

Repertorio aziendale n. 2706 del 16 dicembre 2021

Deliberazione del Direttore Generale n. 1625 del 7 dicembre 2021

ACCORDO TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E ISTITUTO

FISIOTERAPICO ARETINO SNC

Acquisto prestazioni specialistiche ambulatoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione

TRA

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

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

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

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

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

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 Istituto Fisioterapico Aretino Snc, con sede legale in Arezzo, Piazza

Risorgimento n. 15, (C.F. e P.I.: 00343000519), di seguito denominata "Erogatore",

[REDACTED] Arezzo il 27

[REDACTED], domiciliato per la carica presso il suddetto;

RICHIAMATO

il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in

materia sanitaria" e s.m.i., ed in particolare:

l'art. 8 bis comma 1, in virtù del quale le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di

assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali,

delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a

carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

la Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, recante “Determinazione dei tetti massimi per l’acquisto di prestazioni dalle strutture sanitarie private accreditate”, con la quale si definisce l’attuale modello di gestione dei rapporti con il privato accreditato, convenzionato per le attività ricomprese nei flussi informativi regionali SDO e SPA, basato, tra l’altro, su quanto segue:

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Regionale, tra i quali figura la società Istituto Fisioterapico Aretino Snc;
- 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 Istituto Fisioterapico Aretino Snc un importo annuo di € 53.416,00;
- rinvio alle aziende sanitarie territorialmente competenti della sottoscrizione degli accordi contrattuali annuali, di cui al presente atto, attraverso il quale, tenuto conto della programmazione quali quantitativa complessiva dell’offerta, si orientano le attività degli erogatori privati convenzionati, e quindi anche della società Istituto Fisioterapico Aretino Snc, 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 Istituto Fisioterapico Aretino Snc, tramite i flussi informativi specifici relativi all’assistenza specialistica ambulatoriale (SPA);

La nota del Direttore Generale della Ausl Toscana Sud Est, prot. n. 35041 del 19 febbraio 2019, indirizzata alla Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, con la quale è stata chiesta la revisione della Deliberazione Giunta regionale 8 novembre

2018, n. 1220 per alcune strutture accreditate-convenzionate per il percorso di medicina fisica e riabilitazione che sono risultate sotto dimensionate nella definizione dei relativi tetti di spesa rispetto all'impegno assicurato in virtù dei contratti vigenti, validi per il periodo 2017/2019, facendo presente che l'attività di dette strutture risulta strettamente funzionale per garantire il rispetto del tempo appropriato di inizio trattamento riabilitativo nella traumatologia, di 0-7 giorni. Dato atto che in virtù della richiesta di revisione in argomento, attuata nel rispetto della sommatoria complessiva definita dalla programmazione regionale per l'acquisto di prestazioni dal settore privato accreditato, la società Istituto Fisioterapico Aretino Snc diviene titolare di un tetto di spesa unico ed omnicomprensivo annuo pari a € 57.454,11;

la Deliberazione GRT del 30 maggio 2005, n. 595 "Percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione. Percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale", e successive modifiche ed integrazioni, che definisce, tra l'altro, l'organizzazione ed il sistema tariffario del percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2);

PREMESSO

Che l'Erogatore risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria, come da Provvedimento n. 5274 del 07.12.2006 rilasciato dal Comune di Arezzo, in relazione alla struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Istituto Fisioterapico Aretino Snc, ubicata in Arezzo, Piazza Risorgimento, n. 15 e gestita dalla società Istituto Fisioterapico Aretino Snc;

Che l'Erogatore risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 5183 del 26/08/2017, in relazione alla struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Istituto Fisioterapico Aretino Snc, ubicata in Arezzo, Piazza Risorgimento, n. 15 e gestita dalla società Istituto Fisioterapico Aretino Snc, per il processo ambulatoriale/outpatient nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione;

Che l'Erogatore si rende disponibile a garantire l'offerta della propria collaborazione, per la quantità e la qualità delle prestazioni inserite nel presente Accordo, afferenti al Flusso informativo regionale SPA;

Che il privato convenzionato è da ritenersi parte integrante dell'offerta complessiva regionale e come tale oggetto di politiche di programmazione sanitaria coerenti con quelle che regolano l'erogazione dei servizi nelle strutture pubbliche a partire da un'analisi dell'offerta complessiva regionale in rapporto ai fabbisogni della popolazione residente, in conformità ai principi individuati dalla citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220 e alla disciplina introdotta tramite il presente Accordo;

TUTTO CIO' RICHIAMATO E PREMESSO TRA LE PARTI COME SOPRA

COSTITUITE SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – PREMESSE

1. Le premesse fanno parte integrante e sostanziale del presente Accordo contrattuale e ne costituiscono il primo patto.

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

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente Accordo, affida all'Erogatore, nell'ambito del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo definito dalla programmazione sanitaria regionale richiamata in premessa, come revisionato a livello aziendale, l'erogazione delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione, in nome e per conto del Servizio sanitario regionale, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

Art. 3 – CONDIZIONI DI EROGABILITA' DELLE PRESTAZIONI

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 diagnostico terapeutico del paziente e nel rispetto delle specifiche indicazioni cliniche contenute nei provvedimenti regionali di applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza individuati dal DPCM 12 gennaio 2017.

2. L'Erogatore assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la struttura in possesso di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale, ubicata in Arezzo, Piazza Risorgimento, 15.

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, 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.

Art. 4 – PRESTAZIONI E VOLUMI DI ATTIVITA'

1. Le prestazioni erogabili, tra quelle previste dalla Deliberazione Giunta regionale del 30 maggio 2005, n. 595 recante, "Percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione. Percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale" e successive modifiche ed integrazioni, sono esclusivamente quelle rientranti nelle branche specialistiche o attività o prestazioni che l'Erogatore può erogare in rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'accreditamento istituzionale di cui dispone, ossia prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (Percorso 2).

2. L'Erogatore dichiara che, per capacità produttiva, è in grado di garantire il soddisfacimento del fabbisogno richiesto dall'Azienda.

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

4. Nell'ambito del tetto di spesa massimo annuale, l'Azienda adotta, con Deliberazione del Direttore Generale, la programmazione dell'attività annuale e si impegna a comunicarla all'Erogatore entro il mese di dicembre di ciascun anno di durata del contratto per l'anno successivo.

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

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

Art. 5 – TETTI DI SPESA

1. L'Erogatore si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale in favore di utenti residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda entro un volume di attività corrispondente al tetto unico ed omnicomprensivo annuo, individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, come revisionato a livello aziendale, pari a € 57.454,11, da intendersi al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente (ticket), che consente il rispetto, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, dei vincoli economici stabiliti dalla normativa vigente, richiamati nelle premesse.

2. Il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo annuo di cui al presente articolo è sottoposto a verifica annuale, in sede di adozione della programmazione dell'attività di cui al precedente Art. 4 comma 4.

3. L'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti dell'Erogatore per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati, secondo le quantificazioni economiche riportate nel presente articolo. L'Erogatore concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

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

- è assicurata tramite il flusso informativo regionale SPA;
- è tesa a valutare il rispetto dei limiti quantitativi assegnati all'Erogatore e la coerenza della casistica erogata rispetto a quella contrattualmente prevista.

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

6. L'Erogatore 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.

7. L'Erogatore si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione regionale e nazionale relative alle variazioni del tetto unico ed omnicomprensivo annuo, di cui al presente articolo.

Art. 6 – TARIFFE

1. Le tariffe per le prestazioni oggetto del presente contratto sono contenute nella citata Deliberazione Giunta regionale del 30 maggio 2005, n. 595 recante, "Percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione. Percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale" e successive modifiche ed integrazioni. Qualora il riferimento normativo sopra indicato sia superato dal legislatore, si procede ad una revisione delle tariffe di cui al presente articolo, in conformità alle nuove disposizioni.

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

Art. 7 – MODALITA' DI ACCESSO

1. Le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione sono richieste sul ricettario in possesso del personale medico operante per il Servizio Sanitario Regionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata, completa del codice relativo alla patologia di cui alla Deliberazione Giunta

regionale n. 595/2005 (Percorso 2) e del codice desunto da Catalogo Regionale della Specialistica Ambulatoriale, inseriti a cura del medico proponente, nel rispetto dei limiti di prescrizione previsti dalla richiamata deliberazione.

2. Per quanto attiene il trattamento riabilitativo di infortunati sul lavoro e tecnopatici, si rinvia alla procedura adottata con Deliberazione del Direttore Generale n. 1043 del 5 ottobre 2018, attuativa della normativa regionale, la quale prevede che le prestazioni incluse nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (prestazioni LEA) sono prescritte dal personale medico operante per il Servizio Sanitario Regionale ed erogate con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale e le prestazioni integrative necessarie al recupero dell'integrità psicofisica dei lavoratori infortunati o tecnopatici, escluse dai livelli uniformi ed essenziali di assistenza (prestazioni LIA), sono prescritte dal Dirigente Medico Inail ed erogate con oneri ad esclusivo carico dell'INAIL.

3. L'accesso alle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione erogate dalla Società avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata unificata (CUP 2.0).

4. La gestione delle agende di prenotazione è assicurata dall'Articolazione provinciale di Arezzo del CUP 2.0, previa intesa con l'Erogatore circa la programmazione annuale delle attività da esso erogate, tenuto conto delle relative disponibilità orarie e dei tetti di spesa previsti dal presente Accordo. La programmazione annuale delle attività tiene conto dei periodi di chiusura della Struttura per ferie ne periodo estivo o in altri periodi, che l'Erogatore comunica al CUP 2.0 di Arezzo all'inizio di ciascun anno. Qualsiasi variazione del palinsesto annuale che si rendesse necessaria, è concordata tra Società e CUP 2.0 di Arezzo. Non sono consentite variazioni unilaterali delle agende da parte della Società.

5. La prenotazione delle prestazioni di cui al presente Accordo avviene tramite la procedura informatizzata CUP 2.0. La prenotazione è effettuata direttamente su CUP 2.0 dall'utente per le prestazioni da erogarsi entro 0-7 gg, dai punti di prenotazione previsti in via ordinaria a

livello aziendale (Cup fisici, Cup telefonico, Farmacie convenzionate). Per le prestazioni che presentano il carattere della differibilità, la prenotazione su CUP 2.0 è disposta dai Servizi di Riabilitazione Funzionale, per conto dell'utente da essi preso in carico, in modo da assicurare il monitoraggio dell'appropriatezza.

6. L'accettazione degli utenti nonché la registrazione amministrativa della prestazione, con riferimento in particolare alla conferma dell'avvenuta erogazione, dando evidenza di eventuali difformità tra il prenotato e l'eseguito, è disposta dall'Erogatore su gestionale aziendale locale della provincia di Arezzo, denominato CUP WEB (collegato a CUP 2.0), a cui la Società è collegata da punto di vista informatico. Le attività di accettazione/registrazione/conferma avvenuta erogazione/rilevazione eventuali difformità tra prenotato ed eseguito, sono disposte dall'Erogatore entro il giorno 5 del mese successivo alla data di conclusione del "pacchetto di prestazioni" prescritte ed erogate. La mancata conferma dell'avvenuta erogazione su gestionale aziendale locale CUP WEB comporta la perdita del tracciamento del "pacchetto di prestazioni", che risulterà non erogato e quindi non inserito nel flusso informativo regionale SPA.

7. L'Erogatore non costituisce Sportello di Riscossione della quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in nome e per conto dell'Azienda, pertanto prima dell'erogazione della prestazione presso l'Erogatore, l'utente provvede al pagamento presso gli sportelli ticket aziendali (Totem, Portale IRIS, Farmacie, PAGO PA). L'Erogatore è tenuto alla verifica dell'avvenuto pagamento prima dell'erogazione della prestazione ed in caso di mancato pagamento, orienta l'utente verso gli sportelli ticket aziendali per regolarizzare la propria posizione.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. Le Parti danno atto che a decorrere dal 1 gennaio 2019 il flusso informativo regionale in oggetto è stato inserito nel flusso informativo regionale SPA. Il flusso è consultabile nel sito

web www.regione.toscana.it/flussi-informativi, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171.

2. L'Erogatore è tenuto alla registrazione dell'avvenuta esecuzione delle prestazioni (pacchetto), prenotate sulla procedura aziendale CUP WEB, evidenziando eventuali difformità tra il prenotato e l'eseguito, anche ai fini della corretta compilazione del flusso informativo regionale denominato SPA-exPASS, a cui provvede l'Azienda, tramite ESTAR.

3. ESTAR estrae i flussi informativi dell'attività resa dall'Erogatore registrati nella procedura informatica aziendale CUP WEB, entro il giorno 5 del mese successivo alla chiusura del mese di riferimento.

4. Qualora in sede di invio del flusso informativo regionale SPA a Regione Toscana, la competente Struttura organizzativa di ESTAR rilevi errori di tipo 2 o 9, la relativa correzione è assicurata da CUP 2.0 di Arezzo 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.

5. L'Erogatore 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).

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

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. A fronte delle prestazioni specialistiche erogate e fino a concorrenza del tetto massimo di spesa di cui al presente Accordo, l'Erogatore provvede, con cadenza mensile, all'emissione di fattura elettronica, in attuazione del 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 Smistamento Ordini), utilizzando il seguente canale di posta elettronica certificata al seguente indirizzo:
tiberi.francesco@pec.omceoar.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. 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 aretina: RDA7DQ, entro il quinto giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite. Ciascuna fattura elettronica riporta l'indicazione del mese di competenza e la descrizione della tipologia di prestazioni erogate a cui si riferiscono (prestazioni di Percorso 2 - Residenti Sud-Est).

7. 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: 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.

8. L'Erogatore 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 prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, con l'indicazione dei seguenti elementi: cognome e nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda UsI di residenza dell'utente (203); codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato.

9. L'Erogatore si impegna ad inviare altresì 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 dalla stampa della prenotazione, facendo firmare quest'ultima all'utente.

10. 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 posta elettronica certificata, al seguente indirizzo austoscana.sudest@postacert.toscana.it. Nell'oggetto è inserita la dicitura: "Prestazioni sanitarie accreditate: documentazione a corredo fattura elettronica del mese di,

anno". I file sono protetti con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse. A tal fine i file sono zippati e dotati di password per l'apertura (minimo 8 caratteri con: almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale). La password è resa nota all'Azienda tramite canali diversi da quelli utilizzati per l'invio (ovvero consegna brevi manu oppure comunicazione telefonica). La password ha una durata annuale la cui scadenza verrà comunicata all'Erogatore, per poi procedere con la creazione di una nuova password, comunicata con le stesse modalità.

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

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

Art. 10 – PAGAMENTI

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

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

normative o interpretative che dovessero intervenire nel periodo di vigenza contrattuale.

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

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

Art. 11 – CONTROLLI AMMINISTRATIVI

1. L'Azienda provvede al controllo amministrativo di I livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dall'Erogatore, tramite il Tabulato riepilogativo mensile delle prestazioni erogate.

2. L'Azienda provvede al controllo amministrativo di II livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, tramite copia delle prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta o tramite la stampa della prenotazione firmata dall'utente in caso di ricetta dematerializzata.

3. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione all'Erogatore. Quest'ultimo provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come sanabili entro il

mezzo successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo alle anomalie non sanate verrà decurtato dalla liquidazione spettante all'Erogatore.

4. L'Erogatore è tenuto 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 all'Erogatore.

5. 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.

6. In tutti i casi in cui l'Erogatore è tenuto all'emissione di nota di credito, ma non provvede per varie motivazioni e in tempi congrui, l'Azienda ha titolo per recuperare gli importi dovuti, con azione di rivalsa sul pagamento delle fatture giacenti, di spettanza dell'Erogatore non ancora poste in liquidazione.

Art. 12 – CONTROLLI SANITARI

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

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

3. L'attività di controllo sanitario di cui al precedente comma 1 è svolta dal Nucleo Operativo Controlli Sanitari, istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 480 del 17 aprile 2019, secondo modalità, tempistiche e campionamenti definiti dal Piano Annuale dei

Controlli, adottato annualmente dall'Azienda e trasmesso per la dovuta informativa all'Erogatore.

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

5. Qualora il Nucleo Operativo Controlli Sanitari nell'esercizio delle proprie funzioni rilevi difformità relative ai requisiti di autorizzazione o accreditamento, i pagamenti delle prestazioni erogate sono sospesi a decorrere dalla data del sopralluogo, in attesa del pieno ripristino del possesso dei requisiti da parte dell'Erogatore.

6. L'Azienda si riserva di rescindere l'Accordo contrattuale qualora dai sopralluoghi effettuati, da qualsiasi organo di vigilanza, ai sensi delle normative vigenti emergano irregolarità relative ai requisiti richiesti dalle normative o qualora l'Erogatore non ottemperi ad eventuali prescrizioni ricevute.

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

ART 13 – PERSONALE DELL'EROGATORE E INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE DEL SSN

1. In relazione al personale del Servizio Sanitario Nazionale, L'Erogatore si impegna a non concludere con gli stessi rapporto di lavoro dipendente o di qualunque altra natura, prendendo atto dei seguenti principi in materia di incompatibilità del personale:

a) principio di unicità del rapporto di lavoro di cui all'art 4, comma 7 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, in virtù del quale con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere

un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso;

b) principio dell'esclusione dell'esercizio dell'attività libero professionale dei medici dipendenti del SSN in strutture private convenzionate con il medesimo SSN, come ribadito anche dall'art 1, comma 5, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

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

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

2. L'Erogatore prende atto degli effetti che le situazioni di incompatibilità comportano ex art

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

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

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

Art. 14 – TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

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

3. Le Parti, al fine di disciplinare i reciproci rapporti in materia di trattamento dati, stipulano apposito "Accordo Data Protection", allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1).

4. I dati forniti dalle Parti, relativi ai soggetti che per loro conto svolgono le attività dedotte nel presente Accordo e relativi ai soggetti che effettuano attività amministrative funzionali alla stipula e gestione del rapporto convenzionale, saranno trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, adeguatezza, pertinenza e necessità di cui all'art.5, paragrafo 1 del RGPD. Il conferimento di tali dati tra le Parti è obbligatorio ai fini degli adempimenti amministrativo/contabili comunque connessi alla instaurazione, gestione ed esecuzione del

rapporto instaurato con il presente atto nonché per gli adempimenti di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

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

Art. 15 – CARTA DEI SERVIZI

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

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

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

Art. 16 – OBBLIGHI INFORMATIVI VERSO L'UTENZA

1. L'Erogatore è tenuto a adempiere agli obblighi informativi, previsti dalla normativa vigente, per le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale, informando l'utente in modo corretto sulla tipologia di prestazioni fruibili, sulle relative modalità di accesso, distinguendo inequivocabilmente tra le prestazioni erogabili a carico del SSR e le prestazioni erogabili in regime privatistico. L'Erogatore è tenuto ad informare l'utente in merito alla necessità di adempiere al pagamento della quota di compartecipazione a proprio carico presso gli sportelli aziendali, prima della fruizione della prestazione con oneri a carico del SSR.

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

3. L'Erogatore collabora con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Azienda, predisponendo, su richiesta del medesimo, le dovute relazioni informative, al fine di assicurare una corretta e tempestiva risposta all'utenza. L'Erogatore collabora altresì con la Commissione Mista Conciliativa nominata con Deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda 28 gennaio 2019, n. 91.

Art. 17 – RESPONSABILITÀ

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

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

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

4. L'Erogatore è tenuto all'osservanza delle norme in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori, ed in specifico ad assolvere a tutti gli adempimenti previsti dal D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro", con riferimento, in particolare, ai dispositivi di sicurezza individuale.

Art. 18 – RECESSO

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

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

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

Art. 19 – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dall'Accordo contrattuale e dalla normativa ad esso applicabile, costituiscono grave inadempimento del presente atto:

- l'accertata falsità di dichiarazioni rese dall'Erogatore ai fini della stipulazione e della esecuzione del presente accordo contrattuale;
- la decadenza, sospensione e/o revoca dei provvedimenti di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e accreditamento istituzionale in corso di rapporto contrattuale;
- la reiterata inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni, ivi compresi i livelli qualitativi e quantitativi del servizio;
- la reiterata e accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale, di protezione infortunistica e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.lgs. n.81/2008 e ss.mm.ii.;
- l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione ed erogazione delle attività convenzionate, in violazione della legislazione;
- la violazione dell'obbligo di dotarsi e di utilizzare idonei locali, procedure di erogazione

delle prestazioni, macchinari, strumentazioni, materiali di consumo, farmaci, oggetti e	
apparecchiature, in conformità alle specifiche normative di settore, nonché alla normativa	
nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di	
accreditamento istituzionale;	

- | | |
|---|--|
| - la reiterata inosservanza degli obblighi informativi in favore dell'utenza; | |
| - l'accertata violazione da parte dell'Erogatore delle norme vigenti in materia di protezione dei dati personali; | |
| - la mancata stipula, la mancata messa a disposizione dell'Azienda e il venir meno della polizza assicurativa o altra forma idonea di garanzia nel corso del rapporto contrattuale; | |
| - l'accertato mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni; | |
| - l'esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la pubblica amministrazione; | |
| - il grave e reiterato impedimento ai controlli amministrativi e sanitari previsti dal presente Accordo contrattuale; | |
| - il reiterato mancato invio della documentazione a corredo della fatturazione. | |

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

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

4. In caso di risoluzione, l'Erogatore si impegna a non accettare pazienti, fatte salve eventuali esigenze indifferibili e urgenti espressamente indicate dalla Azienda. Eventuali attività rese in

violazione di tale divieto non possono essere oggetto di remunerazione a carico del Servizio

Sanitario ad alcun titolo.

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

Art. 20 – PENALITA' PER RITARDATO ADEMPIMENTO DELLE PRESTAZIONI

E RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

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

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

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

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

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

Art. 21 – CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

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

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

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

Art. 22 – FORO COMPETENTE

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

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

Art. 23 – TRASPARENZA E PUBBLICITA'

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

2. L'Erogatore è consapevole, accetta ed autorizza l'Azienda alla pubblicazione integrale del presente Accordo contrattuale e di tutti gli allegati sul portale della trasparenza dell'Azienda

nonché alla pubblicazione dei dati previsti dalla vigente normativa. Si impegna altresì al rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trasparenza per la parte di competenza.

Art. 24 – DECORRENZA E DURATA

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

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

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


4. I contenuti organizzativi ed economici del presente atto possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle Parti.

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

5. Le variazioni che dovessero intervenire a seguito dell'emanazione di leggi, regolamenti, disposizioni nazionali, regionali nonché di accordi con associazioni di categoria, impegnano le Parti alla loro applicazione da formalizzare con atto convenzionale suppletivo, previa deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda.

Art. 25 – SPESE IMPOSTA DI BOLLO E REGISTRAZIONE

1. Il presente atto è soggetto all'imposta di bollo ai sensi dell'art. 2 dell'Allegato A – Tariffa Parte I, al Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642, che viene assolta

	in maniera virtuale come da Autorizzazione Agenzia delle Entrate di Azienda USL Toscana	
	Sud Est del 16 febbraio 2016, n. 5062. Le spese, che ammontano ad € 160,00, sono poste a	
	carico dell'Erogatore, la quale provvede al pagamento tramite apposito bonifico sul seguente	
	conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383 intestato all'Azienda.	
	2. Il presente atto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi dell'art. 4 della Tariffa	
	Parte II, allegata al Decreto del Presidente della Repubblica 26 aprile 1986, n. 131. Le spese	
	di registrazione sono poste a carico della parte richiedente.	
	Art. 26 – REPERTORIO	
	1. Il presente Accordo contrattuale viene stipulato in forma di scrittura privata non	
	autenticata, secondo le regole della sottoscrizione digitale, con firma elettronica.	
	2. Il presente accordo contrattuale consta di n. 27 articoli, n. 31 pagine e n. 1 allegato, ed è	
	conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali, che provvede ad iscriverlo a Repertorio	
	aziendale.	
	3. Il presente atto, sottoscritto tra le Parti, è trasmesso in copia alla Direzione regionale Diritti	
	di Cittadinanza e Coesione Sociale.	
	Art. 27 - RINVIO	
	1. Per quanto non espressamente previsto nel presente Accordo contrattuale, si fa formale	
	rinvio alle norme di legge e di regolamento in materia sanitaria, amministrativa, civile e	
	penale.	
	IL LEGALE RAPPRESENTANTE	IL DIRETTORE U.O.C. SSP, PA e TS
	Istituto Fisioterapico Aretino Snc	Azienda UsI Toscana Sud Est
	()	(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)
	Le Parti accettano tutte le clausole sopra riportate, nessuna esclusa. In particolare, l'Erogatore	
	dichiara di aver considerato con particolare attenzione e accetta tutte le clausole essenziali ai	
	30	

fini dell'applicazione del presente Accordo, che devono pertanto intendersi efficaci ai sensi
dell'art. 1341 c.c.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. SSP, PA e TS

Istituto Fisioterapico Aretino Snc

Azienda Usl Toscana Sud Est

ci)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

Deliberazione del Direttore Generale Azienda Ausl Toscana Sud Est n. 1625 del 7 dicembre 2021

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 Istituto Fisioterapico Aretino Snc, con sede legale in Arezzo, Piazza Risorgimento n. 15, (C.F. e P.I.: 00343000519), di seguito denominata "Erogatore", rappresenta [REDACTED] il 27 [REDACTED], domiciliata per la carica presso il suddetto;

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 TRA AZIENDA USL

TOSCANA SUD EST E ISTITUTO FISIOTERAPICO ARETINO SNC- Acquisto prestazioni specialistiche ambulatoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione".

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

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

del presente DPA.

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

ART. 5 (Misure di sicurezza)

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

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

ART. 6 (Obblighi del personale autorizzato)

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

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

ART. 9 (Durata)

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

ART. 10 (Rescissione)

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

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

ISTITUTO FISIOTERAPICO ARETINO TIBERI SNC

ci)