

Repertorio aziendale n. 2719 del 21 dicembre 2021

Deliberazione del Direttore Generale n. 1621 del 7 dicembre 2021

ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E UPMC

ITALY SRL

Acquisto prestazioni specialistiche ambulatoriali di Procreazione Medicalmente Assistita

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 UPMC Italy Srl, con sede legale in Palermo, Via Discesa dei Giudici n. 4, (P.I. n.

04532690825), di seguito denominata "Società" [REDACTED] legato,

[REDACTED] struttura

[REDACTED] Terme,

[REDACTED], domiciliato per la carica presso la suddetta struttura sanitaria;

RICHIAMATO

RICHIAMATO

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

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

l'art. 8 bis comma 1, in virtù del quale le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

l'art. 29, comma 5, il quale precisa che la valorizzazione delle prestazioni, 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, come modificata con l'art.1 comma 574 della

Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e

pluriennale dello Stato", (legge di stabilità 2016);

la Legge 6 agosto 2015, n. 125, recante "Conversione in legge, con modificazioni, del

decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78", che all'art.9 quater comma 7 ha imposto alle Regioni

ed agli enti del SSN una ridefinizione dei tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, pari ad un ulteriore 1% rispetto al valore soglia previsto per il 2014, portando di fatto il tetto per le prestazioni di specialistica ambulatoriale al 3% rispetto all'importo sostenuto nel 2011;

la Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, recante "Determinazione dei tetti massimi per l'acquisto di prestazioni dalle strutture sanitarie private accreditate", con la quale si definisce un nuovo modello di gestione dei rapporti con il privato accreditato, convenzionato per le attività ricomprese nei flussi informativi regionali SDO, SPA, definendo 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;

la Deliberazione Giunta Regionale 4 agosto 2011, n. 723 "Procedure per l'applicazione della DGR 722 del 4 Agosto 2011. Approvazione dell'adeguamento del Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio" e successive modifiche ed integrazioni";

PREMESSO

CHE la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie in favore della struttura sanitaria "UPMC Institute for Health", ubicata nel Comune di Chianciano Terme, Viale Roma n. 97/99, per la disciplina di medicina fisica e riabilitazione e attività di ecocardiografia, come da provvedimento unico autorizzativo del SUAP dell'Unione Comuni Valdichiana Senese, n. 31 del 31 maggio 2017;

CHE la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale, rilasciato con Decreto dirigenziale del Settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche - Regione Toscana, n. 14418 del 6 ottobre 2017, per il processo di riabilitazione nella disciplina di medicina fisica e

		riabilitazione erogata nella struttura sanitaria ambulatoriale privata “UPCM Institute for
		Health” ubicata a Chianciano Terme in Viale Roma, n. 97/99;
		CHE la Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, citata nei richiami
		normativi, nel definire i tetti di massimi di spesa delle strutture private accreditate
		convenzionate operanti nel territorio regionale, ha tenuto conto dei volumi prestazionali ed
		economici inseriti nel flusso informativo SPA 2017 e che pertanto UPCM Institute for Health,
		avendo avviato le proprie attività a novembre 2018, non risulta inserita nell'elenco delle
		strutture private-accreditate convenzionabili;
		CHE l'Azienda, nonostante ciò, valuta necessario, in relazione al suo fabbisogno, avvalersi di
		UPCM Institute for Health per l'erogazione, in particolare, di prestazioni specialistiche
		ambulatoriali di riabilitazione cardiologica-oncologica, pur nell'invarianza di spesa rispetto il
		perimetro economico definito con Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220,
		per un importo complessivo pari a € 30.000 annui;
		CHE la Società si rende disponibile a garantire l'offerta della propria collaborazione, per la
		quantità e la qualità delle prestazioni inserite nel presente Accordo, afferenti al flusso
		informativo SPA (specialistica ambulatoriale);
		CHE il privato convenzionato è da ritenersi parte integrante dell'offerta complessiva
		regionale e come tale oggetto di politiche di programmazione sanitaria coerenti con quelle
		che regolano l'erogazione dei servizi nelle strutture pubbliche, a partire da un'analisi
		dell'offerta complessiva regionale in rapporto ai fabbisogni della popolazione residente, in
		conformità ai principi individuati dalla citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre
		2018, n. 1220 e dalla disciplina introdotta tramite il presente Accordo;
		TUTTO CIO' RICHIAMATO E PREMESSO TRA LE PARTI COME SOPRA
		COSTITUITE SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE
		Art. 1 – PREMESSE

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

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

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente Accordo, affida alla Società, nell'ambito del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo definito in attuazione della programmazione sanitaria regionale richiamata in premessa, come revisionata, l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di riabilitazione cardiologica-oncologica, in nome e per conto del Servizio Sanitario Razionale, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

2. Sono esclusi dal diritto alla fruizione delle prestazioni oggetto del presente contratto 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.

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: Chianciano Terme, Viale Roma n. 97/99.

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 in virtù del presente contratto, tra quelle previste dalla Deliberazione Giunta regionale del 4 agosto 2011, n.723, recante, "Approvazione dell'adeguamento del Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica strumentale e di laboratorio", sono esclusivamente quelle rientranti nelle branche specialistiche o attività o prestazioni che la Società può erogare in

rapporto con il Servizio Sanitario Regionale, ai sensi dell'accreditamento istituzionale di cui

dispone, e richieste dall'Azienda, ossia prestazioni specialistiche ambulatoriali di

riabilitazione cardio-oncologica, riconducibili alle attività di medicina fisica e riabilitazione.

2. Le prestazioni di riabilitazione oncologica ambulatoriale sono destinate alla presa in carico

di pazienti oncologici candidati a terapia con farmaci potenzialmente cardiotossici per i quali

si prospetta un percorso che riduca l'impatto negativo della malattia neoplastica e del

trattamento chemioterapico sulla performance cardiovascolare.

3. Il programma standard di riabilitazione oncologica è composto da n. 25 accessi/sessioni, di

cui il primo è destinato alla valutazione clinica iniziale del paziente. Tutto il pacchetto si

completa nell'arco temporale massimo di n. 8 settimane, prevedendo, per la riabilitazione

vera e propria, un numero di accessi settimanali pari a 3.

4. In particolare, il programma standard si compone delle seguenti attività:

- Valutazione clinica iniziale, destinata ad inquadrare lo stato funzionale del cuore del paziente ed il profilo di rischio, a personalizzare l'esercizio fisico, ad individuare il miglior percorso integrativo di gruppo. La valutazione clinica iniziale è comprensiva di n. 1 visita cardiologica e n. 1 elettrocardiogramma;

- Riabilitazione cardiologica-oncologica, costituita da n. 24 accessi/sessioni totali, comprende le seguenti attività: Attività fisica (n. 15 sessioni): prevede, secondo un programma personalizzato, una riabilitazione fisica con esecuzione di esercizi cardio (alla cyclette o al tapis roulant), con l'aggiunta di esercizi contro resistenza. Si prevedono gruppi non superiori a n. 4 pazienti per operatore, in modo da assicurare il migliore monitoraggio dell'attività fisica svolta. Nel corso delle sedute inoltre, il paziente è' istruito su come integrare a domicilio l'attività fisica necessaria; Nutrizione (n. 4 sessioni): prevede incontri di gruppo che, attraverso lezioni teorico-pratiche, consentono di apprendere i principi di una sana e corretta alimentazione, facendo riferimento alle

	Linee Guida del WCRF (World Cancer Research Fund) per la prevenzione oncologica;	
	Terapie Complementari (n. 4 sessioni): prevede incontri di gruppo volti al sostegno	
	emotivo della persona, funzionali a favorire un miglioramento del proprio benessere	
	psico-fisico. I pazienti possono scegliere tra varie discipline come Tai-chi, Qi-gong,	
	Musicoterapia, altre discipline sulla base della disponibilità e dell'appropriatezza.	
	Valutazione conclusiva e dimissione (n. 1 sessione) prevista al termine del percorso	
	riabilitativo, durante la quale l'équipe multidisciplinare effettua la valutazione conclusiva	
	per verificare i risultati raggiunti sotto il profilo clinico-funzionale e psico-sociale, per	
	consegnare materiale informativo riguardo al percorso fatto, per fornire al paziente	
	consigli per proseguire a casa.	
	5. Le parti prendono atto che ai fini della fatturazione e dell'alimentazione del flusso	
	informativo regionale SPA, le prestazioni incluse nel programma standard sono come di	
	seguito classificate:	
	- Visita cardiologica, cod. 89.7 - cod. catalogo 1089, n. 1 prestazione;	
	- Elettrocardiogramma, cod. 89.52 - cod. catalogo 1600, n. 1 prestazioni;	
	- Riabilitazione cardiologica - oncologica, cod. 93.36, cod. catalogo 1996, n. 24 sedute per	
	ogni singolo programma. Ciascuna seduta ha una durata di n. 1 ora.	
	6. La Società si impegna ad inserire nel programma standard un numero annuo massimo di	
	pazienti pari a 60, di cui, in via orientativa, 20 provenienti dalla U.O.C. Oncologia Medica di	
	Campostaggia (Zone-Distretto Alta Val d'Elsa), 20 provenienti dalla U.O.C. Oncologia	
	Medica di Nottola (Zona-Distretto Val di Chiana Senese-AmiataVald'Orcia) e 20	
	provenienti dalle corrispondenti strutture della Azienda Ospedaliera Universitaria Senese	
	(Zona-Distretto Senese). L'articolazione tra le varie zone-distretto programmata può essere	
	compensata in corso d'anno a seconda del fabbisogno di volta in volta rilevato, fermo	
	restando il numero complessivo individuato.	

ed ecodoppler.

7. Con riferimento a tale tipologia di prestazioni, l'Erogatore si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto del tetto economico indicato al successivo art. 5, dichiarando che, per capacità produttiva, è in grado di garantire il soddisfacimento del fabbisogno richiesto dall'Azienda.

8. L'Azienda elabora la programmazione dell'attività annualmente e si impegna a formalizzarla all'Erogatore entro il mese di dicembre di ciascun anno di durata del contratto per l'anno successivo.

9. 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.

10. 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.

11. L'Erogatore è vincolato al rispetto delle determinazioni emanate a livello nazionale e regionale in ordine all'appropriatezza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Art. 5 – TETTI ECONOMICI

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale entro un volume di attività corrispondente al tetto unico ed omnicomprensivo annuo, nei limiti della Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, pari a € 30.000,00, 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. L'Erogatore garantisce, nell'arco dell'intero anno solare, l'omogenea distribuzione in ragione mensile delle prestazioni concordate nell'ambito dei tetti economici massimi.

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

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

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

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

6. La Società si impegna 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. 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. I riferimenti tariffari per le prestazioni oggetto del presente contratto sono contenuti nella citata Deliberazione Giunta regionale del 4 agosto 2011, n.723. In relazione alla Riabilitazione cardiologica-oncologica, cod. 93.36, la tariffa applicata è pari a € 20,00 a seduta, come previsto dalla normativa regionale, per n. 24 sessioni previste dal programma standard.

2. Le tariffe per vista cardiologica, cod. 89.7, ed elettrocardiogramma, cod. 89.52, sono abbattute rispetto a quanto previsto dalla normativa regionale, applicando un importo “a pacchetto” per singolo paziente, pari a € 20,00. La tariffa complessiva per il programma standard è pertanto pari a € 500,00, comprensivo di n. 1 vista cardiologica, n. 1 elettrocardiogramma, n. 24 sedute di riabilitazione cardiologica-oncologica.

3. Qualora l'utente non completi il programmastandard, la tariffa è ridotta in modo proporzionale al numero di sedute di riabilitazione cardiologica non effettuate. Il programma non è imputabile all'Azienda, qualora siano stati eseguiti solamente gli accertamenti preventivi (n. 1 vista cardiologica e n. 1 elettrocardiogramma), senza avviare il programma di riabilitazione.

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

5. 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 (ticket e quota ricetta), 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, fatti salvi eventuali regime	
	di esenzione.	
	6. Alle prestazioni inerenti il presente contratto 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 modificazioni,	
	ivi inclusi i casi di esenzione, di cui si indicano i casi principali:	
	- Cod. E01 Soggetti minori di 6 anni e maggiori di 65 appartenenti a nucleo familiare con	
	reddito complessivo riferito all'anno precedente di € 36.151,98;	
	- Cod 048 Esenti per patologie croniche ed invalidanti:	
	Art. 7 – MODALITA' DI ACCESSO	
	1. L'accesso alle prestazioni oggetto del presente atto è consentito a pazienti che presentano	
	la diagnosi prevista al precedente Art. 4, residenti nell'ambito territoriale dell'Area Vasta Sud	
	Est e inviati dalle UU.OO.CC. di Oncologia Medica di Campostaggia, Nottola, Amiata	
	Senese dell'Azienda Usl Toscana Sud Est e dalle corrispondenti strutture organizzative	
	dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese. La prescrizione è formulata dal Medico	
	Oncologo che ha in cura il paziente e che opera presso i reparti ospedalieri indicati, su ricetta	
	dematerializzata (DM 2011) o ricetta rossa-elettronica (DM 2008).	
	2. Tenuto conto che possono essere prescritte un numero massimo di n. 8 prestazioni della	
	stessa branca specialistica per ogni singola ricetta, il Medico oncologo predispone la seguente	
	documentazione:	
	- 1 ricetta visita cardiologica + elettrocardiogramma, per valutazione clinica;	
	- 1 ricetta con 8 prestazioni di riabilitazione cardiologica - oncologica - cod. 93.36;	
	- 1 ricetta con 8 prestazioni di riabilitazione cardiologica - oncologica - cod. 93.36;	
	- 1 ricetta con 8 prestazioni di riabilitazione cardiologica - oncologica - cod. 93.36.	

3. La Società, accertato che il paziente inviato è residente nell'ambito territoriale dell'Azienda, predispone la presa in carico, assicurando l'attuazione del programma standard entro n. 8 settimane dall'avvio.

4. Al termine del ciclo riabilitativo, il medico della Società rilascia apposito attestato con valutazione dello stato clinico-funzionale, dove sono riportati gli esiti del percorso. I pazienti sono re-indirizzati alle U.O.C. Oncologia medica inviante, per il follow up.

5. Nella fase attuale, l'offerta di prestazioni di cui al presente Accordo non è inserita nella procedura informatica di prenotazione denominata CUP 2.0. Le Parti si impegnano, pertanto, ad inserire tutta l'offerta di prestazioni all'interno della procedura di prenotazione aziendale, secondo il programma definito dall'Azienda.

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

7. La prenotazione delle prestazioni di cui al presente Accordo, una volta inserita la relativa offerta nel sistema di prenotazione aziendale, avverrà tramite i punti di prenotazione previsti a livello aziendale (Cup fisici, Cup telefonico, Farmacie), gestiti dal CUP 2.0 di Siena. L'Erogatore non costituirà 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 sarà collegata da punto di vista informatico.

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

9. La Società costituisce Sportello di Riscossione della quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, se dovuta, in nome e per conto dell'Azienda. La riscossione attualmente è disposta su gestionale della Società, con emissione della ricevuta in favore dell'utente, in nome e per conto proprio e successivo riversamento mensile degli importi ticket incassati a favore dell'Azienda. Con il collegamento informatico dell'Erogatore alla procedura informatizzata aziendale CUP 2.0 MODULO LIGHT, la cui realizzazione è prevista con oneri a carico dell'Azienda, la riscossione potrà avvenire presso la sede della Società, con emissione della ricevuta in favore dell'utente, in nome e per conto dell'Azienda. 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. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

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

2. Con l'inserimento dell'offerta ambulatoriale di prestazioni di cui al presente Accordo nel sistema CUP 2.0, e la conseguente registrazione amministrativa delle prestazioni erogate tramite il gestionale aziendale locale GST (collegato a CUP 2.0), la generazione del flusso informativo regionale SPA sarà assicurata dall'Azienda, per conto della Società secondo il tracciato e le specifiche previste dalla Regione Toscana, consultabili presso il sito: <https://www.regione.toscana.it/flussi-informativi>, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171.

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

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

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

Art. 9 – FATTURAZIONE

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

2. La fattura elettronica mensile è emessa a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell'utente, tenuto conto che il tetto di spesa è definito a lordo. 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.

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

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

5. L'Erogatore è tenuto ad emettere fattura elettronica contenente il numero apposto sull'ordine di fornitura elettronico. Il numero d'ordine ha di norma durata annuale, fatti salvi eventuali periodi ridotti o eventuali revoche dell'ordine elettronico iniziale. A decorrere dalla mensilità di gennaio 2022, l'Azienda non può provvedere alla liquidazione delle fatture non corredate dal numero dell'ordine. Per quanto riguarda le eventuali note di credito, esse devono riportare lo stesso numero di ordine delle fatture a cui si riferiscono.

6. L'Erogatore può inviare eventuali fatture integrative solo previa comunicazione, per permettere all'Azienda l'aggiornamento dell'ordine elettronico mediante inserimento di un'ulteriore rata.

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

8. Le fatture mensili emesse dalla Società per prestazioni erogate in favore di residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda sono articolate e redatte nel rispetto del seguente ordine, precisando che nel corpo della fattura è indicata la tipologia di utenti alla quale si riferiscono:

	- residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, suddivisi per zone-distretto di provenienza,	
	secondo i seguenti codici alfabetici: Zona Amiata Grossetana, Colline Metallifere,	
	Grossetana: R; Zona Amiata senese e Val d'Orcia, Valdichiana senese: P; Zona Aretina,	
	Casentino, Valtiberina: Q; Zona dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana	
	Aretina: G; Zona delle Colline dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona Senese: D;	
	9. La Società si impegna ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica il Tabulato	
	riepilogativo delle prestazioni erogate a cui il documento contabile si riferisce, con	
	l'indicazione dei seguenti elementi: mese di competenza; cognome, nome ed indirizzo	
	dell'utente; data di nascita; codice fiscale; azienda sanitaria di appartenenza (cod. 203);	
	regione di appartenenza; numero ricetta; data di esecuzione della prestazione; codice,	
	descrizione, tariffa e numero delle prestazioni/sessioni effettuate; importo lordo fatturato;	
	importo ticket corrisposto dall'utente o eventuale esenzione e relativo codice.	
	10. La Società si impegna altresì ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica copia	
	della Documentazione sanitaria per gli approfondimenti dei controlli amministrativi,	
	consistente nella copia delle prescrizioni del medico specialista redatte su ricetta rossa o	
	dematerializzata e della diaria del programma standard realizzato, firmata dall'utente per ogni	
	accesso/sessione effettuata, incluse le attività di valutazione iniziale e finale.	
	11. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria sono trasmessi con cadenza	
	mensile, in coincidenza con l'emissione della relativa fattura elettronica, tramite posta	
	elettronica certificata, al seguente indirizzo ausltoscanasudest@postacert.toscana.it .	
	Nell'oggetto è inserita la dicitura: "Prestazioni accreditate: documentazione a corredo	
	fattura elettronica del mese di, anno" I file sono protetti con	
	modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse. A	
	tal fine il file sono zippati e dotati di password per l'apertura (minimo 8 caratteri con: almeno	
	1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale). La password è resa nota	

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

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

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

Art. 10 – PAGAMENTI

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

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

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

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

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

4. L'Erogatore provvede a riversare all'Azienda gli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda, con IBAN IT42C0103014217000000622569. Per ciascun riversamento è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni erogate. Per riversare correttamente gli importi in argomento, l'Erogatore si uniforma alle procedure aziendali vigenti, a tal fine rese note dagli Uffici competenti. L'Azienda provvede ad effettuare, in via ordinaria, periodici controlli sui valori riversati. Qualora siano rilevate anomalie, l'Erogatore è tenuto a regolarizzare la propria posizione.

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

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

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

ART 11 – CONTROLLI AMMINISTRATIVI

1. L'Azienda provvede al controllo amministrativo di I livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001 delle prestazioni specialistiche di diagnostica ambulatoriale erogate, utilizzando il Tabulato riepilogativo trasmesso dall'Erogatore contestualmente all'invio della fattura.

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

3. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione all'Erogatore. La Società provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come sanabili entro il mese successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo alle anomalie non sanate verrà decurtato dalla liquidazione spettante alla Società. L'Erogatore è tenuto ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili.

4. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto dei tetti economici massimi previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

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

6. L'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti dai flussi informativi regionali per le prestazioni erogate dalla Società in virtù del presente contratto, in attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, confrontando i dati contenuti nella fattura periodica e le prestazioni risultanti dal Flusso informativo regionale SPA.

Art. 12 – CONTROLLI SANITARI

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

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

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

4. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari redige un verbale di verifica in base al quale l'Erogatore è tenuto ad emettere nota di credito per gli importi relativi alle prestazioni

ritenute non appropriate che abbiano comportato eccesso di fatturazione e adeguare, di conseguenza, il flusso informativo regionale SPA. L'Erogatore emette nota di credito entro dieci giorni dalla richiesta, trascorsi inutilmente i quali l'Azienda è autorizzata a trattenere gli importi dovuti sulle liquidazioni in giacenza.

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

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

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

Art. 13 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE

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. Dell'esistenza di detta Carta è data adeguata pubblicità agli utenti ed inviata copia all'Azienda.

Art. 16 – INFORMATIVA AGLI UTENTI

1. L'Erogatore è tenuto ad informare l'utente in modo corretto sulle prestazioni fruibili presso il medesimo. In particolare la Società garantisce la corretta informazione sulle procedure di accesso, sulle prestazioni erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, sulle prestazioni erogabili con oneri a carico dell'utente per la presenza dell'anestesia durante l'effettuazione della prestazione di endoscopia, sui servizi offerti in regime totalmente 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 dalla Giunta regionale.
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. La Società collabora altresì con la Commissione Mista Conciliativa nominata dal Direttore Generale dell'Azienda.

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 già ricoverati o inseriti in liste di attesa per ricovero o 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 e accreditamento istituzionale in corso di rapporto contrattuale;
- la reiterata inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni, ivi compresi i livelli qualitativi e quantitativi del servizio;
- la reiterata inosservanza da parte dell'Erogatore dell'obbligo di programmare l'attività in modo da consentirne l'omogenea erogazione in dodicesimi durante l'arco dell'intero anno, fatti salvi i periodi di chiusura ordinaria e straordinaria, nel rispetto della programmazione annuale e dei complessivi tetti di spesa stabiliti;
- la reiterata e accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale, di protezione infortunistica e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.lgs. n.81/2008 e ss.mm.ii.;
- l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione ed erogazione delle attività convenzionate, in violazione della legislazione;
- la violazione dell'obbligo di dotarsi e di utilizzare idonei locali, procedure di erogazione delle prestazioni, macchinari, strumentazioni, materiali di consumo, farmaci, oggetti e apparecchiature, in conformità alle specifiche normative di settore, nonché alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale;

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

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

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

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

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

il pagamento delle fatture giacenti.

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 contestazione 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.

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 fino al 31 dicembre 2023 ed è rinnovabile per un anno, 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 con 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 dell'Azienda USL Toscana Sud Est del 16 febbraio 2016, n. 5062. Le spese, che ammontano ad € 176,00, sono poste a carico dell'Erogatore, il quale provvede al conferimento del rimborso tramite apposito bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 00000062238, 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 atto consta di n. 27 articoli, n. 35 pagine e n. 1 allegato, ed è conservato agli atti

della U.O.C. Affari Generali dell'Azienda, 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.

Letto, firmato e sottoscritto.

L'AMMINISTRATORE DELEGATO

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

UPMC Italy Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

a)

(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

Le parti accettano tutte le clausole sopra riportate, nessuna esclusa. In particolare, la Società

dichiara di aver considerato con particolare attenzione e accetta tutte le clausole essenziali ai

fini dell'applicazione del presente contratto, che devono pertanto intendersi efficaci ai sensi

dell'art. 1341 c.c.

L'AMMINISTRATORE DELEGATO

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

UPMC Italy Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

a)

(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

Accordo Data Protection fra Titolari Autonomi

TRA

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

E

La Società UPMC Italy Srl, con sede legale in Palermo, Via Discesa dei Giudici n. 4, (P.I. n. 04532690825), di seguito denominata "Società", [REDACTED]
[REDACTED] are della
[REDACTED] niciano
[REDACTED] 9, domiciliato per la carica presso la suddetta Società;

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

ART. 1 (Autonoma titolarità del trattamento)

1. Le Parti tratteranno in via autonoma i dati personali oggetto dello scambio per trasmissione o condivisione per le finalità connesse all'esecuzione dell' "ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST EUPMC ITALY SRL - Acquisto prestazioni specialistiche ambulatoriali di Procreazione Medicalmente Assistita".

2. Le Parti, in relazione agli impieghi dei predetti dati nell'ambito della propria organizzazione, assumeranno, pertanto, la qualifica di Titolare autonomo del trattamento ai

	sensi dell'art. 4, par. 7 del GDPR, sia fra di loro che nei confronti dei soggetti cui i dati	
	personali trattati sono riferiti.	
	3. I dati personali oggetto di scambio e condivisione tra le Parti sono relativi al processo di	
	erogazione e registrazione delle prestazioni erogate in favore degli utenti presi in carico.	
	ART. 2 (Scambio di dati: finalità e base giuridica)	
	1. Le Parti si danno reciprocamente atto che lo scambio di dati oggetto del presente DPA	
	risponde ai principi di liceità determinati da specifiche norme ed è conforme alle disposizioni.	
	2. Le Parti si danno reciprocamente atto che lo scambio di dati oggetto del presente DPA è	
	conforme alle disposizioni, alle linee guida e alle regole tecniche previste per l'accesso, la	
	gestione e la sicurezza dei dati dalla normativa in materia di amministrazione digitale (D.	
	Lgs.vo 82/2005 e relative linee guida e regole tecniche) e dalle altre norme di riferimento.	
	ART. 3 (Scambio di dati: ruoli, ambito e modalità)	
	1. I contraenti in relazione allo scambio di informazioni, inteso sia come trasmissione di dati	
	sia di condivisione di archivi e al loro ruolo di esseresorgente o destinatario delle	
	informazioni scambiate si qualificano nel seguito come:	
	- Ausl Toscana Sud Est quale soggetto Utilizzatore;	
	- Società UPMC Italy 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)

UPMC ITALY SRL

L'Amministratore Delegato

()