(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 accetta tutte le clausole essenziali ai fini dell'applicazione del presente Atto integrativo, che devono pertanto intendersi efficaci ai sensi dell'art. 1341 c.c.

UN AMMINISTRATORE DELEGATO IL DIRETTORE U.O.C. SSP, PA e TS

Alliance Medical Diagnostic Srl Azienda UsI Toscana Sud Est

 i) (Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente) (firmato digitalmente)

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 Alliance Medical Diagnostic Srl, a socio unico, soggetta a direzione e coordinamento di Alliance Medical Italia Srl, Codice Fiscale e Partita Iva: 02846000616, con sede legale in Lissone (MB), Via G. Mameli, 42/A, di seguito altresì denominata "Società", rappresentata [REDACTED] [REDACTED] 64, domiciliata per la carica presso la suddetta società;

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 NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E ALLINACE MEDICAL DIAGNOSTIC SRL- Acquisto prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale".

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 essere sorgente o destinatario delle	
	informazioni scambiate si qualificano nel seguito come:	
	- Ausl Toscana Sud Est quale soggetto Utilizzatore;	
	- Società Alliance Medical Diagnostic 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 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	
	4	

richieste delle Autorità di controllo che riguardino ambiti di trattamento di competenza

dell'altra parte.

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

ALLIANCE MEDICAL DIAGNOSTIC SRL

L'Amministratore Delegato

 i)