

Repertorio aziendale n. 2725 del 22 dicembre 2021

Deliberazione del Direttore Generale n. 1653 del 16 dicembre 2021

ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E

RUGANI HOSPITAL SRL

Acquisto prestazioni accreditate di ricovero ospedaliero e

specialistiche ambulatoriali

Acquisto prestazioni per persone in condizione di stato vegetativo e in stato di minima

coscienza TRA

L'Azienda Usl 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 Rugani Hospital Srl, con sede legale in Monteriggioni, 53035, Via S.R. 222

Chiantigiana Località Colombaio (C.F. e P.I.: 01243020524), di seguito denominata

"Società", nella persona del Legale rappresentante [REDACTED] teroni

[REDACTED], 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 corrisponderela 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, ancorché 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";

il 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", 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;

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 Legge 28 dicembre 2015, n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”, (legge di stabilità 2016), che all’art.1 comma 574, ha modificato l’art.15 c.14 del D.L.95/2012, prevedendo che le parole: «A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi» fossero sostituite da: «Ai contratti e agli accordi», con una conseguente applicazione del limite introdotto dalla spending review non più ai singoli contratti ma all’insieme degli stessi ed una riconduzione della dimensione di verifica del rispetto dei limiti normativi a livello complessivo regionale piuttosto che di singola azienda;

la medesima Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che allo stesso comma ha poi introdotto, a decorrere dal 2016, una specifica deroga ai limiti previsti, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli IRCCS a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di erogazione, chiarendo che è comunque necessario garantire “l’invarianza dell’effetto finanziario connesso alla deroga” attraverso misure alternative quali la riduzione delle prestazioni di bassa complessità o potenzialmente inappropriate, il contenimento delle prestazioni di pronto soccorso o di quelle di riabilitazione e lungodegenza, così come azioni su altre aree della spesa sanitaria;

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 Rugani Hospital 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 Rugani Hospital Srl un	
	importo annuo di € 11.704.007;	
	- rinvio alle aziende sanitarie territorialmente competenti della sottoscrizione degli	
	accordi contrattuali annuali, di cui al presente atto, attraverso il quale, tenuto conto	
	della programmazione quali quantitativa complessiva dell'offerta, si orientano le	
	attività degli erogatori privati convenzionati, e quindi anche per la società Rugani	
	Hospital 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 Rugani Hospital Srl, tramite i flussi informativi specifici relativi	
	all'assistenza specialistica ambulatoriale (SPA) ed all'assistenza ospedaliera (SDO);	
	la Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947 "Determinazione delle	
	tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore	
	dal 1° ottobre 2016";	
	la Deliberazione Giunta Regionale del 4 agosto 2011, n. 723 "Procedure per l'applicazione	
	della DGRT 722 del 4 Agosto 2011. Approvazione dell'adeguamento del Nomenclatore	
	Tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica strumentale e	
	di laboratorio";	
	la nota della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, del 26 settembre 2017,	
	prot. n. 45513, la quale precisa che le strutture sanitarie autorizzate come C.3 "Area di	
	degenza", che si convenzionano per l'erogazione di prestazioni di cui alle tipologie D.6	
	"Strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post-acuta alla dimissione	
	ospedaliera", D.7 "Strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale -	

cure intermedie”, D.1 “Strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione funzionale”, nelle more della definizione della specifica Intesa in Conferenza Stato-Regioni, nella quale si individueranno gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche prevista dal DM 70/2015, allegato 1, paragrafo 2.5, non procedono alla trasformazione dei relativi posti letto;

la Deliberazione Giunta regionale 10 dicembre 2018, n. 1374, recante “DGR n. 309/2018 Organizzazione di setting di assistenza residenziale territoriale per persone con grave disabilità conseguente a patologia neurologica acquisita al termine della fase acuta-sub acuta e per persone in fase di esiti: ridefinizione tariffe dei setting unità per stati vegetativi e speciali unità di accoglienza permanente e sostituzione allegato A”;

gli Atti di programmazione aziendale relativi agli anni 2020 e 2021, disponibili in atti, con i quali, in accordo con la Società, il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo annuo previsto dalla programmazione regionale è stato ridefinito in € 11.639.435, 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;

PREMESSO

CHE la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Provvedimento n. 1 del 7 settembre 2007, rilasciato dal Comune di Monteriggioni, per ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti (n. 30 posti letto per Area Chirurgica, nelle discipline di Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia, in ricovero ordinario, day surgery, chirurgia ambulatoriale con interventi anche in anestesia generale, e n. 10 posti letto per Area Medica, nelle discipline di Medicina Fisica e Riabilitazione); per prestazioni di specialistica ambulatoriale, nelle discipline di Chirurgia

	Generale, Otorinolaringoiatria, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia; per prestazioni di	
	diagnostica, per le attività di Radiologia, Ecografia, Risonanza Magnetica;	
	CHE la Società risulta in possesso delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie, come	
	da Provvedimento n. 3 del 7 febbraio 2018, rilasciato dal Comune di Monteriggioni, in	
	regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti, nelle seguenti discipline: Chirurgia	
	Generale, Medicina Fisica e Riabilitazione, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia,	
	Otorinolaringoiatria, Ortopedia e Traumatologia, Urologia, per n. 36 posti letto + n. 4 posti	
	letto da dedicare al monitoraggio dei pazienti critici "area terapia sub intensiva post	
	operatoria", in attuazione del Decreto dirigenziale n. 5469 del 16 dicembre 2013, con la quale	
	è stata riconosciuta la compatibilità al fabbisogno regionale di n. 40 posti letto complessivi;	
	CHE la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato	
	con Decreto della Regione Toscana n. 10145 del 10 luglio 2017, per i seguenti processi	
	erogati nella struttura ubicata a Monteriggioni, in via SR222 Chiantigiana, 49 - Loc.	
	Colombaio:	
	- processo chirurgico nelle discipline di chirurgia generale, oftalmologia,	
	ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria e urologia;	
	- processo riabilitazione nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione;	
	- processo ambulatoriale nella disciplina di radiodiagnostica;	
	CHE presso la sede della Società è operativa da tempo un'area dedicata all'assistenza delle	
	persone in condizione di stato vegetativo (SV) e in stato di minima coscienza (SMC), tramite	
	due specifici setting residenziali, denominati rispettivamente Unità per Stati Vegetativi (USV)	
	e Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), normate nella sezione D.6 e nella	
	sezione D.7 del Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento. Al tal proposito	
	si precisa che nell'ambito territoriale della provincia di Siena non sussistono strutture in	
	possesso dei requisiti di autorizzazione all'esercizio di cui D.6 o D.7, necessari per assicurare	
	8	

assistenza a detta tipologia di pazienti, né pubbliche né private-accreditate, come risulta, in

quest'ultimo caso, da apposito Elenco regionale Anno 2021, pubblicato sul sito:

<https://www.regione.toscana.it/regione/amministrazione-trasparente/strutture-sanitarie-private-accreditate>;

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 ai Flusso informativi regionali SDO (attività di ricovero) e SPA (specialistica ambulatoriale), nonché attività in favore di utenti in stato vegetativo o di minima coscienza;

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 Contrattuale, affida alla Società, nell'ambito del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo definito dalla programmazione sanitaria regionale richiamata in premessa, l'erogazione delle seguenti prestazioni sanitarie in nome e per conto

del Servizio sanitario nazionale, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda:

- prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime ordinario, e di day surgery ove previsto, per le seguenti discipline: 009 Chirurgia Generale, 036 Ortopedia e Traumatologia, 038 Otorinolaringoiatria, 043 Urologia, 056 Recupero e Riabilitazione per MDC 8 Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo;
- prestazioni di chirurgia ambulatoriale per l'attività di oftalmologia;
- prestazioni specialistiche ambulatoriali, per le seguenti attività: oftalmologia, risonanza magnetica nucleare, tomografia assiale computerizzata, ecografie internistiche, ecocardiografie, radiografia tradizionale.
- assistenza a persone in condizione di stato vegetativo (SV) e in stato di minima coscienza (SMC).

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 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 da 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 la propria struttura, richiamata negli atti di autorizzazione all'esercizio e di

accreditamento istituzionale, di seguito indicata: Monteriggioni, via SR222 Chiantigiana, 49 -

Loc. Colombaio.

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

2. Per i cittadini residenti nel territorio di propria competenza, l'Azienda acquisisce prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, ordinario e diurno, secondo l'elenco Allegato 2 al presente Accordo contrattuale a costituirne parte integrante e sostanziale, comprensivo di attività di riabilitazione post-intervento, per la cui disciplina si rinvia al successivo Art. 14.

3. In relazione ai cittadini residenti nel territorio di propria competenza, l'Azienda acquisisce prestazioni specialistiche ambulatoriali, secondo quanto indicato nell'Allegato 2 al presente atto, a costituirne parte integrante e sostanziale, comprensivo delle attività di chirurgia ambulatoriale e di diagnostica strumentale.

4. Per motivi di sicurezza e nel rispetto dei requisiti di appropriatezza, la Società riconosce come esclusi dalla propria attività complessiva, erogata in favore di utenti ovunque residenti, i DRG's inseriti nell'Allegato 3 al presente Accordo, quale parte integrante e sostanziale.

5. Con riferimento alle attività di cui ai comma precedenti, la Società si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto dei tetti di spesa indicati al successivo Art. 5.

6. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, i cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e i cittadini residenti

nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, si individua nel giorno di effettuazione dell'intervento il momento di inizio del ricovero, ai soli fini della valorizzazione economica. Gli esami di preospedalizzazione e stadiazione non costituiscono motivazione valida per anticipare l'avvio delle attività e dovranno essere eseguiti in un giorno precedente all'intervento. E' fatta salva la giornata antecedente quanto non impatta né sul DRG né sul valore economico complessivo della prestazione erogata, non determinando costi aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario Regionale, escluso per i DRGs A.R.I., di cui alla Deliberazione Giunta regionale del 9 dicembre 2014, n. 1140.

7. Per i Drg 006 Liberazione del tunnel carpale e per il Drg 039 Intervento di cataratta, convertiti a suo tempo in prestazioni ambulatoriali per effetto della Deliberazione Giunta regionale del 22 luglio 2002, n. 771, la prestazioni erogate in favore di residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e di residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana avvengono nel setting assistenziale ambulatoriale, così come quelle effettuate in favore di residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni.

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

9. Per la disciplina delle prestazioni erogate in favore persone in condizione di stato vegetativo (SV) e in stato di minima coscienza (SMC), si rinvia a successivo Art. 15.

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale entro un tetto massimo di spesa unico ed omnicomprensivo annuo pari a € 11.639.435, corrispondente al limite individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, revisionato, per esigenze aziendali e in accordo con la Società, in relazione agli anni 2020/2021, il quale consente il rispetto, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, dei vincoli di spesa stabiliti dalla normativa nazionale vigente, richiamati nelle premesse. L'articolazione complessiva del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo annuo di cui al presente articolo è rappresentata nell'Allegato 1 al presente atto, quale parte integrante e sostanziale.

2. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, la Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale, per una quota pari a € 5.771.166, in favore del soddisfacimento del proprio fabbisogno, rilevato in base all'analisi dei tempi di attesa per l'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale e della mobilità sanitaria passiva per l'attività di ricovero, infra ed extra-regionale, di cui € 4.165.586 per prestazioni di ricovero e € 1.605.580 per prestazioni specialistiche ambulatoriali. I sotto tetti di spesa individuati sono a loro volta articolati secondo la

valorizzazione economica per singola disciplina per le attività di ricovero e per tipologia di prestazione per le attività di specialistica ambulatoriale, come rappresentato nell'Allegato 2 al presente Accordo, a costituirne parte integrante e sostanziale.

3. La Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale per una quota pari a € 686.963, di cui € 666.963 per prestazioni di ricovero € 20.000 per prestazioni specialistiche ambulatoriali per far fronte ad eventuali richieste di ricovero provenienti da cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana, con particolare riferimento alle aree territoriali di confine.

4. La Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale, per una quota pari a € 5.181.307, all'erogazione di prestazioni sanitarie in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie fuori regione, di cui € 4.721.307 per prestazioni di ricovero e € 460.000 per prestazioni specialistiche ambulatoriali (chirurgia della cataratta).

5. Le Parti prendono atto che per le prestazioni specialistiche ambulatoriale, di cui al Flusso informativo regionale SPA, la valorizzazione è da intendersi al lordo della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino.

6. Il Piano di cui a comma precedenti 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.

7. 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 tali tetti.

8. 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, di norma, 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 massimo di spesa unico ed omnicomprensivo. L'eventuale trasferimento di risorse in favore di utenti residenti è disposto, previa intesa con l'Erogatore, con Deliberazione del Direttore Generale, in quanto esso comporta costi aggiuntivi a carico del bilancio aziendale.

9. Le Parti concordano di prevedere, in corso d'anno o in prossimità del termine di ciascun esercizio finanziario, la possibilità di compensare le quote dei sotto-tetti di spesa individuate dal presente articolo, tenuto conto dei fabbisogni rilevati direttamente dall'Erogatore medesimo, nei limiti del tetto di spesa massimo, unico ed omnicomprensivo, stabilito in suo favore 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, di provenienza e di destinazione. Le operazioni di compensazione tramite mero scambio di note, di cui al presente comma, sono possibili quando non determinano costi aggiuntivi a carico del bilancio aziendale.

10. 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 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) ed all'assistenza ospedaliera (SDO);
- è tesa a valutare il rispetto dei limiti quantitativi assegnati alla Società e la coerenza della casistica erogata rispetto a quella contrattualmente prevista.

11. La Società si impegna ad assicurare coerenza fra quanto indicato nei flussi informativi regionali SDO e gli importi fatturati all'Azienda, la quale provvede a registrarli nei conti economici di pertinenza dell'assistenza ospedaliera da privato.

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

13. 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.

14. 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 per DRG's previsto per l'attività di ricovero ospedaliero dalla citata Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947, Tabelle B 2° Livello tariffario - Tariffe massime da applicare sul territorio regionale per i presidi di ricovero che operano in regime di elezione programmata. Esse s'intendono comprensive di tutti i costi sostenuti per la produzione delle singole prestazioni di ricovero, ivi compresi gli oneri relativi alle endoprotesi, agli impianti protesici, ortesici ed ausiliari

utilizzati per le prestazioni di ricovero ed alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, quando correlate ad un episodio di ricovero (preospedalizzazione e controlli post-ricovero). Per quest'ultima precisazione le prestazioni ambulatoriali erogate durante gli episodi di ricovero sono inserite nel Flusso informativo regionale SPA, al campo 14 Accesso – cod. 05 pre-ricovero e 07 post ricovero, con posizione rispetto alla compensazione pari a 0.

2. La Società accetta il sistema di tariffazione di cui al Nomenclatore tariffario regionale previsto per l'attività specialistica ambulatoriale, contenuto 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.

3. 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.

4. Le prestazioni erogate dalla Società, in regime di ricovero, ordinario e day surgery, e in regime ambulatoriale, ricadono nel regime di esenzione IVA ai sensi dell'Art. 10 del DPR 26 ottobre 1972, n. 633.

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

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

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

a. prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di convenzione, con onere a totale carico del Servizio Sanitario Regionale, erogate con personale medico dipendente e/o strutturato nella Società, senza alcun onere a carico del cittadino escluso eventuale miglioramento alberghiero (prestazioni incluse nel Tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dal presente Accordo);

b. prestazioni di ricovero ospedaliero con onere totale a carico del cittadino (prestazioni escluse dal Tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dal presente Accordo).

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

- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera a) nulla è dovuto dal cittadino al personale medico messo a disposizione dalla Società;
- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera b) nulla è dovuto dal Servizio Sanitario Regionale né al cittadino, a titolo di rimborso o altro, né alla Società.

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

5. Al fine di assicurare un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche, indipendentemente dalla modalità scelta dall'assistito (in struttura pubblica o accreditata-convenzionata), le Parti danno atto della necessità di giungere all'applicazione della Deliberazione Giunta regionale del 20 luglio 2009, n. 638 "Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi d'attesa, in regime istituzionale sia ordinario che libero professionale. Tutela di diritto d'accesso all'assistito", istituendo un Registro di Prenotazione unico degli interventi chirurgici programmabili in regime

ospedaliero. A tal fine l'Azienda si impegna ad attivare uno specifico tavolo di raccordo con le Strutture accreditate-convenzionate per verificare le compatibilità sanitarie, organizzative, amministrative e tecniche del progetto.

Art. 8 – MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

1. Le prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di chirurgia ambulatoriale offerte dalla Società sono richieste, in conformità alla normativa vigente, 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.

2. Nella fase attuale solamente l'offerta di prestazioni di diagnostica strumentale erogate in favore di utenti residenti sono inserite nella procedura informatica di prenotazione denominata CUP 2.0. Le Parti si impegnano, pertanto, ad inserire anche l'offerta di prestazioni di chirurgia ambulatoriale per utenti ovunque residenti, all'interno della procedura di prenotazione aziendale, nonché le prestazioni di diagnostica strumentale erogate in favore di utenti provenienti da altre aziende sanitarie, toscane ed extra-regionali.

3. Per le prestazioni di diagnostica strumentale erogate in favore di utenti residenti, l'Articolazione provinciale di Siena del CUP 2.0 provvede alla gestione delle agende di prenotazione. 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 anche per l'offerta di prestazioni di chirurgia ambulatoriale in favore di utenti ovunque residenti e per le prestazioni di diagnostica strumentale erogate in favore di utenti provenienti da altre aziende sanitarie, toscane ed extra-regionali.

4. L'Articolazione provinciale di Siena del CUP 2.0 assicura la gestione delle agende di prenotazione, 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.

5. La prenotazione delle prestazioni di diagnostica strumentale erogate dalla Società in favore di utenti residenti avviene mediante procedura informatizzata CUP 2.0, a partire dai punti di prenotazione previsti a livello aziendale: Cup fisici, Cup telefonico, Farmacie. L'Erogatore non costituisce punto di prenotazione, ma potrà modificare all'occorrenza le date degli appuntamenti per prestazioni già prenotate, tramite la procedura informatizzata CUP 2.0 MODULO LIGHT, a cui la Società dovrà essere collegata da punto di vista informatico 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. Con la piena cupizzazione, per gli utenti residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e di aziende sanitarie di altre regioni, la prenotazione sarà gestita dalla Società tramite agende dedicate nell'ambito della procedura informatizzata denominata CUP 2.0 MODULO LIGHT.

6. La prenotazione delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale 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.

7. La Società è tenuta ad effettuare l'accettazione dei pazienti, ovunque residenti, per tutte le tipologie di prestazioni erogate, nonché la registrazione amministrativa della prestazione, con riferimento in particolare alla conferma dell'avvenuta erogazione, contestualmente all'esecuzione della prestazione e comunque non oltre il giorno 5 del mese successivo alla

data di erogazione. Nella fase attuale l'accettazione è disposta su gestionale WEB GAUSS.

Con la piena cupizzazione, le attività in oggetto saranno disposte a cura della Società su gestionale aziendale locale della provincia di Siena, denominato GST/GSA (collegato a CUP 2.0), a cui la Società dovrà essere collegata dal punto di vista informatico, con oneri a carico dell'Azienda. La mancata conferma dell'avvenuta erogazione su gestionale aziendale GST/GSA comporta la perdita del tracciamento della presentazione, che risulterà non erogata e quindi non inserita nel flusso informativo regionale SPA.

9. In sede di esecuzione di prestazioni di diagnostica strumentale, 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 Siena, per segnalare la problematica.

9. Per le prestazioni di diagnostica strumentale e di chirurgia ambulatoriale, la Società costituisce punto di riscossione della quota di compartecipazione alla spesa a 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 della Società alla procedura informatizzata CUP 2.0 MODULO LIGHT, la riscossione potrà avvenire presso la sede della Società, con emissione della ricevuta in favore dell'utente, in nome e per conto dell'Azienda. 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.

10. 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 è tenuto a riversare all'Azienda, con cadenza mensile, gli importi ticket incassati a mezzo contante.

Art. 9 – FLUSSI INFORMATIVI

1. Per le prestazioni di ricovero ospedaliero, la Società fornisce, con cadenza mensile, entro il giorno 5 lavorativo di ogni mese, alla competente struttura organizzativa di ESTAR, tramite la procedura WEB GAUSS, utilizzando le credenziali in possesso della Società medesima, il flusso informativo regionale SDO, relativo a tutte le prestazioni effettuate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, di cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, compresa la comunicazione dei dati relativi alle prestazioni erogate in regime solvente, secondo il tracciato e le specifiche previste dalla Regione Toscana e consultabili presso il sito <https://www.regione.toscana.it/flussi-informativi>, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171, integrato con le ulteriori informazioni previste dalla procedura GAUSS.

2. La procedura WEB GAUSS effettua il controllo di validità del dato inviato, che la Società è tenuta a correggere in caso di segnalazione di errori prima dell'invio.

3. Nella fase attuale, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, la Società provvede ad alimentare il flusso informativo regionale SPA tramite la medesima procedura WEB GAUSS, prevista per le attività di ricovero, 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. Con l'inserimento dell'offerta ambulatoriale della Società 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, tramite ESTAR.

4. La competente Struttura organizzativa di ESTAR provvede ad estrarre dalla procedura WEB GAUSS i dati dell'attività di ricovero (flusso informativo regionale SDO), trasmessi dalla Società entro il giorno 5 di ogni mese, successivo alla chiusura del mese di riferimento, per il conseguente invio alla Regione Toscana.

5. La competente Struttura organizzativa di ESTAR provvede ad estrarre, nella fase attuale, dalla procedura WEB GAUSS i dati dell'attività di specialistica ambulatoriale (flusso informativo regionale SPA), trasmessi dalla Società entro il giorno 5 di ogni mese, successivo alla chiusura del mese di riferimento, per il conseguente invio alla Regione Toscana. Con la piena cuppizzazione, ESTAR provvederà ad estrarre i dati di attività, con la medesima tempistica, dal gestionale aziendale locale GST.

6. Qualora in sede di invio del flusso informativo regionale SDO e, nella fase attuale, SPA, a Regione Toscana, la competente Struttura organizzativa di ESTAR rilevi errori di tipo 2 o 9, essa provvederà a caricarli sulla procedura WEB GAUSS per permettere alla Società, tramite le apposite funzionalità presenti nella procedura stessa, la correzione dei flussi. La Società è pertanto tenuta a verificare sistematicamente la procedura WEB GAUSS per correggere con tempestività gli errori segnalati.

7. Con la piena cuppizzazione delle attività di specialistica ambulatoriale, e la conseguente registrazione amministrativa delle prestazioni erogate tramite il gestionale aziendale locale GST (collegato a CUP 2.0), 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 sarà 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 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.

8. La Regione Toscana, sulla base delle informazioni trasmesse da ESTAR, relative ai flussi informativi SDO e 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.

9. La Società si impegna a modificare il flusso informativo regionale SDO delle prestazioni di ricovero ospedaliero, mediante procedura WEB GAUSS, a seguito dei controlli sanitari, entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo. Per l'ultimo trimestre tutte le rettifiche devono essere consolidate entro il termine di chiusura del flusso SDO.

10. 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), e i Modelli HSP validi per le strutture di ricovero (dati anagrafici della struttura, posti letto, apparecchiature biomediche, attività svolta).

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

Art. 10 – FATTURAZIONE

1. A fronte delle prestazioni sanitarie erogate, e fino a concorrenza dei tetti di spesa massimi previsti dal 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. Ai fini della fatturazione da parte dell'Erogatore delle prestazioni erogate, l'Azienda trasmette l'ordine elettronico di fornitura tramite NSO (Nodo SmistamentoOrdini), utilizzando il canale rugani@pec.ruganihospital.it, indicato dall'Erogatore stesso.
3. L'ordine elettronico annuale corrisponde al tetto massimo di spesa annuo, comprensivo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, ove riferito a prestazioni specialistiche ambulatoriali. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

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

a) Fatturazione prestazioni di ricovero

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

- residenti nell'Azienda, suddivisi per Zona-distretto. In ogni fattura elettronica, o in una tabella riassuntiva allegata elettronicamente alla stessa, è indicato chiaramente 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.
- residenti in altre aziende della Regione Toscana, suddivisi per Azienda Sanitaria di provenienza;
- residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Per i residenti in altre regioni, è necessario allegare e conservare in cartella clinica copia fotostatica della tessera sanitaria a disposizione dell'Azienda per eventuali controlli;
- residenti in stati membri dell'Unione Europea, i cui oneri sono registrati al conto economico dei residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Al fine di ottenere la liquidazione delle competenze dovute, la Società è tenuta ad inviare la documentazione necessaria all'Azienda per la richiesta di rimborso allo Stato di origine, con riferimento alla copia fronte-retro della Tessera Sanitaria Europea. La mancata trasmissione della modulistica europea comporta la sospensione del pagamento della relativa prestazione.

	- residenti all'estero in stati con i quali sussistono accordi di reciprocità nella presa in	
	carico dell'utente, i cui oneri sono registrati al conto economico dei residenti in aziende	
	sanitarie di altre regioni. Al fine di ottenere la liquidazione delle competenze dovute, la	
	Società è tenuta a trasmettere la documentazione necessaria affinché l'Azienda possa	
	procedere alle richieste di rimborso. In considerazione della variabilità delle procedure	
	internazionali di rimborso, i competenti Uffici aziendali provvedono a comunicare la	
	specificata documentazione necessaria ai fini del rimborso. La mancata trasmissione della	
	documentazione sopra citata comporta la sospensione del pagamento della relativa	
	prestazione.	
	9. La Società si impegna ad inviare contestualmente all'invio della fattura elettronica, la	
	documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi. In particolare dovrà	
	essere trasmesso il Tabulato riepilogativo delle degenze, con l'indicazione dei seguenti	
	elementi: numero della scheda di dimissione ospedaliera; cognome e nome dell'utente;	
	comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente;	
	codice fiscale dell'utente; durata del ricovero, data di ingresso e data delle dimissioni; DRG	
	di riferimento con relativo importo; onere del ricovero. La trasmissione del Tabulato	
	riepilogativo avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 20.	
	10. Nelle note di credito-fatture a seguito di verbali di controllo sanitari, dovrà essere indicato	
	il numero e la data del verbale a cui si riferiscono e il tabulato riepilogativo allegato dovrà	
	contenere le seguenti informazioni aggiuntive: DRG e importo drg precedente al controllo;	
	differenza importo tra DRG precedente al controllo. Tali note di credito-fatture dovranno	
	essere redatte in base all'azienda sanitaria di residenza dell'assistito, come per le fatture	
	ordinarie.	
	11. La Società si impegna ad inviare mensilmente all'Azienda la ricevuta di invio dati	
	prodotta dalla procedura WEB GAUSS, per riscontro degli importi fatturati.	

12. La Società si impegna altresì ad inviare mensilmente all'Azienda copia delle prescrizioni mediche di richiesta del ricovero per approfondimenti dei controlli amministrativi. La trasmissione della Documentazione sanitaria inerente l'attività di ricovero avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 20.

13. La Società si impegna ad assicurare che gli importi fatturati mensilmente all'Azienda per le attività di ricovero nell'ambito dei sotto tetti di spesa previsti dal presente Accordo siano coerenti con dati di attività inseriti nel flusso informativo regionale SDO tramite la procedura WEB GAUSS, incluso gli errori rilevati da ESTAR e sottoposti a correzione.

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

b) Fatturazione prestazioni specialistiche ambulatoriali

15. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è "negoziato al 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.

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

- residenti nell'Azienda, suddivisi per zone. 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.	
	- residenti in altre aziende della Regione Toscana;	
	- residenti in aziende sanitarie di altre regioni.	
	18. La Società si impegna ad inviare contestualmente all'invio della fattura la	
	documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi. In particolare	
	dovranno essere trasmessi i Tabulati riepilogativi delle prestazioni specialistiche	
	ambulatoriali erogate, con l'indicazione dei seguenti elementi: cognome nome dell'utente;	
	comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda USL di residenza dell'utente;	
	codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni;	
	branca specialistica; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo	
	fatturato; eventuali codici di esenzione; ticket riscosso. La trasmissione del Tabulato	
	riepilogativo avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 20.	
	19. La Società si impegna ad inviare all'Azienda copia delle prescrizioni mediche per	
	approfondimenti dei controlli amministrativi, con il timbro dell'avvenuta prestazione e 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. La	
	trasmissione della Documentazione sanitaria inerente le prestazioni specialistiche	
	ambulatoriali avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 20.	
	20. 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'Erogatore 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'Erogatore 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.).

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

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

23. I farmaci erogati in favore di utenti che accedono alle medesime prestazioni specialistiche sono oggetto di fatturazione separata.

Art. 11 – PAGAMENTI

1. Il pagamento delle prestazioni erogate dalla Società avviene entro 60 giorni dalla data di ricevimento delle fatture elettroniche da parte della Società medesima, a condizione che siano pervenuti all'Azienda, contestualmente alle fatture stesse, gli allegati e la documentazione richiesta al fine dell'effettuazione dei controlli amministrativi. 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. Per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale, soggette a ticket, 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. 12 – CONTROLLI AMMINISTRATIVI

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

2. L'Azienda provvede al controllo amministrativo di II livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, secondo le seguenti modalità:

- per le prestazioni di ricovero, tramite la ricevuta di invio dati prodotta dalla procedura WEB GAUSS e copia delle prescrizioni mediche di richiesta dei ricoveri ospedalieri, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda;

- per le prestazioni ambulatoriali, tramite copia delle prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta o, in caso di ricetta dematerializzata, su promemoria cartaceo, ove presente, o sulla stampa della prenotazione.

3. 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 del ricevimento da parte dell'Azienda delle note di credito richieste alla Società.

4. Per la mensilità di dicembre, 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.

5. L'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti dal flusso informativo regionale SDO, in attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, confrontando i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti dal Flusso SDO, presenti nella procedura WEB GAUSS.

Art. 13 – 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 dalla Società, al fine di assicurare la tutela della salute e della sicurezza dei pazienti nonché sulla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso per accertare il mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalle vigenti disposizioni in materia di autorizzazione-accreditamento. Resta ferma ogni altra competenza dell'Azienda in materia di

igiene delle strutture sanitarie e di medicina del lavoro, riservata al Dipartimento di Prevenzione.

2. L'attività di controllo sanitario 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 alla Società.

3. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari redige un verbale di verifica in base al quale la Società è tenuta ad emettere nota di credito per gli importi relativi alle prestazioni ritenute non appropriate che abbiano comportato eccesso di fatturazione ed adeguare, di conseguenza, il flusso informativo regionale SDO o SPA. La Società emette nota di credito entro 10 giorni dalla richiesta, trascorsi inutilmente i quali l'Azienda può trattenere gli importi dovuti sulle liquidazioni in giacenza. Ugualmente la Società emette fatturazione ulteriore per gli importi relativi a prestazioni ritenute non ben codificate e sottovalutate.

4. 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 della Società.

5. 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 la Società non ottemperi ad eventuali prescrizioni ricevute.

6. La Società è sottoposta ai controlli esterni per la verifica dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni sanitarie erogate da parte del Team di Area Vasta, in attuazione della normativa regionale vigente in materia. L'attività oggetto di controllo è prevalentemente quella di ricovero a carico totale o parziale del Servizio Sanitario Nazionale, ma possono

essere previsti, se necessario, anche controlli sulle prestazioni ambulatoriali. In caso di rilievi, la Società provvede alla rettifica dei codici di diagnosi e procedure/interventi e al reinvio del file corretto (attraverso la procedura Gauss), entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo. Per l'ultimo trimestre tutte le rettifiche devono essere consolidate entro il termine di chiusura del flusso SDO.

7. Qualora in sede di controllo dell'attività da parte del Nucleo Operativo Controlli Sanitari istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 480 del 17 aprile 2019 si determini un diverso esito rispetto alle valutazioni operante dal Team di Area Vasta, è data prevalenza alla valutazione svolta dal Team.

8. Ai fini delle verifiche e dei controlli previsti dal presente articolo, la Società si impegna a fornire tutte le informazioni e la documentazione idonea richiesta dal personale dell'Azienda.

9. La Società si impegna ad eseguire controlli interni sulle proprie prestazioni di ricovero, in attuazione della normativa regionale vigente in materia.

10. Le Parti concordano di prevedere l'istituzione di gruppi tecnici "misti" pubblico-privato, che valutino, d'intesa, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate, l'innovazione e le linee progettuali per casistica, nonché l'andamento delle attività a fronte dei tetti economici programmati.

Art. 14 – PROGETTO SPECIALE: RIABILITAZIONE POST INTERVENTO

1. La Società assicura ad utenti ovunque provenienti sottoposti ad interventi di ortopedia protesica, nell'ambito del tetto unico ed omnicomprensivo previsto dal presente Accordo, le attività di riabilitazione funzionale post intervento, tramite n. 5 posti letto, accreditati per medicina fisica e riabilitazione cod. 56, assicurando il pieno recupero del paziente.

2. I posti letto oggetto del presente Articolo, autorizzati per C.3 "Area di degenza", dovrebbero rispondere ai requisiti previsti dal Regolamento in materia di Autorizzazione all'esercizio e di Accredimento istituzionale, di cui al DPGR 16 settembre 2020, n. 90/R,

alla sezione D.1 “Strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione funzionale”. Le

Parti, a riguardo, prendono atto della nota della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione

Sociale del 26 settembre 2017, prot. n. 45513, richiamata in premessa, a cui si rinvia.

3. In applicazione dei criteri di appropriatezza previsti dalla Regione Toscana, le attività riabilitative funzionali possono essere eseguite con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, qualora esse siano relative ad interventi di cui al DRG 544 “Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori” e di cui al DRG 545 “Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio.

4. L'accesso alle attività riabilitative post intervento avviene tramite piano di trattamento predisposto dal Medico della Società, su apposito modello, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (Allegato 4), validato dal Medico della U.O.C. Recupero e Riabilitazione funzionale dell'Azienda, competente territorialmente. Al fine di assicurare la dovuta continuità, il Medico Fisiatra dell'Azienda assicura il rilascio della validazione entro 24 ore dal ricevimento della richiesta. Lo scambio della documentazione sanitaria in argomento avviene tramite posta elettronica, con file criptati, nel rispetto della normativa in materia di trattamento dati.

5. La documentazione di accesso validata è trasmessa a cura della Società all'Azienda in sede di fatturazione separata delle prestazioni di riabilitazione erogate, secondo le modalità previste dal presente Accordo contrattuale, all'articolo relativo alla Fatturazione. La documentazione in oggetto è utilizzata anche ai fini degli approfondimenti dei controlli amministrativi.

6. Le attività di riabilitazione funzionale post-intervento sono fatturate dalla Società, applicando una tariffa massima “a pacchetto” di € 10.542,81 per ogni paziente trattato, a prescindere dalla provenienza territoriale dello stesso, costituita dall'importo previsto per il DRG 544, pari a € 9.102,00, e dalla tariffa di € 205,83 a giornata di degenza per le attività

riabilitative, per un numero massimo di n. 7 giorni di riabilitazione, desunta dalla Deliberazione Giunta regionale del 6 ottobre 2008, n. 776, che prevede la tariffa giornaliera pari a € 199,83 per MDC 8, maggiorata per un importo pari a € 6,00 giornaliere, a copertura dell'erogazione a carico della Società di tutte le prestazioni farmaceutiche, specialistiche e diagnostiche necessarie agli utenti durante il periodo di ricovero. Nel caso di revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio, l'importo è desunto sommando alle medesime giornate massime di riabilitazione, l'importo previsto il DRG 545, ovvero € 11.487,00, per un importo complessivo massimo "a pacchetto" di € 12.927,81.

Art. 15 – PROGETTO SPECIALE: ATTIVITA' USV E SUAP

1. L'Azienda, in virtù della disciplina contenuta nel presente articolo, affida alla Società, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 26 marzo 2018, n. 309 e ss.mm.ii. e al di fuori del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo definito dalla programmazione sanitaria regionale richiamata in premessa, dedicando pertanto le risorse aggiuntive di cui all'Allegato 1, l'erogazione di prestazioni in favore di persone residenti nel proprio ambito territoriale in condizione di stato vegetativo (SV) e in stato di minima coscienza (SMC), ovvero persone che presentano esiti di coma insorto in seguito a gravi cerebrolesioni acquisite (GCA), cioè ad eventi di natura traumatica, vascolare, anossica o infettiva o comunque da noxae neurologiche acquisite, che hanno determinato una prolungata perdita di coscienza.

2. Il fabbisogno di posti letto per Unità per Stati Vegetativi (USV) è pari a n. 8, fino ad un massimo di n. 10 per il bacino di utenza aziendale, con tariffa € 255,00/die, omnicomprensiva delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e cliniche, dei farmaci, dei device e dei dispositivi medici necessari all'assistenza, senza alcuna esclusione, con permanenza max 180 gg.

3. Il fabbisogno di posti letto per Speciale Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) è pari a n. 8, fino ad un massimo di n. 10 per il bacino di utenza provincia di Siena, con tariffa €

170,00/die, omnicomprensiva delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e cliniche, dei farmaci, dei device e dei dispositivi medici necessari all'assistenza, senza alcuna esclusione, con permanenza max 2 anni comprensivo del periodo trascorso in USV.

4. I posti letto oggetto del presente Articolo, autorizzati per C.3 "Area di degenza", dovrebbero rispondere ai requisiti previsti dal Regolamento in materia di Autorizzazione all'esercizio e di Accreditamento istituzionale, di cui al DPGR 16 settembre 2020, n. 90/R, alla sezione D.6 "Strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post acuta alla dimissione ospedaliera" e alla sezione D.7 "Strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale (cure intermedie)". Le Parti, a riguardo, prendono atto della nota della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale del 26 settembre 2017, prot. n. 45513, richiamata in premessa, a cui si rinvia.

5. Per quanto attiene il governo del percorso assistenziale di cui al presente articolo, le Parti danno atto della seguente procedura già operativa:

- ACOT: riceve segnalazioni, attiva UOC RRF competente per territorio, coordina il team assistenziale; alimenta flusso specifico di cure intermedie RFC 115 (standard 6) e 118 (standard 5), (presa in carico, ammissione, dimissione, chiusura);
- Direttori UOC RRF per ambito provinciale in raccordo con Team Esperto: verifica congruità clinica del percorso sul caso segnalato, effettua il raccordo sulla disponibilità del posto letto, procede all'autorizzazione al ricovero.
- Team Aziendale Esperto per gli stati vegetativi persistenti, nominato con nota del Direttore Generale del 22 febbraio 2019, prot. n. 38055: effettua la verifica appropriatezza presa in carico; effettua la verifica mensile sui casi ammessi in struttura (USV/SUAP).

6. Per i posti letto inseriti nell'area riservata a pazienti in condizione di stato vegetativo (SV) e in stato di minima coscienza (SMC), le parti prendono atto della nota della Direzione Diritti

di Cittadinanza e Coesione Sociale del 11 luglio 2018, prot. n. 356891, la quale precisa che, per quanto i posti letto già definiti nei modelli HSP13 e HSp 12 dedicati a questo tipo di assistenza non debbano variare la loro classificazione, devono essere comunque censiti anche nei modelli STS11, come strutture residenziali per anziani (S09), devono compilare il modello STS24 ed eventualmente il modello STS14.

7. La Società provvede ad emettere fattura elettronica mensile distinta per l'attività erogata nella Unità per Stati Vegetativi (USV) e nella Speciale Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), entro il giorno 10 del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite, trasmettendola al codice ufficio ZXFD74, inviando contestualmente alla trasmissione della fattura elettronica apposito Tabulato riepilogativo, in cui sono riportate le seguenti informazioni: nome e cognome del paziente, codice di Ausl Toscana Sud Est (203); comune di residenza; data di primo ingresso nella struttura; data di prima presenza nella struttura nel mese oggetto di fatturazione; eventuale data di dimissione; giornate di degenza nel mese; tariffa giornaliera; importo mensile. L'invio del Tabulato riepilogativo è effettuato secondo le modalità previste dal presente Accordo contrattuale, all'articolo relativo alla Fatturazione.

8. La Società si impegna altresì ad inviare mensilmente all'Azienda copia delle autorizzazioni di primo ingresso presso i moduli USV e SUAP, sottoscritte dai Coordinatori delegati Team Esperto dell'Azienda. Tenuto conto che l'autorizzazione al modulo USV ha durata di max 180 giorni e l'autorizzazione al modulo SUAP ha durata max di 2 anni, la Società è tenuta ad inviare all'Azienda il medesimo documento di ingresso, in copia, per ogni mensilità, fin tanto che è esso in corso di validità. Al termine del periodo di validità del documento di accesso, la permanenza dell'utente all'interno dei moduli di assistenza USV e SUAP è consentita, qualora supportata da una nuova autorizzazione, rilasciata dai Coordinatori delegati Team

Esperto dell'Azienda. L'invio delle autorizzazioni è effettuato secondo le modalità previste dal presente Accordo contrattuale, all'articolo relativo alla Fatturazione.

9. Qualora i posti letto non fossero totalmente occupati della USV e SUAP, sempre su autorizzazione dell'Azienda, la Società può accettare pazienti provenienti da altre aziende sanitarie toscane o da altre regioni. La precedenza è comunque riservata a pazienti dell'Azienda. L'Azienda assicura la consulenza del medico fisiatra anche per i pazienti di cui al presente comma.

10. La Società fattura direttamente all'azienda sanitaria di provenienza, le prestazioni eventualmente erogate in favore di pazienti residenti in condizione di stato vegetativo (SV) e in stato di minima coscienza (SMC) residenti in altre aziende sanitarie della Regione Toscana o in aziende sanitarie di altre regioni.

Art. 16 – PROGETTO SPECIALE: ATTIVITA' CONGIUNTA DI CURE INTERMEDIE SETTING 1 – LOW CARE PER PAZIENTI COVID 19

1. Oggetto del presente Articolo è l'attivazione a gestione congiunta tra le Parti del servizio di Cure intermedie Setting 1 – Low care, disciplinato dalla Deliberazione Giunta regionale 7 agosto 2017, n. 909 e dalla Deliberazione Giunta regionale 29 giugno 2020, n. 818. Il servizio è riservato a pazienti affetti da COVID 19, residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, dimessi dal percorso ospedaliero, provenienti da percorsi territoriali o da pronto soccorso.

2. Le Parti danno atto che la collaborazione pubblico-privato oggetto del presente Articolo è attuata con modalità organizzativa congiunta e quindi con modalità diversa dagli accordi contrattuali in regime di accreditamento istituzionale, di cui all'art.8-quinquies del D.lgs n. 502 del 1992, e che di conseguenza la normativa in materia di incompatibilità del personale del Servizio Sanitario Nazionale non è applicabile per questo specifico servizio, ove il personale dell'Azienda è presente presso la sede della Società in virtù di apposito mandato istituzionale, come consentito dal punto 5) dell'Accordo tra la Regione Toscana e le

Associazioni in rappresentanza delle strutture ospedaliere private accreditate, di cui alla	
Deliberazione Giunta regionale n. 1062 del 28 novembre 2011.	

3. L'Azienda è titolare a tutti gli effetti dell'attività sanitaria congiunta erogata in regime di Cure intermedie Setting 1 – Low care, in favore degli utenti presi in carico dalla Società.

4. Nell'ambito della propria sede, la Società individua spazi di degenza, distinti dagli spazi dedicati all'erogazione di prestazioni erogate in regime di accreditamento istituzionale o in regime privatistico, dedicando il reparto ubicato nel lato sud della struttura, per un totale di n. 10 posti letto, distribuiti in camere di degenza a due letti dotate di servizi igienici interni.	
---	--

5. I posti letto oggetto del presente Articolo, autorizzati per C.3 “Area di degenza”, in virtù	
del Decreto della Regione Toscana n. 10145 del 10 luglio 2017, dovrebbero rispondere ai	
requisiti previsti dal Regolamento in materia di Autorizzazione all'esercizio e di	
Accreditamento istituzionale, di cui al DPGR 16 settembre 2020, n. 90/R, alla sezione D.6	
“Strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post acuta alla dimissione	
ospedaliera”. Le Parti, a riguardo, prendono atto della nota della Direzione Diritti di	
Cittadinanza e Coesione Sociale del 26 settembre 2017, prot. n. 45513, richiamata nelle	
premesse, la quale precisa che le strutture sanitarie autorizzate come C.3 “Area di degenza”,	
che si convenzionano per l'erogazione di prestazioni di cui alla tipologia D.6, nelle more della	
definizione della specifica Intesa in Conferenza Stato-Regioni, nella quale si individueranno	
gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche prevista dal DM 70/2015, allegato 1,	
paragrafo 2.5, non procedono alla trasformazione dei relativi posti letto.	

6. La funzionalità dei posti letto oggetto del presente Articolo per la presa in carico di	
pazienti affetti da CODIV 19, è attestata, ai sensi del Decreto della Direzione Diritti di	
Cittadinanza e Coesione Sociale 17 aprile 2020, n. 5505, da apposito verbale del	
Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda del 6 aprile 2020, disponibile in atti.	

7. L'attivazione dei posti letto oggetto del presente Articolo è disposta su richiesta della Direzione Sanitaria dell'Azienda, sentito il Direttore del Dipartimento di Prevenzione in merito all'andamento del fenomeno del contagio da Coronavirus. La Società si impegna a trasformare il reparto, con piena applicazione dei percorsi di gestione di pazienti COVID 19, a pronta domanda. L'Azienda può chiedere la sospensione delle attività, in caso di positivo andamento del contagio, con almeno un mese di preavviso, inoltrando apposita comunicazione alla Società tramite posta elettronica certificata.

8. In sede di prima attuazione, la Società ha assicurato la propria collaborazione per l'attivazione del reparto a decorrere dal 22 novembre 2021 fino al 31 marzo 2022, con facoltà di disdetta da parte dell'Azienda, in caso di positivo andamento della curva del contagio, dando un mese di preavviso. L'ulteriore proseguimento del progetto, oltre la data del 31 marzo 2022, è sottoposta a valutazione congiunta delle Parti, circa le attività svolte e gli ulteriori obiettivi da raggiungere per far fronte al fenomeno del contagio da Coronavirus.

9. Per l'assistenza medica dei pazienti ricoverati nel reparto di Cure Intermedie – Setting 1 - COVID 19, l'Azienda mette a disposizione l'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA), istituita con Deliberazione Giunta regionale n. 393 del 23 marzo 2020, volta ad implementare la gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da COVID -19, che assicura accessi programmati alla struttura in base alla normativa vigente, per 7 giorni su 7, sulle 12 ore diurne.

10. In casi eccezionali, qualora durante la permanenza, si verifichi la necessità di trasferimento urgente del paziente per un aggravamento delle condizioni cliniche, in orario diurno o notturno, il personale messo a disposizione della Società allerta la Centrale Operativa 118, in base a protocolli operativi interni, resi disponibili presso il reparto di degenza.

11. La Società mette a disposizione l'assistenza infermieristica e l'assistenza OSS, assegnata

in via esclusiva alle attività di Cure Intermedie – Setting 1 - COVID 19, per 7 giorni su 7,

sulle 24 ore giornaliere, con riferimento a n. 1 infermiere e n. 1 OSS per turno.

12. La Società assicura che il personale da essa messo a disposizione è qualificato, in

possesso dei requisiti di legge e adeguatamente formato ed aggiornato, che opera nel pieno

rispetto del codici di deontologia professionale.

13. La Società assicura la disponibilità di servizi domestico-alberghieri e di supporto, sanitari

ed amministrativi, di impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto per il 100% dei posti

letto messi a disposizione, nonché un'adeguata dotazione di presidi non personalizzati di tipo

assistenziale, come carrozzine, sollevatori, deambulatori, letti con snodi e sponde, materassi e

cuscini antidecubito, senza alcun onere a carico dell'assistito.

14. La Società garantisce, in conformità alle linee di indirizzo di cui alla Deliberazione

Giunta regionale 7 agosto 2017, n. 909, l'approvvigionamento, la somministrazione e la

conservazione dei farmaci prescritti dal medico USCA, adottando la modalità di erogazione

diretta da parte del servizio farmaceutico aziendale, che ne assicura la consegna secondo le

tempistiche definite in accordo con la Zona Distretto Senese, senza oneri a carico della

Società. Sono fatte salve terapie particolarmente onerose, che saranno oggetto di fatturazione

nei confronti dell'Azienda, ai fini dell'ottenimento del rimborso.

15. L'accesso degli utenti al reparto di Cure Intermedie – Setting 1 COVID 19, messo a

disposizione della Società per attività congiunta, è disposto dalla Centrale COVID 19, che

predispone la necessaria documentazione sanitaria.

16. La documentazione clinica dei pazienti ricoverati presso il reparto è messa disposizione

dalla Società, con modalità informatica, e compilata da personale medico USCA a tale fine

profilato per l'accesso al gestionale. Le cartelle cliniche sono conservate presso la sede della

Società in nome e per conto dell'Azienda, in conformità alla normativa in materia di

conservazione degli atti pubblici, e rese disponibili in qualsiasi momento per la consultazione

da parte del personale dell'Azienda e per i pazienti interessati, che ne facciano richiesta.

17. Per le prestazioni di Cure Intermedie – Setting 1 Low care è assicurato l'espletamento

degli obblighi informativi di cui al D.M. 5 dicembre 2006 dei "Modelli di rilevazione dei dati

delle attività gestionali delle aziende e delle strutture sanitarie" per la rilevazione delle

strutture e delle attività, nonché gli obblighi informativi di cui ai D.M. del 17 Dicembre 2008

di "Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" e di

"Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e

Semiresidenziale" e di cui alla DGRT n.773/2009 di "Istituzione del Sistema informativo

regionale dell'assistenza domiciliare e residenziale" per la rilevazione dell'attività analitica.

18. Il debito informativo di cui al comma precedente è assolto dall'Azienda, in qualità di

titolare dell'attività erogata, tramite la Centrale COVID 19, la quale provvede ad alimentare i

flussi informativi regionali specifici per cure intermedie, con riferimento a presa in carico,

ammissione, dimissione, chiusura.

19. In via ordinaria la permanenza in un reparto di Cure intermedie Setting 1 è pari ad un

massimo di 20 giorni. Nel caso specifico di gestione pazienti affetti da CODIV 19, la durata

della permanenza è stabilita dalla Centrale COVID 19.

20. La tariffa per le attività di Cure intermedie – Low care è pari a € 225/die per ogni posto

letto messo a disposizione dalla Società, a prescindere dall'effettiva occupazione. La tariffa è

desunta, per analogia, dall'Accordo quadro tra Regione Emilia Romagna e Associazione

Italiana Ospedalità Privata per la regolamentazione dei rapporti finalizzati al coinvolgimento

degli ospedali privati accreditati nella gestione dell'emergenza COVID 19. La tariffa è

comprensiva di tutte le risorse messe a disposizione della Società: area degenza, impianti,

apparecchiature sanitarie, farmaci, personale infermieristico e socio-sanitario, servizi

alberghieri e di supporto, materiali di consumo, sanitario ed economico, ivi incluso i

dispositivi di protezione individuale (maschera con visiera, guanti monouso, camice monouso).

21. Le attività oggetto del presente Articolo costituiscono prestazioni di ricovero e cura e di conseguenza ricadono nel regime di esenzione IVA ai sensi dell'Art. 10 del DPR 26 ottobre 1972, n. 633.

22. Per i sistemi di fatturazione e pagamento si rinvia alle modalità operative in uso in via ordinaria. Si precisa che la fattura mensile è corredata da Tabulato riepilogativo recante le seguenti informazioni: cognome, nome e codice fiscale utente; data di nascita; azienda sanitaria e zona di residenza anagrafica dell'utente; diagnosi; data di ingresso; data di dimissione, ove avvenuta nel mese; giorni di presenza; tariffa giornaliera per n. 10 posti letto convenzionati.

23. Il finanziamento dell'attività congiunta oggetto del presente Articolo è posto al di fuori del tetto di spesa unico ed onnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale per l'acquisto di prestazioni sanitarie erogate in regime di accreditamento istituzionale, ed è quantificato secondo gli importi indicati nell'Allegato 1, relativi al periodo di prima attuazione, e quindi dal 1 gennaio 2022 al 31 marzo 2022. L'ulteriore prosecuzione del progetto, da attuarsi, come concordato, previa valutazione congiunta tra le Parti, sarà sostenuta da apposito stanziamento integrativo da parte dell'Azienda, posto al di fuori del tetto di spesa unico ed onnicomprensivo, valorizzato in attuazione delle clausole economiche previste dal presente Articolo.

24. In attuazione di quanto disposto con Deliberazione Giunta regionale n. 1203/2009, l'Azienda provvede alla gestione diretta delle eventuali richieste di risarcimento per danni cagionati a persone o cose durante l'espletamento dell'attività congiunta di Cure Intermedie, senza trasferire tale rischio a compagnie di assicurazione e ne sarà ritenuta responsabile quale titolare dell'attività erogata. Qualora, in fase istruttoria, si rilevi che il danno è

presumibilmente dovuto all'operato del personale o alle attrezzature sanitarie, escluso il loro cattivo o non conforme uso da parte del personale dell'Azienda, ai locali messi a disposizione dalla Società, le Parti convocano apposito incontro, a seguito del quale, qualora la responsabilità della Società dovesse essere confermata, quest'ultima si impegna a trasmettere all'Azienda copia di polizza RCT/RCO, o di altra forma idonea di garanzia, per l'attività congiunta, mantenerla per tutta la durata del presente Accordo Contrattuale.

Art. 17 – 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. 18 – 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	
	48	

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. 19 – 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. 20 – 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 5).

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. 21 – 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. 22 – 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. 23 – 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 penalità 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. 24 – 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. 25 – 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. 26 – 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. 27 – 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. 28 – 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 € 336,00 sono poste a carico dell'Erogatore, il quale provvede al conferimento e 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. 29 – 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. 30 articoli, n. 57 pagine e n. 5 allegati, ed è	
	conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali, che provvede ad iscriverlo a Repertorio	
	aziendale.	
	Art. 30 - 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	
	L'Amministratore Delegato	Il Direttore U.O.C. SSP, PA e TS
	Rugani Hospital 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 di accettare tutte le clausole	
	essenziali ai fini dell'applicazione del presente contratto, che devono pertanto intendersi	
	efficaci ai sensi dell'art. 1341 c.c.:	
	56	

L'Amministratore Delegato

Il Direttore U.O.C. SSP, PA e TS

Rugani Hospital Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

i)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

ALLEGATO 1 - PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2022/2023			
RUGANI HOSPITAL SRL			
VOLUMI ECONOMICI			
CONTO ECONOMICO	DESCRIZIONE ATTIVITA'	TETTO DI SPESA	11.639.436
RESIDENTI AUSL TOSCANA SUD EST			
80200600	Attività di ricovero residenti Ausl Toscana Sud Est	4.165.586	
80200260	Attività specialistica e diagnostica residenti Ausl Toscana Sud Est	1.605.580	
	TOTALE	5.771.166	
RESIDENTI RESIDENTI TOSCANI			
80200601	Attività di ricovero residenti Regione Toscana	666.963	
80200261	Attività specialistica e diagnostica residenti Regione Toscana	20.000	
	TOTALE	686.963	
RESIDENTI RESIDENTI EXTRA REGIONE			
80200630	Attività di ricovero residenti extra-regione	4.721.307	
80200290	Attività specialistica e diagnostica residenti extra-regione	460.000	
	TOTALE	5.181.307	
TOTALE COMPLESSIVO NEI LIMITI DI DGRT 1220/2018		11.639.436	
<p>I tetti di spesa sopra individuati costituiscono limiti massimi come stabilito dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018/220. L'Azienda Usl Toscana Sud Est può definire importi anche inferiori rispetto a quelli valorizzati dal citato atto di programmazione regionale, motivando l'eventuale proposta di riduzione</p> <p>A seguito di revisione della Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, prevista nel corso del 2022, la presente programmazione economica è rivista in conformità ai nuovi indirizzi regionali, al fine di adattare i tetti di spesa</p> <p>E' prevista la possibilità di compensare in corso d'anno le risorse tra i sotto-tetti di spesa previsti dalla presente programmazione, a fronte di un fabbisogno rilevato, sia ad iniziativa di Ausl Toscana Sud Est che da parte di Cure convenzionate, nell'ambito del tetto di spesa unico ed onnicomprensivo, in conformità alle modalità previste dal presente Accordo</p>			
80200340	USV E SUAP	900.000	
80200955	CURE INTERMEDIE CODIV 19 - SETTING 1 - LOW CARE	202.500	

ALLEGATO 2 - PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2022/2023			
RUGANI HOSPITAL SRL			
TIPOLOGIE DI ATTIVITA' PER RESIDENTI AUSL TOSCANA SUD EST			
ATTIVITA' DI RICOVERO			
PRINCIPALI DRG 'S - Riferimento DWH del I semestre 2021			
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
036	211 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	2.999.222	
036	219 - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC		
036	223 - Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC		
036	224 - Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC		
036	225 - Interventi sul piede		
036	227 - Interventi sui tessuti molli senza CC		
036	229 - Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC		
036	538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC		
036	471 - Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori		
036	491 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori		
036	544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori		
036	545 - Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio		
CHIRURGIA GENERALE			
009	119 - Legatura e stripping di vene	166.623	
009	158 - Interventi su ano e stoma senza CC		
009	160 - Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC		
009	162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC		
009	163 - Interventi per ernia, età < 18 anni		
009	167 - Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC		
009	207 - Malattie delle vie biliari con CC		
009	267 - Interventi perianali e pilonidali		
009	270 - Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC		
UROLOGIA			
043	303 - Interventi su rene e uretere per neoplasia	666.494	
043	305 - Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC		
043	309 - Interventi minori sulla vescica senza CC		
043	311 - Interventi per via transuretrale senza CC		
043	313 - Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC		
043	323 - Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni		
043	325 - Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC		
043	335 - Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC		
043	337 - Prostatectomia transuretrale senza CC		
043	339 - Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni		
RIABILITAZIONE FUNZIONALE POST ACUTA			
056	249 - Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	333.247	
		€	4.165.586
FLESSIBILITA': la Struttura ha la possibilità di effettuare ricoveri per DRG diversi da quelli indicati in misura non superiore al 10% del tetto di spesa per residenti			
PATOLOGIA NEOPLASTICA DIAGNOSTICATA: la Struttura non può eseguire interventi in favore di utenti affetti da chiara patologia oncologica. Tutti i casi che dovessero in corso di intervento sono sottoposti a controllo sanitario da parte di NOCS			
CONTINUITA' POST INTERVENTO DI ORTOPEDIA PROTESICA: la Struttura assicura agli utenti sottoposti ad intervento di sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori, la continuità del percorso riabilitativo per un tariffa massima di € 10.542,81 ad utente costituita dall'importo previsto per il DRG 544 (€ 9.102,00) e dall'importo per giornata di degenza per le attività riabilitative MDC per un numero massimo di 7 giorni di riabilitazione (€ 199,83 maggiorata per un importo pari a € 6,00 giornaliere a copertura dell'erogazione a carico della Società di tutte le prestazioni farmaceutiche, specialistiche e diagnostiche). Nel caso di revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio, la tariffa massima è di € 12.927,81 costituita dall'importo previsto per DRG 545 (€ 11.487,00) e dall'importo per il medesimo numero di giornate di riabilitazione. L'accesso alle attività riabilitative post intervento è assicurato tramite piano di trattamento predisposto da personale medico della Società, validato dal Medico della U.O.C. Recupero e Riabilitazione funzionale dell'Area provinciale Senese			
ATTIVITA' AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA			
PRESTAZIONI	TARIFFA MEDIA	VOLUME ANNUO	COSTO
ECO-INTERNISTICA	€ 47	3.440	€ 161.680
ECD-DIVA	€ 50	160	€ 8.000
RM	€ 130	1.730	€ 224.900
TC	€ 130	1.700	€ 221.000
CHIRURGIA DELLA CATARATTA	€ 900	1.100	€ 990.000
			€ 1.605.580
FLESSIBILITA': la Struttura assicura flessibilità in relazione ai volumi di prestazioni specialistiche ambulatoriali programmate tenuto conto dei fabbisogni rilevanti in corso d'anno. L'Azienda fornisce la dovuta informativa circa l'andamento del fabbisogno, tramite apposito report trimestrale, in base al quale definire l'eventuale richiesta di orientamento dell'offerta.			

ALLEGATO 3 - PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2022/2023			
RUGANI HOSPITAL SRL			
SICUREZZA E APPROPRIATEZZA DELLE CURE			
SOGLIE MINIME DI VOLUMI DI ATTIVITA' DM 70/2015			
Interventi chirurgici per Ca mammella (attività non prevista)		150 interventi annui	
Colecistectomia laparoscopica		100 interventi annui	
Intervento chirurgico per frattura di femore		75 interventi annui	
ARTRODESI VERTEBRALE: attuazione corretta procedura d'intervento in conformità alle indicazioni della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, di cui alla nota Prot. n. 0192232 del 9 maggio 2019			
Decreto n. 20196 del 19 novembre 2021 del Settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche "Elenco procedure da erogare in chirurgia ambulatoriale ed elenco procedure da erogare nei regimi di ricovero ordinario, day surgery e chirurgia ambulatoriale" - Piena applicazione da parte della Società, con verifica in sede di effettuazione dei controlli sanitari da parte dei NOCS			
DRG ESCLUSI PER TUTTE LE TIPOLOGIE DI UTENTI CON ONERI A CARICO DEL SSN			
DRG E DESCRIZIONE	MDC	TIPO	PESO
001 - Craniotomia, età > 17 anni con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,42
002 - Craniotomia, età > 17 anni senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,33
003 - Craniotomia, età < 18 anni	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	2,30
041 - Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	2 Malattie e disturbi occhio	C	4,06
049 - Interventi maggiori sul capo e sul collo	3 Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	C	0,16
075 - Interventi maggiori sul torace	4 Malattie e disturbi apparato respiratorio	C	2,396
076 - Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	4 Malattie e disturbi apparato respiratorio	C	3,50
077 - Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	4 Malattie e disturbi apparato respiratorio	C	1,499
103 - Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	0 Nessun MDC	C	4,56
104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	6,062
105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,04
106 - Bypass coronarico con PTCA	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	3,50
108 - Altri interventi cardiotoracici	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,98
110 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,85
111 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,07
117 - Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,49
118 - Sostituzione di pacemaker cardiaco	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,41
120 - Altri interventi sull'apparato circolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,49
257 - Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	1,285
258 - Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	1,22
259 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	0,12
260 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	6,18
302 - Trapianto renale	11 Malattie e disturbi rene e vie urinarie	C	2,45
370 - Parto cesareo con CC	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	6,69
371 - Parto cesareo senza CC	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	5,09
374 - Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	4,82
375 - Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	914
377 - Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	5,47
381 - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	3,17
394 - Altri interventi sugli organi emopoietici	16 Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	C	0,86
401 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	0,21
402 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	2,90
406 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori	con CC 17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	6,45
407 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori	senza CC 17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	6,26
408 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	3,46
479 - Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,27
480 - Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	0 Nessun MDC	C	3,88
481 - Trapianto di midollo osseo	0 Nessun MDC	C	4,17
484 - Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	24 Traumatismi multipli	C	0,89
493 - Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	7 Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	C	3,71
494 - Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	7 Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	C	889
495 - Trapianto di polmone	0 Nessun MDC	C	6,83
504 - Ulstioni estese o ulstioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con CC	22 Lesioni significative	C	6,61
506 - Ulstioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC	22 Lesioni significative	C	0,65
507 - Ulstioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC	22 Lesioni significative	C	5,62
512 - Trapianto simultaneo di pancreas/rene	0 Nessun MDC	C	5,94
513 - Trapianto di pancreas	0 Nessun MDC	C	2,70
515 - Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,79
518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	1,56
525 - Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	9,932
528 - Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	5,726
529 - Interventi di anastomosi ventricolare con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	5,39
530 - Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	6,97
531 - Interventi sul midollo spinale con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	6,65
532 - Interventi sul midollo spinale senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,48
533 - Interventi vascolari extracranici con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	2,11
534 - Interventi vascolari extracranici senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,45
535 - Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,51
536 - Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,35
539 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	3,488
540 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	3,83
541 - Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica	0 Nessun MDC	C	3,48
543 - Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia del sistema nervoso centrale	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	6,64
547 - Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,81
548 - Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,59
549 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	5,54
550 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	1,66
551 - Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,20
552 - Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,13
553 - Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,649
554 - Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,54
555 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	6,22
556 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,64
557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	1,77
558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,84
577 - Inserzione di stent carotideo	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	3,17
578 - Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	18 Malattie infettive e parassitarie	C	2,95

QUALORA GLI INTERVENTI ESEGUITI ESITINO IN DRG INSERITI IN ELENCO, IL NOCS EFFETTUA IL CONTROLLO DI COMPETENZA SUL TOTALE DEI CASI

RIABILITAZIONE EXTRA-OSPEDALIERA INTENSIVA

STRUTTURA ACCREDITATA-CONVENZIONATA: RUGANI HOSPITAL SRL

DATI ANAGRAFICI E AMMINISTRATIVI DELL'UTENTE

Sig./Sig.ra

Luogo e Data di nascita/...../.....

Comune di residenzaProv (.....) Tel.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO PROGRAMMATO

INTERVENTO ESEGUITO IN DATA

☐ DRG 544 SOSTITUZIONI DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI

☐ DRG 545 REVISIONE DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA E DEL GINOCCHIO

TRATTAMENTO RIABILITATIVO DA AVVIARE IN DATA

N° GIORNI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Valutazione Funzionale iniziale (da effettuare in base a Indice di Barthel)

.....
.....
.....

Progetto Trattamento riabilitativo

.....
.....
.....

Valutazione Funzionale finale (da effettuare in base a Indice di Barthel)

.....
.....
.....

Medico Specialista Struttura: Cognome..... Nome.....

Firma e Timbro..... Data

(massimo n. 7 giorni fatturabili per € 205,83/die – Totale € 1.440,81)

VALIDAZIONE AUSL TSE

Si valida il Piano di Trattamento così come redatto dal Medico delle Struttura accreditata-convenzionata Assisi Project Spa

Eventuali osservazioni:.....
.....
.....

Medico Specialista AUSL TSE: Cognome..... Nome.....

Firma e Timbro..... Data

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 Rugani Hospital Srl, con sede legale in Monteriggioni, 53035, Via S.R. 222 Chiantigiana Località Colombaio (C.F. e P.I.: 01243020524), di seguito denominata "Società", nella persona del Legale rappresentante [REDACTED] Lucaroni [REDACTED], domiciliato per la carica presso la suddetta;

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 RUGANI HOSPITAL SRL - Acquisto prestazioni accreditate di ricovero ospedaliero e specialistiche ambulatoriali - Acquisto prestazioni per persone in condizione di stato vegetativo e in stato di minima coscienza.

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 Rugani Hospital 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	
	2	

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	
	richieste delle Autorità di controllo che riguardino ambiti di trattamento di competenza	
	4	

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)

RUGANI HOSPITAL SRL

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

()