



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 351 DEL 07/03/2019

Il Direttore Generale, Dott. Enrico Desideri
su proposta della struttura aziendale
U.O.C Privato Accreditato e Trasporti Sanitari

adotta la seguente deliberazione:

OGGETTO: Rapporti contrattuali con le Strutture accreditate-convenzionate per le attività di medicina fisica e riabilitazione - Adozione schema di Accordo contrattuale integrativo in applicazione della Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220

Responsabile della struttura proponente: Lucaroni Elisabetta

Responsabile del procedimento: Lucaroni Elisabetta

Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento sottoscrive la proposta di delibera di pari oggetto con num. Provv. 1084

Hash .pdf (SHA256):

34e260b4aa00ab5337397e01eacda0dd0264512a34bdf2dac7e2793fff7053a3

Hash .p7m (SHA256):

265c2c4c8e65399805862ab99dcb63344c50db61492f1c00eb34df86ec4bf8db



IL DIRETTORE U.O.C. PRIVATO ACCREDITATO E TRASPORTI SANITARI

RICHIAMATO il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i.;

RICHIAMATA la Legge Regionale 24 Febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" e s.m.i.;

RICHIAMATA la Deliberazione del Direttore Generale del 4 Gennaio 2016, n. 2, recante "Disposizioni iniziali del Direttore e conferma di attribuzione deleghe" con la quale sono stati confermati tutti gli incarichi in essere nelle tre Aziende Sanitarie soppresse dal 31 dicembre 2015 ed il relativo sistema di deleghe;

RICHIAMATA la Deliberazione del Direttore Generale del 22 Luglio 2016, n. 872, recante "Approvazione schema dello Statuto dell'Azienda USL Toscana Sud Est";

RICHIAMATA la Deliberazione del Direttore Generale del 22 Luglio 2016, n. 873, recante "Approvazione schema di Organizzazione dell'Azienda USL Toscana Sud Est";

RICHIAMATA la Deliberazione del Direttore Generale del 22 luglio 2016, n. 876, recante "Seconda applicazione Regolamento Aziendale di Organizzazione: nomina incarichi di Staff, amministrativi e tecnici", con la quale sono stati conferiti gli incarichi dirigenziali di macrostruttura e di struttura complessa, tra i quali figura anche l'attribuzione alla Dr.ssa Elisabetta Lucaroni dell'incarico di direzione della U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari;

RICHIAMATA la Deliberazione del Direttore Generale del 29 settembre 2016, n. 1102, recante "Approvazione del documento denominato "Funzioni operative delle Strutture di Staff, dei Dipartimenti Amministrativi e Tecnici", con la quale è stato definito il funzionigramma delle strutture organizzative amministrative, tecniche e di supporto direzionale ivi indicate, tra le quali figura la U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari;

RICHIAMATA la Legge 7 agosto 1990, n. 241, recante "Nuove norme sul procedimento amministrativo", ed in particolare l'art. 11, comma 4-bis, in virtù del quale a garanzia dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa, in tutti i casi in cui una pubblica amministrazione conclude accordi, la stipulazione dell'accordo è preceduta da una determinazione dell'organo competente per l'adozione del provvedimento;



RICHIAMATO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria” e s.m.i., ed in particolare:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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;

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

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

- art. 76 “Erogazione delle prestazioni da parte di strutture private”, comma 2, il quale prevede che l'Azienda unità sanitaria locale, tenuto conto dei criteri di cui al comma 1, procede alla definizione degli appositi rapporti di cui all'articolo 8 del decreto delegato; la Giunta regionale determina tariffe massime per ogni prestazione; al perfezionamento del rapporto si provvede a seguito di negoziazione effettuata, sulla base di volumi prefissati di prestazioni, in riferimento alle tariffe determinate dalla Giunta regionale e tenuto conto della complessità organizzativa della struttura in relazione ai criteri di cui al comma 1, lettera b) inerenti gli esiti delle procedure di accreditamento e delle verifiche della qualità delle prestazioni;

RICHIAMATA 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;

RICHIAMATO il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016, n. 79/R “Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie;

RICHIAMATA la Deliberazione Giunta regionale 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, con la quale è stato riorganizzato il percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2) ed il percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (percorso 3);

RICHIAMATA la Deliberazione del Direttore Generale del 18 gennaio 2017, n. 35, recante “Contratti tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione per il periodo 2017/2019 - Adozione schemi di contratto”, a seguito della quale, gli schemi di contratto adottati sono stati sottoscritti e regolarmente iscritti a Repertorio Aziendale;

RICHIAMATA 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”, 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;

RICHIAMATA 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;

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

RICHIAMATA 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, in attuazione della sopra richiamata normativa nazionale, si definisce un nuovo Modello di gestione dei rapporti con il privato accreditato, convenzionato per le attività ricomprese nei flussi informativi regionali SDO, SPA e PASS, basato, tra l’altro, sui seguenti cardini organizzativi:

1. individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figurano anche le seguenti strutture private accreditate per l’erogazione di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2), ubicate nel territorio della Ausl Toscana Sud Est e con essa, da tempo, convenzionate:

Istituto Fisioterapico Aretino Snc

Istituto Fisioterapico Margaritone Srl

Istituto Poliambulatorio Cesalpino Srl

Istituto Palestra Medico Terapica di Cassinelli Alessandra & C. - Sas

Istituto Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche Snc

Istituto Centro di Kinesiterapia di Bondoni Marcella & C. Snc

Istituto Fisioterapia Grossetana Sas

Istituto Studio Maremmano Orion Srl

Società Terme di Chianciano Spa

Fondazione Don Carlo Gnocchi - Onlus

2. definizione di tetti unici ed omnicomprensivi per soggetto erogatore privato, senza distinzione di tipologia di prestazione, casistica, complessità e provenienza paziente, che consentono il rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa vigente, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, prevedendo i seguenti importi per le strutture private accreditate in argomento, definiti al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, posti a confronto con i tetti di spesa desunti dai rapporti contrattuali vigenti:

Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220 - Richiesta revisione n. 1				
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (PERCORSO 2)				
PARTITA IVA	Struttura privata accreditata	TETTO AZIENDALE 2017/2019	TETTO UNICO REGIONALE	DELTA
00343000519	Istituto Fisioterapico Aretino Snc	57.454,11	53.416,00	4.038,11
00169290517	Istituto Fisioterapico Margaritone Srl	120.726,01	113.534,00	7.192,01
00324160472	Istituto Poliambulatorio Cesalpino Srl	158.219,16	149.965,00	8.254,16
01046270516	Istituto Palestra Medico Terapica di Cassinelli Alessandra & C. - Sas	117.022,60	107.891,00	9.131,60
01004700512	Istituto Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche Snc	101.621,04	44.736,00	56.885,04
00836020537	Istituto Centro di Kinesiterapia di Bondoni Marcella & C. Snc	40.000,00	37.300,00	2.700,00
00837830538	Istituto Fisioterapia Grossetana Sas	28.000,00	21.112,00	6.888,00
		623.042,92	527.954,00	95.088,92
01152750525	Terme di Chianciano Spa	50.000,00	83.404,00	33.404,00
12520870150	Fondazione Don Carlo Gnocchi	80.392,23	92.101,00	11.708,77
00820230530	Studio Maremmano Orion	120.000,00	123.390,00	3.390,00

3. rinvio, ai fini della sottoscrizione degli accordi con il privato e della definizione dell'ambito specifico di erogazione, alle aziende sanitarie territorialmente competenti che, con apposito accordo contrattuale annuale dovranno orientare le attività degli erogatori privati convenzionati, tenendo in considerazione l'offerta pubblica già presente nel territorio, le liste di attesa ed i livelli di fuga interregionali;
4. centralizzazione a livello regionale, e non più di singola azienda sanitaria, della valutazione del rispetto dei vincoli previsti dalla normativa, e quindi anche della strutture sopra indicate, tramite i flussi informativi specifici relativi all'assistenza specialistica di medicina fisica e riabilitazione (Flusso PASS confluito nel flusso SPA dal 1 gennaio 2019);



5. l'impostazione di un sistema di controllo in grado di garantire la coerenza fra quanto indicato nei flussi e gli importi rappresentati nelle voci CE relative all'assistenza specialistica di medicina fisica e riabilitazione da privato;

DATO ATTO, pertanto, della necessità di adottare un Accordo contrattuale integrativo per ciascuno dei contratti vigenti con le Strutture private accreditate-convenzionate per il percorso di medicina fisica e riabilitazione, introducendo le novità desunte dalla citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, tenuto conto delle particolarità descritte nei successivi paragrafi, evidenziate nel corso della fase di negoziazione;

RICHIAMATA la nota del Direttore Generale della Ausl Toscana Sud Est, prot. n. 35041 del 19 febbraio 2019, allegata al presente atto a costituirne parte integrante e sostanziale, 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, per un importo complessivo pari a € 95.088,92, 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 la richiesta di revisione in argomento, finalizzata a riportare le Strutture interessate allo stesso livello di spesa previsto dai contratti con esse vigenti, è attuata nel rispetto della sommatoria complessiva definita dalla programmazione regionale per l'acquisto di prestazioni dal settore privato accreditato, considerato che il relativo finanziamento, pari a € 95.088,92 è stato desunto dal tetto di spesa previsto dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220 in favore di Alliance Medical Diagnostic (P. Iva 02846000616), il quale ammonta a € 7.614.359 e che risulta ridotto a € 7.519.270, come comunicato alla medesima struttura in occasione dell'incontro avvenuto in data 18 febbraio 2019 presso la sede operativa di Siena;

DATO ATTO, in particolare, che per l'Istituto Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche Snc, l'importo di spesa previsto sarà utilizzato per l'erogazione di prestazioni di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2), in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale della Ausl Toscana Sud Est, in base a quanto previsto dagli indirizzi di programmazione della Zona-Distretto per l'area Valtiberina, attualmente in fase di elaborazione, precisando che l'integrazione contrattuale in oggetto comprende e riassorbe l'attività erogata a decorrere dal 1 gennaio 2019, nella more della definizione del presente atto;



DATO ATTO che, al contrario, per alcune Strutture accreditate-convenzionate per il percorso di medicina fisica e riabilitazione riportate in elenco, il tetto di spesa previsto dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220 è risultato apparentemente sovra dimensionato rispetto a quanto stabilito dai contratti vigenti, per le seguenti motivazioni:

- Fondazione Don Carlo Gnocchi e Studio Maremmano Orion: il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo regionale è comprensivo della compartecipazione alla spesa posta a carico dell'assistito mentre il tetto di spesa desunto dal contratto aziendale vigente era stato negoziato al netto del ticket;
- Terme di Chianciano Spa: il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo regionale è comprensivo della compartecipazione alla spesa posta a carico dell'assistito mentre il tetto di spesa desunto dal contratto aziendale vigente era stato negoziato al netto del ticket ed è altresì comprensivo delle attività di diagnostica strumentale, valutate anch'esse al lordo del ticket, erogate dalla Struttura in virtù del contratto di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 58 del 25 gennaio 2019, Repertorio aziendale 24 febbraio 2017, n. 383, e che pertanto, in una ripartizione proporzionale tra le due attività convenzionate, i relativi tetti di spesa divengono i seguenti, nel rispetto del tetto unico ed omnicomprensivo stabilito dalla programmazione regionale:
 - Medicina fisica e riabilitazione: € 59.916,67;
 - Cardiologia e Diagnostica strumentale: 23.487,33;

DATO ATTO pertanto, che a seguito della fase istruttoria e di negoziazione svoltasi in conformità all'art. 76 della Legge Regione Toscana 24 febbraio 2005, n. 40, il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo per le Strutture private accreditate in argomento, convenzionate per il percorso di medicina fisica e riabilitazione, risulta articolato come di seguito indicato, per un importo complessivo pari a € 898.450,59:



PARTITA IVA	Struttura privata accreditata	TETTO AZIENDALE 2019
00343000519	Istituto Fisioterapico Aretino Snc	57.454,11
00169290517	Istituto Fisioterapico Margaritone Srl	120.726,01
00324160472	Istituto Poliambulatorio Cesalpino Srl	158.219,16
01046270516	Istituto Palestra Medico Terapica di Cassinelli Alessandra & C. - Sas	117.022,60
01004700512	Istituto Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche Snc	101.621,04
00836020537	Istituto Centro di Kinesiterapia di Bondoni Marcella & C. Snc	40.000,00
00837830538	Istituto Fisioterapia Grossetana Sas	28.000,00
01152750525	Terme di Chianciano Spa	59.916,67
12520870150	Fondazione Don Carlo Gnocchi	92.101,00
00820230530	Studio Maremmano Orion	123.390,00
		898.450,59

VISTI gli schemi di Accordo contrattuale integrativo, allegati al presente atto a costituirne parte integrante e sostanziale, con i quali si ridefiniscono i rapporti con le strutture private accreditate in argomento, definendo per ciascuna di esse, le prestazioni da erogare in favore di cittadini residenti in ambito aziendale, e in piccola quota per residenti in altre Aziende Toscane, le tariffe regionali da applicare, ed i tetti economici massimi di attività per l'anno 2019, considerati a lordo della compartecipazione alla spesa posta a carico dell'utente, in attuazione della citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, come revisionata in fase di negoziazione;

DATO ATTO che le Strutture interessate hanno espresso il loro parere preventivo in merito agli schemi di Accordo contrattuale integrativo oggetto del presente atto, come risulta da apposita documentazione disponibile in atti;

VERIFICATO che le Strutture sopra individuate risultano in possesso del certificato di accreditamento istituzionale in corso di validità, rilasciato con apposito decreto della Regione;

RITENUTO pertanto di procedere all'adozione degli schemi di Accordo contrattuale integrativo in argomento e alla loro relativa sottoscrizione con le strutture private accreditate interessate, in modo tale da consentire la regolare prosecuzione delle attività sanitarie *ivi* contemplate e la loro conseguente



remunerazione, dando atto che i tetti di spesa annuale previsti dai contratti comprendono e riassorbono quelli determinati a decorrere dal 1 gennaio 2019, nella more della definizione del presente atto;

ATTESTATA la legittimità e la regolarità formale e sostanziale della presente proposta

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE F.F.

1. di adottare, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, gli schemi di Accordo contrattuale integrativo dei Contratti di cui Deliberazione del Direttore Generale del 18 gennaio 2017, n. 35, da sottoscrivere con le Strutture private accreditate-convenzionate per la medicina fisica e riabilitazione (percorso 2), allegati al presente atto a costituirne parte integrante e sostanziale, validi per l'anno 2019, dando atto che i tetti di spesa annuali previsti comprendono e riassorbono quelli determinati a decorrere dal 1 gennaio 2019, nella more della definizione del presente atto, per un importo complessivo pari a € 898.450,59;
2. di dare atto che gli schemi contrattuali in argomento sono stati condivisi con le Strutture private convenzionate, in sede di negoziazione, svoltesi ai sensi dell'art. 76 della Legge Regione Toscana 24 febbraio 2005, n. 40, e che le stesse hanno espresso parere positivo, rendendosi disponibili a garantire l'offerta della propria collaborazione, per la quantità e qualità delle prestazioni richieste dall'Azienda in favore di residenti in ambito aziendale entro i tetti di spesa previsti dalla programmazione regionale, come revisionati in fase di negoziazione;
3. di dare atto, in particolare, che per l'Istituto Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche Snc, l'importo di spesa previsto sarà utilizzato per l'erogazione di prestazioni di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2), in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale della Ausl Toscana Sud Est, in base a quanto previsto dagli indirizzi di programmazione della Zona-Distretto per l'area Valtiberina, attualmente in fase di elaborazione, precisando che l'integrazione contrattuale in oggetto comprende e riassorbe l'attività erogata a decorrere dal 1 gennaio 2019, nella more della definizione del presente atto;
4. di prevedere che i costi annui relativi all'erogazione di prestazioni di medicina fisica e riabilitazione per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda UsI Toscana Sud Est derivanti dalla sottoscrizione dei presenti contratti, pari a complessivi € 883.255,09, annui, a lordo della compartecipazione alla spesa posta a carico dell'utente, saranno registrati al conto n. 80200280 - Convenzioni con Privato Accreditato per attività di specialistica e diagnostica residenti Azienda Sanitaria Toscana Sud Est, riconducibile all'aggregato B.2.A.3) - Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale, del bilancio di previsione 2019;



5. di prevedere che i costi annui relativi all'erogazione di prestazioni di medicina fisica e riabilitazione per cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie toscane, derivanti dalla sottoscrizione del contratto con la Fondazione Don Carlo Gnocchi, pari a complessivi € 15.195,50, saranno registrati al conto n. 80200281 - Convenzioni con Privato Accreditato per attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica per utenti toscani, riconducibile al medesimo aggregato, del bilancio di previsione relativo agli anni 2017/2019;
6. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, ai sensi dell'art. 42 comma 4, della Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i, al fine di consentire la regolare prosecuzione delle attività di medicina fisica e riabilitazione e la loro conseguente remunerazione, senza soluzione di continuità;
7. di dare atto che, ai sensi dell'art. 6 della Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i., il responsabile del procedimento è la Dr.ssa Elisabetta Lucaroni, Direttore della U.O.C. Privato accreditato e trasporti sanitari;

Il Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari
(Dr.ssa Elisabetta Lucaroni)

IL DIRETTORE GENERALE F.F.

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 febbraio 1982 n. 421" ed in particolare gli articoli 3 e 3-bis che disciplinano la nomina dei Direttori Generali delle Aziende USL, delle Aziende ospedaliere e degli Enti del SSR;

VISTA la Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" ed in particolare l'articolo 37 che disciplina la nomina ed il rapporto di lavoro del Direttore Generale delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliero-universitarie;

VISTA la Legge Regionale Toscana 28 dicembre 2015, n. 84 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005", che introduce modifiche ed integrazioni alla Legge Regionale Toscana n. 40/2005, ed in particolare: l'art. 83, comma 2 e 3, secondo cui "Le aziende USL 1 di Massa e Carrara, USL 2 di Lucca, USL 3 di Pistoia, USL 4 di Prato, USL 5 di Pisa, USL 6 di Livorno, USL 7 di Siena, USL 8 di Arezzo, USL 9 di Grosseto, USL 10 di Firenze, USL 11 di Empoli, USL 12 di Viareggio sono soppresse alla data del 31 dicembre 2015. Le aziende unità sanitarie locali di nuova istituzione, tra cui l'Azienda USL Toscana Sud Est, a decorrere dal 1 gennaio 2016,



subentrano con successione a titolo universale in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi delle aziende unità sanitarie locali sopprese, comprese nell'ambito territoriale di competenza”;

DATO ATTO che, ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n° 502, art. 3 comma 6, in caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del Direttore Generale, le relative funzioni devono essere svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale o, in mancanza di delega, dal Direttore più anziano per età;

PRESO ATTO della nota della Regione Toscana AOOGRT prot. n° 0095198 del 27 Febbraio 2019 con cui il Presidente della Giunta Regionale comunica alla Dr.ssa Simona Dei il subentro nelle funzioni di Direttore Generale a decorrere dal 1 Marzo 2019 fino alla nomina del nuovo Direttore Generale e, comunque, non oltre la data del 30 Aprile 2019, in ottemperanza a quanto previsto dal citato Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n° 502, art. 3 comma 6;

RICHIAMATA la deliberazione n° 293 del 28 Febbraio 2019 con cui si dispone il del Direttore Sanitario, Dr.ssa Simona Dei al Direttore Generale, a decorrere dal 1 Marzo 2019, ai sensi del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n° 502, art. 3, comma 6”

LETTA E VALUTATA la sopra esposta proposta di deliberazione presentata dal Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari, avente ad oggetto “*Rapporti contrattuali con le Strutture accreditate-convenzionate per la medicina fisica e riabilitazione - Adozione schema di Accordo contrattuale integrativo in applicazione della Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220*”;

PRESO ATTO dell’attestazione della legittimità, nonché della regolarità formale e sostanziale, espressa dal Dirigente che propone il presente atto;

VISTO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

per quanto sopra premesso, da intendersi qui integralmente trascritto e riportato:

- di adottare, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, gli schemi di Accordo contrattuale integrativo dei Contratti di cui Deliberazione del Direttore Generale del 18 gennaio 2017, n. 35, da sottoscrivere con le Strutture private accreditate-convenzionate per la medicina fisica e



riabilitazione (percorso 2), allegati al presente atto a costituirne parte integrante e sostanziale, validi per l'anno 2019, dando atto che i tetti di spesa annuali previsti comprendono e riassorbono quelli determinati a decorrere dal 1 gennaio 2019, nella more della definizione del presente atto, per un importo complessivo pari a € 898.450,59;

- di dare atto che gli schemi contrattuali in argomento sono stati condivisi con le Strutture private convenzionate, in sede di negoziazione, svoltesi ai sensi dell'art. 76 della Legge Regione Toscana 24 febbraio 2005, n. 40, e che le stesse hanno espresso parere positivo, rendendosi disponibili a garantire l'offerta della propria collaborazione, per la quantità e qualità delle prestazioni richieste dall'Azienda in favore di residenti in ambito aziendale entro i tetti di spesa previsti dalla programmazione regionale, come revisionati in fase di negoziazione;
- di dare atto, in particolare, che per l'Istituto Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche Snc, l'importo di spesa previsto sarà utilizzato per l'erogazione di prestazioni di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2), in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale della Ausl Toscana Sud Est, in base a quanto previsto dagli indirizzi di programmazione della Zona-Distretto per l'area Valtiberina attualmente in fase di elaborazione, precisando che l'integrazione contrattuale in oggetto comprende e riassorbe l'attività erogata a decorrere dal 1 gennaio 2019, nella more della definizione del presente atto;
- di prevedere che i costi annui relativi all'erogazione di prestazioni di medicina fisica e riabilitazione per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda Usl Toscana Sud Est derivanti dalla sottoscrizione dei presenti contratti, pari a complessivi € 883.255,09, annui, a lordo della compartecipazione alla spesa posta a carico dell'utente, saranno registrati al conto n. 80200280 - Convenzioni con Privato Accreditato per attività di specialistica e diagnostica residenti Azienda Sanitaria Toscana Sud Est, riconducibile all'aggregato B.2.A.3) - Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale, del bilancio di previsione 2019;
- di prevedere che i costi annui relativi all'erogazione di prestazioni di medicina fisica e riabilitazione per cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie toscane, derivanti dalla sottoscrizione del contratto con la Fondazione Don Carlo Gnocchi, pari a complessivi € 15.195,50, saranno registrati al conto n. 80200281 - Convenzioni con Privato Accreditato per attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica per utenti toscani, riconducibile al medesimo aggregato, del bilancio di previsione relativo agli anni 2017/2019;
- di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, ai sensi dell'art. 42 comma 4, della Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i, al fine di consentire la regolare prosecuzione delle attività di medicina fisica e riabilitazione e la loro conseguente remunerazione, senza soluzione di continuità;
- di dare atto che, ai sensi dell'art. 6 della Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i., il responsabile del procedimento è la Dr.ssa Elisabetta Lucaroni, Direttore della U.O.C. Privato accreditato e trasporti sanitari;



2. di incaricare la UOC Affari Generali:

- di provvedere alla pubblicazione all'Albo on line, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge n. 69/2009, consultabile sul sito WEB istituzionale;
- di trasmettere il presente atto, contestualmente alla sua pubblicazione, al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 42, comma 2, Legge Regionale 24 Febbraio 2005, n. 40 e s.m.i..

Il Direttore Generale f.f.

(Dr.ssa Simona Dei)

Alla c.a.
DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA
E COESIONE SOCIALE
Via Alderotti 26/N - 50139 Firenze

Oggetto: Deliberazione Giunta regionale n. 1220 del 8 novembre 2018
"Determinazione dei tetti massimi per l'acquisto di prestazioni dalle strutture
sanitarie private accreditate" – Richiesta di revisione n. 1

Com'è noto, l'atto deliberativo in argomento provvede a definire l'elenco degli specifici
tetti massimi unici ed omnicompresi annuali per singolo operatore privato accreditato, la
cui sommatoria, a livello regionale, assicura il rispetto dei vincoli normativi previsti in
materia dalla c.d. *spending review*.

Per quanto attiene alcune strutture accreditate-convenzionate per il percorso di medicina
fisica e riabilitazione, alle quali si accede tramite prenotazione a Cup aziendale, si è
verificato un sotto dimensionamento nella definizione dei relativi tetti di spesa, rispetto
all'impegno attualmente assicurato in virtù dei contratti vigenti, validi per il periodo
2017/2019, per un importo complessivo pari a € 95.088,92. Si fa 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.

Si chiede pertanto di poter incrementare il tetto di spesa previsto dalla programmazione
regionale per le strutture in argomento, secondo gli importi inseriti nel prospetto allegato,
riportando il relativo tetto di spesa a quello previsto dai contratti vigenti. A tal fine saranno
utilizzate risorse desunte dal tetto massimo unico ed omnicompreso annuale previsto
dalla Deliberazione Giunta regionale n. 1220 del 8 novembre 2018 per la struttura (P. Iva
02846000616) Istituto Radiologico Toscano – Alliance, il quale ammonta a € 7.614.359, da
ridurre per un pari importo, fino a € 7.519.270.

Sarà cura dello scrivente comunicare alla Direzione Generale l'esito della negoziazione
con le Strutture interessate, quantificando in modo definitivo i relativi tetti di spesa annui,
nel rispetto della sommatoria complessiva definita dalla programmazione regionale.

Nel ringraziare per la disponibilità, si porgono cordiali saluti

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Enrico Desideri)

Azienda USL Toscana sud est



IL DIRETTORE GENERALE

SEDE OPERATIVA SIENA
piazza Carlo Rosselli, 26
53100 Siena
centralino: 0577 535111

SEDE OPERATIVA GROSSETO
via Cimabue, 109
58100 Grosseto
centralino: 0564 485111

SEDE OPERATIVA AREZZO
via Curtatone, 54
52100 Arezzo
centralino: 0575 2551

SEDE LEGALE
via Curtatone, 54 Arezzo
52100 Arezzo
centralino: 0575 2551
P.I. e C.F.: 02236310518
web: www.uslsudest.toscana.it
pec: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (PERCORSO 2)

PARTITA IVA	Sinatura privata accreditata	TETTO AZIENDALE 2017/2019	TETTO UNICO REGIONALE	DELTA
00343000319	Istituto Fisioterapico Aretino Soc	57.454,11	53.410,00	4.038,11
00169290517	Istituto Fisioterapico Margherione Srl	120.726,01	113.534,00	7.192,01
00324160472	Istituto Polidivulsorio Cesalpino Srl	158.219,16	149.965,00	8.254,16
01046270510	Istituto Palestra Medico Terapica di Cassinella Alessandra & C. - Sas	117.022,00	107.891,00	9.131,00
01004700512	Istituto Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche Soc	101.621,04	44.736,00	56.885,04
00836020537	Istituto Centro di Kinesiterapia di Bonfiori Marcella & C. Soc	40.000,00	37.300,00	2.700,00
00837810538	Istituto Fisioterapia Grossotano Soc	28.000,00	21.112,00	6.888,00
		623.041,92	527.954,00	95.088,92

Deliberazione del Direttore Generale, n.

ACCORDO INTEGRATIVO NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL

TOSCANA SUD EST E ISTITUTO FISIOTERAPICO ARETINO SNC

Disciplina prestazioni specialistiche ambulatoriali di Medicina Fisica e

Riabilitazione

Atto integrativo del Contratto di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.

35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 342 del 16 febbraio 2017

L'anno addì del mese di

..... presso la sede della Azienda USL

Toscana Sud Est, Via Curtatone, n. 54, Arezzo;

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 del

Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari, Dr.ssa Elisabetta Lucaroni,

nata a Siena, il 2 maggio 1967, domiciliata per la carica presso la sede operativa di

Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26, a ciò delegata dal Direttore Generale, Dr. Enrico

Desideri, con proprio atto n. del

E

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

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

rappresentato dal legale rappresentante Dr. Francesco Tiberi Venturucci, nato ad

Arezzo il 27 ottobre 1954, 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 uni formi ed essenziali di assistenza, sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione pubblica o privata, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto all'erogazione, è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla regione.

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

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

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

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

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

il **Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R** “Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

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”, cosiddetta, ed in particolare l’art. 15, comma 14., il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011.

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

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

la medesima Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che allo stesso comma ha poi introdotto, a decorrere dal 2016, una specifica deroga ai limiti previsti, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli IRCCS a favore di cittadini residenti in regioni

diverse da quelle di erogazione, chiarendo che è comunque necessario garantire “l’invarianza dell’effetto finanziario connesso alla deroga” attraverso misure alternative quali la riduzione delle prestazioni di bassa complessità o potenzialmente inappropriate, il contenimento delle prestazioni di pronto soccorso o di quelle di riabilitazione e lungodegenza, così come azioni su altre aree della spesa sanitaria.

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società 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 omnicompreso annuo pari a € 57.454,11;

La nota del **Settore Contabilità ed Investimenti del 23 novembre 2018, prot. n. 535966**, recante "Linee guida per la redazione del bilancio preventivo 2019", la quale al punto 2.4 relativo all'acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private, precisa che nel bilancio preventivo 2019 i costi non potranno essere superiori ai limiti stabiliti dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, che comprendono sia le attività di ricovero che quelle ambulatoriali, indipendentemente dalla provenienza del paziente;

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, con la quale è stato riorganizzato il percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2) ed il percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (percorso 3);

la Deliberazione del Direttore Generale del 18 gennaio 2017, n. 35, recante “Contratti tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione per il periodo 2017/2019 - Adozione schemi di contratto”, con la quale è stato adottato, tra l'altro, lo schema di contratto con la Società Istituto Fisioterapico Aretino Snc, sottoscritto in data 16 febbraio 2017, Repertorio aziendale n. 342, per l'acquisto di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione;

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Decreto Regione Toscana Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche, del 1 febbraio 2016, n. 322, recante “Legge 51/2009: pubblicazione elenco strutture sanitarie private autorizzate al 31 dicembre 2015”;

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 5183 del 26/04/2017, 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 la Società si rende disponibile a garantire l’offerta della propria collaborazione, per la quantità e la qualità delle prestazioni inserite nel presente Accordo Integrativo, afferenti al Flusso informativo regionale SPA, considerato che il privato convenzionato è 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;

**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 della presente Atto integrativo e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

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

Art. 3 – MODALITA’ DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la propria struttura, richiamata negli atti di autorizzazione ed accreditamento, ubicata in Arezzo, Piazza Risorgimento, n. 15.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono svolte da personale qualificato, in possesso dei titoli abilitanti l'esercizio delle specifiche professioni, nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale.

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 la Società 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. La Società 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, la Società si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto dei tetti economici indicati al successivo art. 5.

4. L'Azienda elabora la programmazione dell'attività annualmente e si impegna a comunicarla alla Società 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. La Società si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione comunicata dall'Azienda e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute in corso d'anno.

Art. 5 – TETTI DI SPESA

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale entro un volume di attività corrispondente al tetto unico ed omnicomprensivo annuo, individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, come revisionato, pari a € 57.454,11, da intendersi al brdo 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'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati, secondo le quantificazioni economiche riportate nel presente articolo. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

3. 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 di medicina fisica e riabilitazione (SPA);

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

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

5. 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.

6. Le parti convengono che, una volta superati i valori dei volumi economici programmati mensilmente, dopo avere fornito una corretta informazione all'utente che accede alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, in merito alla possibilità di fruire delle prestazioni presso struttura pubblica o altra struttura accreditata, qualora l'utente esprima comunque la volontà di fruire della prestazione presso la stessa Società, potrà effettuarla assumendosene l'onere corrispondente alle tariffe private applicate dalla Società.

7. La Società 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 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.

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 Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata, completa del codice relativo alla patologia di cui alla Deliberazione Giunta regionale n. 595/2005 a cura del medico proponente, nel rispetto dei limiti di prescrizione previsti dalla deliberazione sopra citata. 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, la quale prevede che le prestazioni incluse nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (prestazioni Lea), erogate con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale 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), erogate con oneri ad esclusivo carico dell'INAIL, sono prescritte dal Dirigente Medico Inail.

2. L'accesso alle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata unificata (Cup), tenuto conto che con Deliberazione DG del 13 ottobre 2016, n. 1148, recante "Approccio

innovativo per il Governo delle liste di attesa - Il superamento del Cup per l'implementazione delle reti cliniche integrate e strutturate nell'Azienda USL Toscana Sud Est", si è previsto che tutta l'offerta di prestazioni ambulatoriali sia prenotabile tramite la suddetta procedura informatizzata Cup aziendale.

3. L'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività.

4. Qualsiasi variazione di palinsesto sarà concertata fra Società e Azienda con il coinvolgimento delle strutture aziendali di Staff della Direzione Sanitaria e Cup aziendale. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende.

5. La programmazione tiene conto dei periodi di chiusura della struttura per ferie nel periodo estivo o in altri periodi, da comunicare all'Azienda all'inizio di ciascun anno. Nel caso in cui si manifestino criticità, le parti si rendono disponibili a concordare variazioni al periodo prestabilito.

6. Qualora l'Azienda si trovi nella necessità di programmare attività straordinaria per il rispetto del tempo appropriato di inizio terapia, per patologie 0-7 giorni, possono essere attivate agende in procedura Cup, concertate con la Società.

7. Le modalità operative relative all'uso della procedura Cup sono effettuate secondo le disposizioni emanate dall'Azienda.

8. Premesso che l'offerta di prestazioni ambulatoriali viene erogata previa programmazione di agende informatizzate Cup, la Società s'impegna comunque a provvedere alle attività di registrazione amministrativa della prestazione, in particolare per quanto riguarda la conferma dell'avvenuta erogazione.

9. La non corretta registrazione dell'avvenuta erogazione di una prestazione comporta la sospensione del relativo pagamento.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. La Società si impegna a registrare sulla procedura Cup l'avvenuta esecuzione delle prestazioni (pacchetto) prescritte e prenotate, evidenziando eventuali difformità tra il prenotato e l'eseguito, in modo da consentire all'Azienda la corretta compilazione del flusso informativo regionale denominato PAS.

2. Le parti prendo atto che a decorrere dal 1 gennaio 2019 il flusso informativo regionale in oggetto è stato inserito nel flusso informativo regionale SPA, mettendo a punto specifiche modalità tecniche di rilevazione, come da comunicazione di Estar del 14 novembre 2018. Il flusso è consultabile nel sito web www.regione.toscana.it/flussi-informativi, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171.

3. L'Azienda, tramite Estar, estrae i flussi informativi dell'attività resa dalla Società registrati nella procedura Cup aziendale entro il quinto giorno successivo alla chiusura del mese di riferimento.

4. La Società è tenuta a fornire i dati di struttura dei presidi ambulatoriali e delle relative apparecchiature di diagnosi e cura, con le modalità richieste da Estar, secondo i contenuti, nel rispetto delle scadenze e con le modalità di trasmissione previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali, tenendo conto delle eventuali modifiche e/o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. Dal 31 marzo 2015, come da Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55, la trasmissione delle fatture emesse deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. La Società è tenuta ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio

dell'area aretina, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: RDA7DQ.

2. Le fatture dovranno essere emesse con cadenza mensile ed inviate dalla Società all'Azienda entro il quinto giorno del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite.

3. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è *“negoziato al lordo”*.

4. L'Istituto si impegna ad inviare, tramite supporto informatico (Cd o Dvd), contestualmente all'invio della fattura la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi, con riferimento al Tabulato riepilogativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, contenete i seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato.

5. La Società conserva presso la propria sede, in originale, le prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta e si impegna ad inviare all'Azienda, Ufficio Convenzioni con Strutture Sanitarie, presso la sede legale, Via Curtatone, n. 54, 53100 Arezzo, copia delle medesime prescrizioni mediche su supporto informatico, per approfondimenti dei controlli amministrativi, in modo tale che sia visibile il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. L'Azienda può richiedere ulteriori dati, previo preavviso di 60 giorni dall'inizio della rilevazione.

Art. 10 – PAGAMENTI

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

2. L'Azienda assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e ss.mm. La Società è tenuta, pertanto, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva. Tutti i movimenti finanziari relativi all'attività devono essere registrati sui conti correnti dedicati e devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni costituisce causa di risoluzione del contratto.

3. L'Azienda, al fine del pagamento delle competenze, acquisisce il documento di regolarità contributiva (DURC). La liquidazione delle competenze avviene qualora la Società 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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, utilizzando il Tabulato riepilogativo trasmesso dalla Società a

corredo di ogni singola fattura elettr.nica o trasmesso contestualmente all'invio della fattura, tramite supporto informatico (DVD o CD).

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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda su supporto informatico (DVD o CD).

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

4. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto del tetto economico massimo previsto per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

5. In attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, l'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e i dati registrati nella prucedura Cup aziendale, dalla quale sono estratte le informazioni per la produzione del flusso informativo regionale SPA.

6. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nella prucedura Cup aziendale, da cui è generato il flusso informativo regionale SPA, l'Azienda avrà titolo a procedere al blocco del pagamento della relativa fattura, dandone comunicazione alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per le incoerenze ritenute non sanabili.

7. In tutti i casi in cui la Società è tenuta all'emissione di nota di credito, ma non provvede per varie motivazioni e in tempi congrui, l'Azienda ha titolo per recuperare gli importi dovuti, con azione di rivalsa sulle competenze di spettanza

Art. 12 – RINVII AL CONTRATTO VIGENTE

1. Per quanto attiene i Controlli quali-quantitativi, l'Incompatibilità del personale, la Carta dei servizi, l'Informativa agli utenti, il Trattamento dei dati personali, le Coperture assicurative e responsabilità, la Facoltà di recesso, la Risoluzione per inadempimento, le Clausole risolutive espresse, le Controversie e il foro competente, si rinvia al contratto vigente tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Società Istituto Fisioterapico Aretino Snc, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 342 del 16 febbraio 2017.

Art. 13 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente Atto integrativo ha validità dal 1 gennaio 2019 fino al 31 dicembre 2019. I contenuti organizzativi ed economici possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle parti.

Art. 14 – SPESE

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. Le spese, pari a € 80,00, sono poste a carico dell'Istituto.

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. 15 - SOTTOSCRIZIONE E REPERTORIO

1. Il presente Accordo contrattuale viene stipulato in forma di scrittura privata non autenticata.

2. Il presente atto consta di n. 15 articoli, n. 20 pagine ed è conservato agli atti del competente Ufficio dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a repertorio.

Letto, firmato e sottoscritto

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Istituto Fisioterapico Aretino Snc

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dr. Francesco Tiberi Venturucci)

(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 Atto integrativo, che devono pertanto intendersi efficaci ai sensi dell'art. 1341 c.c.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Istituto Fisioterapico Aretino Snc

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dr. Francesco Tiberi Venturucci)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

Deliberazione del Direttore Generale, n.

ACCORDO INTEGRATIVO NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL

TOSCANA SUD EST E ISTITUTO FISIOTERAPICO MARGARITONE SRL

Disciplina prestazioni specialistiche ambulatoriali di Medicina Fisica e

Riabilitazione

Atto integrativo del Contratto di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.

35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 343 del 16 febbraio 2017

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 del Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari, Dr.ssa Elisabetta Lucaroni, nata a Siena, il 2 maggio 1967, domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26, a ciò delegata dal Direttore Generale, Dr. Enrico Desideri, con proprio atto n. del

E

La Società **Istituto Fisioterapico Margaritone Srl**, con sede legale in Arezzo, Via Trasimeno n. 11/12 (C.F. e P.I.: 00169290517), di seguito denominato "Società", rappresentato dal legale rappresentante, Annalisa Graziotti nata ad Arezzo, il ...25 agosto 1973, domiciliata 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 uni formi ed essenziali di assistenza, sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione pubblica o privata, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto all'erogazione, è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla regione.

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

l'art. 29, comma 5, il quale precisa che la valorizzazione delle prestazioni, ancorchè gestite tramite compensazioni regionali, è definita dalle convenzioni e dai rapporti

tra Aziende Sanitarie e tra queste e le istituzioni private e non può comunque essere superiore alle tariffe massime definite dalla Regione.

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

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

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

il **Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R** "Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

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", cosiddetta, ed in particolare l'art. 15, comma 14,, il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie

da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011.

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

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

la medesima Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che allo stesso comma ha poi introdotto, a decorrere dal 2016, una specifica deroga ai limiti previsti, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli IRCCS a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di erogazione, chiarendo che è comunque necessario garantire “l’invarianza dell’effetto finanziario connesso alla deroga” attraverso misure

alternative quali la riduzione delle prestazioni di bassa complessità o potenzialmente inappropriate, il contenimento delle prestazioni di pronto soccorso o di quelle di riabilitazione e lungodegenza, così come azioni su altre aree della spesa sanitaria.

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Istituto Fisioterapico Margaritone Srl;
- definizione di tetti unici per soggetto erogatore privato, senza distinzione di tipologia di prestazione, casistica, complessità e provenienza paziente, che consentono il rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa vigente, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, prevedendo per la società Istituto Fisioterapico Margaritone Srl un importo annuo di € 113.534,00;
- 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 Margaritone Srl, tenendo in considerazione l’offerta pubblica già presente nel territorio, le liste di attesa ed i livelli di fuga interregionali;
- centralizzazione a livello regionale, e non più di singola azienda sanitaria, della valutazione del rispetto dei vincoli previsti dalla normativa, e quindi anche della

società Istituto Fisioterapico Margaritone Srl, 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 Margaritone Srl diviene titolare di un tetto di spesa unico ed omnicomprensivo annuo pari a € 120.726,01;

La **nota del Settore Contabilità ed Investimenti del 23 novembre 2018, prot. n. 535966**, recante "Linee guida per la redazione del bilancio preventivo 2019", la quale al punto 2.4 relativo all'acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private, precisa che nel bilancio preventivo 2019 i costi non potranno essere superiori ai limiti stabiliti dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, che comprendono sia le attività di ricovero che quelle ambulatoriali, indipendentemente dalla provenienza del paziente;

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, con la quale è stato riorganizzato il percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2) ed il percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (percorso 3);

la **Deliberazione del Direttore Generale del 18 gennaio 2017, n. 35**, recante “Contratti tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione per il periodo 2017/2019 - Adozione schemi di contratto”, con la quale è stato adottato, tra l'altro, lo schema di contratto con la Società Istituto Fisioterapico Margaritone Srl, sottoscritto in data 16 febbraio 2017, Repertorio aziendale n. 343, per l'acquisto di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione;

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Decreto Regione Toscana Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche, del 1 febbraio 2016, n. 322, recante “Legge 51/2009: pubblicazione elenco strutture sanitarie private autorizzate al 31 dicembre 2015”;

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 5750 del 05 maggio 2017 in relazione alla struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Istituto Fisioterapico Margaritone Srl, ubicata in Arezzo, Via Trasimeno n. 11/12 e gestita dalla Società Istituto Fisioterapico Margaritone Srl, per il processo ambulatoriale/outpatient nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione;

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

Integrativo, afferenti al Flusso informativo regionale SPA, considerato che il privato convenzionato è 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;

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 della presente Atto integrativo e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

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

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la propria struttura, richiamata negli atti di autorizzazione ed accreditamento, ubicata in Arezzo, Via Trasimeno n. 11/12.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono svolte da personale qualificato, in possesso dei titoli abilitanti

l'esercizio delle specifiche professioni, nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale.

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 la Società 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. La Società 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, la Società si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto dei tetti economici indicati al successivo art. 5.

4. L'Azienda elabora la programmazione dell'attività annualmente e si impegna a comunicarla alla Società 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. La Società si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione comunicata dall'Azienda e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute in corso d'anno.

Art. 5 – TETTI DI SPESA

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale entro un volume di attività corrispondente al tetto unico ed omnicomprensivo annuo, individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, come revisionato, pari a € €120.726,01, da intendersi all'ordito 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'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati, secondo le quantificazioni economiche riportate nel presente articolo. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

3. 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 di medicina fisica e riabilitazione (SPA);
- è tesa a valutare il rispetto dei limiti quantitativi assegnati alla Società e la coerenza della casistica erogata rispetto a quella contrattualmente prevista.

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

5. 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.

6. Le parti convengono che, una volta superati i valori dei volumi economici programmati mensilmente, dopo avere fornito una corretta informazione all'utente che accede alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, in merito alla possibilità di fruire delle prestazioni presso struttura pubblica o altra struttura accreditata, qualora l'utente esprima comunque la volontà di fruire della prestazione presso la stessa Società, potrà effettuarla assumendosene l'onere corrispondente alle tariffe private applicate dalla Società.

7. La Società si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione regionale e nazionale relative alle variazioni dei 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 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.

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 Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata, completa del codice relativo alla patologia di cui alla Deliberazione Giunta regionale n. 595/2005 a cura del medico proponente, nel rispetto dei limiti di prescrizione previsti dalla deliberazione sopra citata. 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, la quale prevede che le prestazioni incluse nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (prestazioni Lea), erogate con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale 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), erogate con oneri ad esclusivo carico dell'INAIL, sono prescritte dal Dirigente Medico Inail.

2. L'accesso alle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata unificata (Cup), tenuto conto che con Deliberazione DG del 13 ottobre 2016, n. 1148, recante "Approccio innovativo per il Governo delle liste di attesa - Il superamento del Cup per l'implementazione delle reti cliniche integrate e strutturate nell'Azienda USL

Toscana Sud Est”, si è previsto che tutta l’offerta di prestazioni ambulatoriali sia prenotabile tramite la suddetta procedura informatizzata Cup aziendale.

3. L'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività.

4. Qualsiasi variazione di palinsesto sarà concertata fra Società e Azienda con il coinvolgimento delle strutture aziendali di Staff della Direzione Sanitaria e Cup aziendale. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende.

5. La programmazione tiene conto dei periodi di chiusura della struttura per ferie nel periodo estivo o in altri periodi, da comunicare all’Azienda all’inizio di ciascun anno. Nel caso in cui si manifestino criticità, le parti si rendono disponibili a concordare variazioni al periodo prestabilito.

6. Qualora l’Azienda si trovi nella necessità di programmare attività straordinaria per il rispetto del tempo appropriato di inizio terapia, per patologie 0-7 giorni, possono essere attivate agende in procedura Cup, concertate con la Società.

7. Le modalità operative relative all'uso della procedura Cup sono effettuate secondo le disposizioni emanate dall'Azienda.

8. Premesso che l’offerta di prestazioni ambulatoriali viene erogata previa programmazione di agende informatizzate Cup, la Società s’impegna comunque a provvedere alle attività di registrazione amministrativa della prestazione, in particolare per quanto riguarda la conferma dell'avvenuta erogazione.

9. La non corretta registrazione dell'avvenuta erogazione di una prestazione comporta la sospensione del relativo pagamento.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. La Società si impegna a registrare sulla procedura Cup l'avvenuta esecuzione delle prestazioni (pacchetto) prescritte e prenotate, evidenziando eventuali difformità tra il prenotato e l'eseguito, in modo da consentire all'Azienda la corretta compilazione del flusso informativo regionale denominato PAS.

2. Le parti prendo atto che a decorrere dal 1 gennaio 2019 il flusso informativo regionale in oggetto è stato inserito nel flusso informativo regionale SPA, mettendo a punto specifiche modalità tecniche di rilevazione, come da comunicazione di Estar del 14 novembre 2018. Il flusso è consultabile nel sito web www.regione.toscana.it/flussi-informativi, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171.

3. L'Azienda, tramite Estar, estrae i flussi informativi dell'attività resa dalla Società registrati nella procedura Cup aziendale entro il quinto giorno successivo alla chiusura del mese di riferimento.

4. La Società è tenuta a fornire i dati di struttura dei presidi ambulatoriali e delle relative apparecchiature di diagnosi e cura, con le modalità richieste da Estar, secondo i contenuti, nel rispetto delle scadenze e con le modalità di trasmissione previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali, tenendo conto delle eventuali modifiche e/o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. Dal 31 marzo 2015, come da Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55, la trasmissione delle fatture emesse deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. La Società è tenuta ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio dell'area aretina, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: RDA7DQ.

2. Le fatture dovranno essere emesse con cadenza mensile ed inviate dalla Società all'Azienda entro il quinto giorno del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite.

3. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è *“negoziato al lordo”*.

4. L'Istituto si impegna ad inviare, tramite supporto informatico (Cd o Dvd), contestualmente all'invio della fattura la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi, con riferimento al Tabulato riepilogativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, contenete i seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato.

5. La Società conserva presso la propria sede, in originale, le prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta e si impegna ad inviare all'Azienda, Ufficio Convenzioni con Strutture Sanitarie, presso la sede legale, Via Curtatone, n. 54, 53100 Arezzo, copia delle medesime prescrizioni mediche su supporto informatico (DVD o CD), per approfondimenti dei controlli amministrativi, in modo tale che sia visibile il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. L'Azienda può richiedere ulteriori dati, previo preavviso di 60 giorni dall'inizio della rilevazione.

Art. 10 – PAGAMENTI

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

2. L'Azienda assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e ss.mm. La Società è tenuta, pertanto, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva. Tutti i movimenti finanziari relativi all'attività devono essere registrati sui conti correnti dedicati e devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni costituisce causa di risoluzione del contratto.

3. L'Azienda, al fine del pagamento delle competenze, acquisisce il documento di regolarità contributiva (DURC). La liquidazione delle competenze avviene qualora la Società 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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, utilizzando il Tabulato riepilogativo trasmesso dalla Società a corredo di ogni singola fattura elettronica o trasmesso contestualmente all'invio della fattura, tramite supporto informatico (DVD o CD).

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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda su supporto informatico (DVD o CD);
3. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione alla Società. La Società provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come sanabili entro il mese successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo alle anomalie non sanate verrà decurtato dalla liquidazione spettante alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili.
4. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto del tetto economico massimo previsto per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.
5. In attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, l'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e i dati registrati nella procedura Cup aziendale, dalla quale sono estratte le informazioni per la produzione del flusso informativo regionale SPA.
6. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nella procedura Cup aziendale, da cui è generato il flusso informativo regionale SPA, l'Azienda avrà titolo a procedere al blocco del pagamento della relativa fattura, dandone comunicazione alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per le incoerenze ritenute non sanabili.
7. In tutti i casi in cui la Società è tenuta all'emissione di nota di credito, ma non provvede per varie motivazioni e in tempi congrui, l'Azienda ha titolo per recuperare gli importi dovuti, con azione di rivalsa sulle competenze di spettanza

Art. 12 – RINVII AL CONTRATTO VIGENTE

1. Per quanto attiene i Controlli quali-quantitativi, l’Incompatibilità del personale, la Carta dei servizi, l’Informativa agli utenti, il Trattamento dei dati personali, le Coperture assicurative e responsabilità, la Facoltà di recesso, la Risoluzione per inadempimento, le Clausole risolutive espresse, le Controversie e il foro competente, si rinvia al contratto vigente tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Società Istituto Fisioterapico Margaritone Srl, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 343 del 16 febbraio 2017.

Art. 13 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente Atto integrativo ha validità dal 1 gennaio 2019 fino al 31 dicembre 2019. I contenuti organizzativi ed economici possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle parti.

Art. 14 – SPESE

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. Le spese sono poste a carico della Società.

2. L’imposta di bollo viene assolta in maniera virtuale dall’Azienda, come da Autorizzazione all’assolvimento virtuale rilasciata dall’Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo n. 5062 del 16 febbraio 2016. La Società provvede a rimborsare all'Azienda il costo da essa sostenuto per il pagamento dell'imposta, pari a € 80,00, mediante bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383.

3. 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 a carico della parte richiedente.

Art. 15 - SOTTOSCRIZIONE DIGITALE E 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. 15 articoli e n. 20 pagine ed è conservato agli atti del competente Ufficio dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a repertorio.

Letto, firmato e sottoscritto

IL LEGALE RAPPRESENTANTE	IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS
--------------------------	-----------------------------

Istituto Fisioterapico Margaritone Srl	Azienda Usl Toscana Sud Est
--	-----------------------------

(Annalisa Graziotti)	(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)
----------------------	---------------------------------

<i>(firmato digitalmente)</i>	<i>(firmato digitalmente)</i>
-------------------------------	-------------------------------

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE	IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS
--------------------------	-----------------------------

Istituto Fisioterapico Margaritone Srl	Azienda Usl Toscana Sud Est
--	-----------------------------

(Annalisa Graziotti)	(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)
----------------------	---------------------------------

<i>(firmato digitalmente)</i>	<i>(firmato digitalmente)</i>
-------------------------------	-------------------------------

Deliberazione del Direttore Generale, n.

ACCORDO INTEGRATIVO NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL

TOSCANA SUD EST E POLIAMBULATORIO CESALPINO SRL

Disciplina prestazioni specialistiche ambulatoriali di Medicina Fisica e

Riabilitazione

Atto integrativo del Contratto di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.

35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 344 del 16 febbraio 2017

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 del Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari, Dr.ssa Elisabetta Lucaroni, nata a Siena, il 2 maggio 1967, domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26, a ciò delegata dal Direttore Generale, Dr. Enrico Desideri, con proprio atto n. del

E

La Società Poliambulatorio Cesalpino Srl, con sede legale in Arezzo, Via Cesalpino n.11, (C.F. e P.I.: 00324590512), di seguito denominato "Società", rappresentato dal legale rappresentante, Dott.ssa Ducci Maria Benedetta, nata ad Arezzo il 20 dicembre 1959, domiciliata 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 uni formi ed essenziali di assistenza, sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione pubblica o privata, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto all'erogazione, è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla regione.

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

l'art. 29, comma 5, il quale precisa che la valorizzazione delle prestazioni, ancorchè gestite tramite compensazioni regionali, è definita dalle convenzioni e dai rapporti

tra Aziende Sanitarie e tra queste e le istituzioni private e non può comunque essere superiore alle tariffe massime definite dalla Regione.

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

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

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

il **Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R** "Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

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", cosiddetta, ed in particolare l'art. 15, comma 14,, il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie

da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011.

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

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

la medesima Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che allo stesso comma ha poi introdotto, a decorrere dal 2016, una specifica deroga ai limiti previsti, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli IRCCS a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di erogazione, chiarendo che è comunque necessario garantire “l’invarianza dell’effetto finanziario connesso alla deroga” attraverso misure

alternative quali la riduzione delle prestazioni di bassa complessità o potenzialmente inappropriate, il contenimento delle prestazioni di pronto soccorso o di quelle di riabilitazione e lungodegenza, così come azioni su altre aree della spesa sanitaria.

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Poliambulatorio Cesalpino Srl;
- definizione di tetti unici per soggetto erogatore privato, senza distinzione di tipologia di prestazione, casistica, complessità e provenienza paziente, che consentono il rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa vigente, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, prevedendo per la società Poliambulatorio Cesalpino Srl un importo annuo di €149.965,00;
- 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 Poliambulatorio Cesalpino Srl, tenendo in considerazione l’offerta pubblica già presente nel territorio, le liste di attesa ed i livelli di fuga interregionali;
- centralizzazione a livello regionale, e non più di singola azienda sanitaria, della valutazione del rispetto dei vincoli previsti dalla normativa, e quindi anche della

società Poliambulatorio Cesalpino Srl, 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 Poliambulatorio Cesalpino Srl diviene titolare di un tetto di spesa unico ed onnicomprensivo annuo pari a € 158.219,16;

La nota del **Settore Contabilità ed Investimenti del 23 novembre 2018, prot. n. 535966**, recante "Linee guida per la redazione del bilancio preventivo 2019", la quale al punto 2.4 relativo all'acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private, precisa che nel bilancio preventivo 2019 i costi non potranno essere superiori ai limiti stabiliti dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, che comprendono sia le attività di ricovero che quelle ambulatoriali, indipendentemente dalla provenienza del paziente;

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, con la quale è stato riorganizzato il percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2) ed il percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (percorso 3);

la **Deliberazione del Direttore Generale del 18 gennaio 2017, n. 35**, recante “Contratti tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione per il periodo 2017/2019 - Adozione schemi di contratto”, con la quale è stato adottato, tra l'altro, lo schema di contratto con la Poliambulatorio Cesalpino Srl, sottoscritto in data 16 febbraio 2017, Repertorio aziendale n. 344, per l'acquisto di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione;

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Decreto Regione Toscana Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche, del 1 febbraio 2016, n. 322, recante “Legge 51/2009: pubblicazione elenco strutture sanitarie private autorizzate al 31 dicembre 2015”;

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 6778 del 18 maggio 2017, in relazione alla struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Poliambulatorio Cesalpino, ubicata in Arezzo, Via Cesalpino, n.11 e gestita dalla Società Poliambulatorio Cesalpino Srl, per il processo ambulatoriale/outpatient nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione;

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

Integrativo, afferenti al Flusso informativo regionale SPA, considerato che il privato convenzionato è 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;

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 della presente Atto integrativo e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

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

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la propria struttura, richiamata negli atti di autorizzazione ed accreditamento, ubicata in Arezzo, Via Cesalpino, n.11.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono svolte da personale qualificato, in possesso dei titoli abilitanti

l'esercizio delle specifiche professioni, nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale.

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 la Società 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. La Società 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, la Società si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto dei tetti economici indicati al successivo art. 5.

4. L'Azienda elabora la programmazione dell'attività annualmente e si impegna a comunicarla alla Società 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. La Società si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione comunicata dall'Azienda e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute in corso d'anno.

Art. 5 – TETTI DI SPESA

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale entro un volume di attività corrispondente al tetto unico ed omnicomprensivo annuo, individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, come revisionato, pari a € 158.219,16, da intendersi allordo 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'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati, secondo le quantificazioni economiche riportate nel presente articolo. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

3. 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 di medicina fisica e riabilitazione (SPA);
- è tesa a valutare il rispetto dei limiti quantitativi assegnati alla Società e la coerenza della casistica erogata rispetto a quella contrattualmente prevista.

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

5. 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.

6. Le parti convengono che, una volta superati i valori dei volumi economici programmati mensilmente, dopo avere fornito una corretta informazione all'utente che accede alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, in merito alla possibilità di fruire delle prestazioni presso struttura pubblica o altra struttura accreditata, qualora l'utente esprima comunque la volontà di fruire della prestazione presso la stessa Società, potrà effettuarla assumendosene l'onere corrispondente alle tariffe private applicate dalla Società.

7. La Società si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione regionale e nazionale relative alle variazioni dei 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 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.

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 Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata, completa del codice relativo alla patologia di cui alla Deliberazione Giunta regionale n. 595/2005 a cura del medico proponente, nel rispetto dei limiti di prescrizione previsti dalla deliberazione sopra citata. 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, la quale prevede che le prestazioni incluse nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (prestazioni Lea), erogate con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale 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), erogate con oneri ad esclusivo carico dell'INAIL, sono prescritte dal Dirigente Medico Inail.

2. L'accesso alle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata unificata (Cup), tenuto conto che con Deliberazione DG del 13 ottobre 2016, n. 1148, recante "Approccio innovativo per il Governo delle liste di attesa - Il superamento del Cup per l'implementazione delle reti cliniche integrate e strutturate nell'Azienda USL

Toscana Sud Est”, si è previsto che tutta l’offerta di prestazioni ambulatoriali sia prenotabile tramite la suddetta procedura informatizzata Cup aziendale.

3. L'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività.

4. Qualsiasi variazione di palinsesto sarà concertata fra Società e Azienda con il coinvolgimento delle strutture aziendali di Staff della Direzione Sanitaria e Cup aziendale. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende.

5. La programmazione tiene conto dei periodi di chiusura della struttura per ferie nel periodo estivo o in altri periodi, da comunicare all’Azienda all’inizio di ciascun anno. Nel caso in cui si manifestino criticità, le parti si rendono disponibili a concordare variazioni al periodo prestabilito.

6. Qualora l’Azienda si trovi nella necessità di programmare attività straordinaria per il rispetto del tempo appropriato di inizio terapia, per patologie 0-7 giorni, possono essere attivate agende in procedura Cup, concertate con la Società.

7. Le modalità operative relative all'uso della procedura Cup sono effettuate secondo le disposizioni emanate dall'Azienda.

8. Premesso che l’offerta di prestazioni ambulatoriali viene erogata previa programmazione di agende informatizzate Cup, la Società s’impegna comunque a provvedere alle attività di registrazione amministrativa della prestazione, in particolare per quanto riguarda la conferma dell'avvenuta erogazione.

9. La non corretta registrazione dell'avvenuta erogazione di una prestazione comporta la sospensione del relativo pagamento.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. La Società si impegna a registrare sulla procedura Cup l'avvenuta esecuzione delle prestazioni (pacchetto) prescritte e prenotate, evidenziando eventuali difformità tra il prenotato e l'eseguito, in modo da consentire all'Azienda la corretta compilazione del flusso informativo regionale denominato PAS.

2. Le parti prendo atto che a decorrere dal 1 gennaio 2019 il flusso informativo regionale in oggetto è stato inserito nel flusso informativo regionale SPA, mettendo a punto specifiche modalità tecniche di rilevazione, come da comunicazione di Estar del 14 novembre 2018. Il flusso è consultabile nel sito web www.regione.toscana.it/flussi-informativi, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171.

3. L'Azienda, tramite Estar, estrae i flussi informativi dell'attività resa dalla Società registrati nella procedura Cup aziendale entro il quinto giorno successivo alla chiusura del mese di riferimento.

4. La Società è tenuta a fornire i dati di struttura dei presidi ambulatoriali e delle relative apparecchiature di diagnosi e cura, con le modalità richieste da Estar, secondo i contenuti, nel rispetto delle scadenze e con le modalità di trasmissione previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali, tenendo conto delle eventuali modifiche e/o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. Dal 31 marzo 2015, come da Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55, la trasmissione delle fatture emesse deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. La Società è tenuta ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio dell'area aretina, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: RDA7DQ.

2. Le fatture dovranno essere emesse con cadenza mensile ed inviate dalla Società all'Azienda entro il quinto giorno del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite.

3. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è *“negoziato al lordo”*.

4. L'Istituto si impegna ad inviare, tramite supporto informatico (Cd o Dvd), contestualmente all'invio della fattura la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi, con riferimento al Tabulato riepilogativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, contenete i seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato.

5. La Società conserva presso la propria sede, in originale, le prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta e si impegna ad inviare all'Azienda, Ufficio Convenzioni con Strutture Sanitarie, presso la sede legale, Via Curtatone, n. 54, 53100 Arezzo, copia delle medesime prescrizioni mediche su supporto informatico (DVD o CD), per approfondimenti dei controlli amministrativi, in modo tale che sia visibile il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. L'Azienda può richiedere ulteriori dati, previo preavviso di 60 giorni dall'inizio della rilevazione.

Art. 10 – PAGAMENTI

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

2. L'Azienda assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e ss.mm. La Società è tenuta, pertanto, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva. Tutti i movimenti finanziari relativi all'attività devono essere registrati sui conti correnti dedicati e devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni costituisce causa di risoluzione del contratto.

3. L'Azienda, al fine del pagamento delle competenze, acquisisce il documento di regolarità contributiva (DURC). La liquidazione delle competenze avviene qualora la Società 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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, utilizzando il Tabulato riepilogativo trasmesso dalla Società a corredo di ogni singola fattura elettronica o trasmesso contestualmente all'invio della fattura, tramite supporto informatico (DVD o CD).

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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda su supporto informatico (DVD o CD);
3. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione alla Società. La Società provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come sanabili entro il mese successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo alle anomalie non sanate verrà decurtato dalla liquidazione spettante alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili.
4. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto del tetto economico massimo previsto per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.
5. In attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, l'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e i dati registrati nella procedura Cup aziendale, dalla quale sono estratte le informazioni per la produzione del flusso informativo regionale SPA.
6. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nella procedura Cup aziendale, da cui è generato il flusso informativo regionale SPA, l'Azienda avrà titolo a procedere al blocco del pagamento della relativa fattura, dandone comunicazione alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per le incoerenze ritenute non sanabili.
7. In tutti i casi in cui la Società è tenuta all'emissione di nota di credito, ma non provvede per varie motivazioni e in tempi congrui, l'Azienda ha titolo per recuperare gli importi dovuti, con azione di rivalsa sulle competenze di spettanza

Art. 12 – RINVII AL CONTRATTO VIGENTE

1. Per quanto attiene i Controlli quali-quantitativi, l’Incompatibilità del personale, la Carta dei servizi, l’Informativa agli utenti, il Trattamento dei dati personali, le Coperture assicurative e responsabilità, la Facoltà di recesso, la Risoluzione per inadempimento, le Clausole risolutive espresse, le Controversie e il foro competente, si rinvia al contratto vigente tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Società Poliambulatorio Cesalpino Srl, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 344 del 16 febbraio 2017.

Art. 13 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente Atto integrativo ha validità dal 1 gennaio 2019 fino al 31 dicembre 2019. I contenuti organizzativi ed economici possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle parti.

Art. 14 – SPESE

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.

Le spese sono poste a carico della Società.

2. L’imposta di bollo viene assolta in maniera virtuale dall’Azienda, come da Autorizzazione all’assolvimento virtuale rilasciata dall’Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo n. 5062 del 16 febbraio 2016. La Società provvede a rimborsare all'Azienda il costo da essa sostenuto per il pagamento dell'imposta, pari a € 80,00, mediante bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383.

3. 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 a carico della parte richiedente.

Art. 15 - SOTTOSCRIZIONE DIGITALE E 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. 15 articoli e n. 20 pagine ed è conservato agli atti del competente Ufficio dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a repertorio.

Letto, firmato e sottoscritto

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Poliambulatorio Cesalpino Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dr.ssa Maria Benedetta Ducci)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Poliambulatorio Cesalpino Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dr.ssa Maria Benedetta Ducci)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

Deliberazione del Direttore Generale, n.

**ACCORDO INTEGRATIVO NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL
TOSCANA SUD EST E PALESTRA MEDICO TERAPICA DI CASSINELLI
ALESSANDRA & C. SAS**

*Disciplina prestazioni specialistiche ambulatoriali di Medicina Fisica e
Riabilitazione*

*Atto integrativo del Contratto di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.
35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 345 del 16 febbraio 2017*

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 del
Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari, Dr.ssa Elisabetta Lucaroni,
nata a Siena, il 2 maggio 1967, domiciliata per la carica presso la sede operativa di
Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26, a ciò delegata dal Direttore Generale, Dr. Enrico
Desideri, con proprio atto n. del

E

La Società Palestra Medico Terapica di Cassinelli Alessandra & C. - Sas, con
sede legale in Arezzo, Via Vittorio Veneto n. 33/6 (C.F. e P.I.: 01046270516), di
seguito denominato "Istituto", rappresentato dal legale rappresentante, Alessandra
Cassinelli, nata ad Arezzo il 17 maggio 1956, 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 uni formi ed essenziali di assistenza, sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione pubblica o privata, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto all'erogazione, è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla regione.

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

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

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

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

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

il **Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R** “Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

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”, cosiddetta, ed in particolare l’art. 15, comma 14., il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011.

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

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

la medesima Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che allo stesso comma ha poi introdotto, a decorrere dal 2016, una specifica deroga ai limiti previsti, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli IRCCS a favore di cittadini residenti in regioni

diverse da quelle di erogazione, chiarendo che è comunque necessario garantire “l’invarianza dell’effetto finanziario connesso alla deroga” attraverso misure alternative quali la riduzione delle prestazioni di bassa complessità o potenzialmente inappropriate, il contenimento delle prestazioni di pronto soccorso o di quelle di riabilitazione e lungodegenza, così come azioni su altre aree della spesa sanitaria.

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Società Palestra Medico Terapica Sas;
- 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 Palestra Medico Terapica Sas un importo annuo di €107.891,00;
- 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 Palestra Medico Terapica Sas, 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 Palestra Medico Terapica Sas, 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 Palestra Medico Terapica Sas diviene titolare di un tetto di spesa unico ed onnicomprensivo annuo pari a € 117.022,60;

La nota del **Settore Contabilità ed Investimenti del 23 novembre 2018, prot. n. 535966**, recante "Linee guida per la redazione del bilancio preventivo 2019", la quale al punto 2.4 relativo all'acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private, precisa che nel bilancio preventivo 2019 i costi non potranno essere superiori ai limiti stabiliti dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, che comprendono sia le attività di ricovero che quelle ambulatoriali, indipendentemente dalla provenienza del paziente;

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, con la quale è stato riorganizzato il percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2) ed il percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (percorso 3);

la **Deliberazione del Direttore Generale del 18 gennaio 2017, n. 35**, recante “Contratti tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione per il periodo 2017/2019 - Adozione schemi di contratto”, con la quale è stato adottato, tra l'altro, lo schema di contratto con la Palestra Medico Terapica Sas, sottoscritto in data 16 febbraio 2017, Repertorio aziendale n. 345, per l'acquisto di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione;

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Decreto Regione Toscana Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche, del 1 febbraio 2016, n. 322, recante “Legge 51/2009: pubblicazione elenco strutture sanitarie private autorizzate al 31 dicembre 2015”;

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 8203 del 13 giugno 2017, in relazione alla struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Palestra Medico Terapica, ubicata in Arezzo, Via Vittorio Veneto n. 33/6 e gestita dalla Società Palestra Medico Terapica Sas, per il processo ambulatoriale/outpatient nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione;

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 Integrativo, afferenti al Flusso informativo regionale SPA, considerato che il privato convenzionato è 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;

**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 della presente Atto integrativo e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

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

Art. 3 – MODALITA’ DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la propria struttura, richiamata negli atti di autorizzazione ed accreditamento, ubicata in Arezzo, Via Vittorio Veneto n. 33/6.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono svolte da personale qualificato, in possesso dei titoli abilitanti l'esercizio delle specifiche professioni, nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale.

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 la Società 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. La Società 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, la Società si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto dei tetti economici indicati al successivo art. 5.

4. L'Azienda elabora la programmazione dell'attività annualmente e si impegna a comunicarla alla Società 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. La Società si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione comunicata dall'Azienda e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute in corso d'anno.

Art. 5 – TETTI DI SPESA

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale entro un volume di attività corrispondente al tetto unico ed omnicomprensivo annuo, individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, come revisionato, pari a € 117.022,60, da intendersi all'ordito 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'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati, secondo le quantificazioni economiche riportate nel presente articolo. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

3. 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 di medicina fisica e riabilitazione (SPA);

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

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

5. 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.

6. Le parti convengono che, una volta superati i valori dei volumi economici programmati mensilmente, dopo avere fornito una corretta informazione all'utente che accede alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, in merito alla possibilità di fruire delle prestazioni presso struttura pubblica o altra struttura accreditata, qualora l'utente esprima comunque la volontà di fruire della prestazione presso la stessa Società, potrà effettuarla assumendosene l'onere corrispondente alle tariffe private applicate dalla Società.

7. La Società 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 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.

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 Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata, completa del codice relativo alla patologia di cui alla Deliberazione Giunta regionale n. 595/2005 a cura del medico proponente, nel rispetto dei limiti di prescrizione previsti dalla deliberazione sopra citata. 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, la quale prevede che le prestazioni incluse nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (prestazioni Lea), erogate con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale 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), erogate con oneri ad esclusivo carico dell'INAIL, sono prescritte dal Dirigente Medico Inail.

2. L'accesso alle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata unificata (Cup), tenuto conto che con Deliberazione DG del 13 ottobre 2016, n. 1148, recante "Approccio

innovativo per il Governo delle liste di attesa - Il superamento del Cup per l'implementazione delle reti cliniche integrate e strutturate nell'Azienda USL Toscana Sud Est", si è previsto che tutta l'offerta di prestazioni ambulatoriali sia prenotabile tramite la suddetta procedura informatizzata Cup aziendale.

3. L'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività.

4. Qualsiasi variazione di palinsesto sarà concertata fra Società e Azienda con il coinvolgimento delle strutture aziendali di Staff della Direzione Sanitaria e Cup aziendale. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende.

5. La programmazione tiene conto dei periodi di chiusura della struttura per ferie nel periodo estivo o in altri periodi, da comunicare all'Azienda all'inizio di ciascun anno. Nel caso in cui si manifestino criticità, le parti si rendono disponibili a concordare variazioni al periodo prestabilito.

6. Qualora l'Azienda si trovi nella necessità di programmare attività straordinaria per il rispetto del tempo appropriato di inizio terapia, per patologie 0-7 giorni, possono essere attivate agende in procedura Cup, concertate con la Società.

7. Le modalità operative relative all'uso della procedura Cup sono effettuate secondo le disposizioni emanate dall'Azienda.

8. Premesso che l'offerta di prestazioni ambulatoriali viene erogata previa programmazione di agende informatizzate Cup, la Società s'impegna comunque a provvedere alle attività di registrazione amministrativa della prestazione, in particolare per quanto riguarda la conferma dell'avvenuta erogazione.

9. La non corretta registrazione dell'avvenuta erogazione di una prestazione comporta la sospensione del relativo pagamento.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. La Società si impegna a registrare sulla procedura Cup l'avvenuta esecuzione delle prestazioni (pacchetto) prescritte e prenotate, evidenziando eventuali difformità tra il prenotato e l'eseguito, in modo da consentire all'Azienda la corretta compilazione del flusso informativo regionale denominato PAS.

2. Le parti prendo atto che a decorrere dal 1 gennaio 2019 il flusso informativo regionale in oggetto è stato inserito nel flusso informativo regionale SPA, mettendo a punto specifiche modalità tecniche di rilevazione, come da comunicazione di Estar del 14 novembre 2018. Il flusso è consultabile nel sito web www.regione.toscana.it/flussi-informativi, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171.

3. L'Azienda, tramite Estar, estrae i flussi informativi dell'attività resa dalla Società registrati nella procedura Cup aziendale entro il quinto giorno successivo alla chiusura del mese di riferimento.

4. La Società è tenuta a fornire i dati di struttura dei presidi ambulatoriali e delle relative apparecchiature di diagnosi e cura, con le modalità richieste da Estar, secondo i contenuti, nel rispetto delle scadenze e con le modalità di trasmissione previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali, tenendo conto delle eventuali modifiche e/o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. Dal 31 marzo 2015, come da Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55, la trasmissione delle fatture emesse deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. La Società è tenuta ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio

dell'area aretina, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: RDA7DQ.

2. Le fatture dovranno essere emesse con cadenza mensile ed inviate dalla Società all'Azienda entro il quinto giorno del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite.

3. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è *“negoziato al lordo”*.

4. L'Istituto si impegna ad inviare, tramite supporto informatico (Cd o Dvd), contestualmente all'invio della fattura la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi, con riferimento al Tabulato riepilogativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, contenete i seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato.

5. La Società conserva presso la propria sede, in originale, le prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta e si impegna ad inviare all'Azienda, Ufficio Convenzioni con Strutture Sanitarie, presso la sede legale, Via Curtatone, n. 54, 53100 Arezzo, copia delle medesime prescrizioni mediche su supporto informatico (DVD o CD), per approfondimenti dei controlli amministrativi, in modo tale che sia visibile il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. L'Azienda può richiedere ulteriori dati, previo preavviso di 60 giorni dall'inizio della rilevazione.

Art. 10 – PAGAMENTI

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

2. L'Azienda assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e ss.mm. La Società è tenuta, pertanto, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva. Tutti i movimenti finanziari relativi all'attività devono essere registrati sui conti correnti dedicati e devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni costituisce causa di risoluzione del contratto.

3. L'Azienda, al fine del pagamento delle competenze, acquisisce il documento di regolarità contributiva (DURC). La liquidazione delle competenze avviene qualora la Società 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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, utilizzando il Tabulato riepilogativo trasmesso dalla Società a

corredo di ogni singola fattura elettronica o trasmesso contestualmente all'invio della fattura, tramite supporto informatico (DVD o CD).

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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda su supporto informatico (DVD o CD);

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

4. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto del tetto economico massimo previsto per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

5. In attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, l'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e i dati registrati nella procedura Cup aziendale, dalla quale sono estratte le informazioni per la produzione del flusso informativo regionale SPA.

6. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nella procedura Cup aziendale, da cui è generato il flusso informativo regionale SPA, l'Azienda avrà titolo a procedere al blocco del pagamento della relativa fattura, dandone comunicazione alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per le incoerenze ritenute non sanabili.

7. In tutti i casi in cui la Società è tenuta all'emissione di nota di credito, ma non provvede per varie motivazioni e in tempi congrui, l'Azienda ha titolo per recuperare gli importi dovuti, con azione di rivalsa sulle competenze di spettanza

Art. 12 – RINVII AL CONTRATTO VIGENTE

1. Per quanto attiene i Controlli quali-quantitativi, l'Incompatibilità del personale, la Carta dei servizi, l'Informativa agli utenti, il Trattamento dei dati personali, le Coperture assicurative e responsabilità, la Facoltà di recesso, la Risoluzione per inadempimento, le Clausole risolutive espresse, le Controversie e il foro competente, si rinvia al contratto vigente tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Società Palestra Medico Terapica Sas, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 345 del 16 febbraio 2017.

Art. 13 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente Atto integrativo ha validità dal 1 gennaio 2019 fino al 31 dicembre 2019. I contenuti organizzativi ed economici possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle parti.

Art. 14 – SPESE

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. Le spese sono poste a carico della Società.

2. L'imposta di bollo viene assolta in maniera virtuale dall'Azienda, come da Autorizzazione all'assolvimento virtuale rilasciata dall'Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo n. 5062 del 16 febbraio 2016. La Società provvede a rimborsare all'Azienda il costo da essa sostenuto per il pagamento dell'imposta,

pari a € 80,00, mediante bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y
01030 14217 000000622383.

3. 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 a carico della parte richiedente.

Art. 15 - SOTTOSCRIZIONE DIGITALE E 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. 15 articoli e n. 20 pagine ed è conservato agli atti del
competente Ufficio dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a repertorio.

Letto, firmato e sottoscritto

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Palestra Medico Terapica Sas

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dott. ssa Alessandra Cassinelli)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Palestra Medico Terapica Sas

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dott. ssa Alessandra Cassinelli)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

Deliberazione del Direttore Generale, n.

**ACCORDO INTEGRATIVO NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL
TOSCANA SUD EST E CENTRO GINNASTICA CORRETTIVA E CURE
FISICHE SNC**

*Disciplina prestazioni specialistiche ambulatoriali di Medicina Fisica e
Riabilitazione*

*Atto integrativo del Contratto di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.
35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 346 del 16 febbraio 2017*

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 del
Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari, Dr.ssa Elisabetta Lucaroni,
nata a Siena, il 2 maggio 1967, domiciliata per la carica presso la sede operativa di
Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26, a ciò delegata dal Direttore Generale, Dr. Enrico
Desideri, con proprio atto n. del

E

La Società Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche Snc, con sede legale in
Sansepolcro (AR), Via del Prucino, n. 57 e sede operativa in Pieve Santo Stefano
(AR) in via del Paretaio, n. 6 (C.F. e P.I.: 01004700512), di seguito denominata
"Società", rappresentato dal legale rappresentante, Dr.ssa Maria Chiara Romolini,
nata ad Arezzo il 24 settembre 1962, domiciliata 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 uni formi ed essenziali di assistenza, sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione pubblica o privata, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto all'erogazione, è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla regione.

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

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

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

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

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

il **Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R** “Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

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”, cosiddetta, ed in particolare l’art. 15, comma 14., il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011.

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

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

la medesima Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che allo stesso comma ha poi introdotto, a decorrere dal 2016, una specifica deroga ai limiti previsti, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli IRCCS a favore di cittadini residenti in regioni

diverse da quelle di erogazione, chiarendo che è comunque necessario garantire “l’invarianza dell’effetto finanziario connesso alla deroga” attraverso misure alternative quali la riduzione delle prestazioni di bassa complessità o potenzialmente inappropriate, il contenimento delle prestazioni di pronto soccorso o di quelle di riabilitazione e lungodegenza, così come azioni su altre aree della spesa sanitaria.

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche 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 Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche Snc un importo annuo di € 44.736,00;
- 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 Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche 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 Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche 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 Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche Snc diviene titolare di un tetto di spesa unico ed onnicomprensivo annuo pari a € 101.621,04;

La nota del Settore Contabilità ed Investimenti del 23 novembre 2018, prot. n. 535966, recante "Linee guida per la redazione del bilancio preventivo 2019", la quale al punto 2.4 relativo all'acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private, precisa che nel bilancio preventivo 2019 i costi non potranno essere superiori ai limiti stabiliti dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, che

comprendono sia le attività di ricovero che quelle ambulatoriali, indipendentemente dalla provenienza del paziente;

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, con la quale è stato riorganizzato il percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2) ed il percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (percorso 3);

la **Deliberazione del Direttore Generale del 18 gennaio 2017, n. 35**, recante “Contratti tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione per il periodo 2017/2019 - Adozione schemi di contratto”, con la quale è stato adottato, tra l'altro, lo schema di contratto con la Società Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fische Snc, sottoscritto in data 16 febbraio 2017, Repertorio aziendale n. 346, per l'acquisto di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione;

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Decreto Regione Toscana Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche, del 1 febbraio 2016, n. 322, recante “Legge 51/2009: pubblicazione elenco strutture sanitarie private autorizzate al 31 dicembre 2015”;

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 7544 del 1 giugno 2017, in relazione alla struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fische Snc, ubicata in Pieve Santo Stefano (AR), in Via del

Paretaio, n. 6 e gestita dalla Società Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche Snc, per il processo ambulatoriale/outpatient nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione;

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 Integrativo, afferenti al Flusso informativo regionale SPA, considerato che il privato convenzionato è 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;

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 della presente Atto integrativo e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

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

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la propria struttura, richiamata negli atti di autorizzazione ed accreditamento, ubicata in Pieve Santo Stefano (AR), Via del Paretaio, n. 6.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono svolte da personale qualificato, in possesso dei titoli abilitanti l'esercizio delle specifiche professioni, nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale.

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 la Società 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. La Società 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, la Società si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto dei tetti economici indicati al successivo art. 5.

4. L'Azienda elabora la programmazione dell'attività annualmente e si impegna a comunicarla alla Società 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. La Società si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione comunicata dall'Azienda e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute in corso d'anno.

Art. 5 – TETTI DI SPESA

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale entro un volume di attività corrispondente al tetto unico ed omnicomprensivo annuo, individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, come revisionato, pari a € 101.621,04, da intendersi all'ordo 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'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati, secondo le quantificazioni economiche riportate nel presente articolo. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

3. 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 di medicina fisica e riabilitazione (SPA);

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

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

5. 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.

6. Le parti convengono che, una volta superati i valori dei volumi economici programmati mensilmente, dopo avere fornito una corretta informazione all'utente che accede alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, in merito alla possibilità di fruire delle prestazioni presso struttura pubblica o altra struttura accreditata, qualora l'utente esprima comunque la volontà di fruire della prestazione presso la stessa Società, potrà effettuarla assumendosene l'onere corrispondente alle tariffe private applicate dalla Società.

7. La Società 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 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.

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 Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata, completa del codice relativo alla patologia di cui alla Deliberazione Giunta regionale n. 595/2005 a cura del medico proponente, nel rispetto dei limiti di prescrizione previsti dalla deliberazione sopra citata. 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, la quale prevede che le prestazioni incluse nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (prestazioni Lea), erogate con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale 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), erogate con oneri ad esclusivo carico dell’INAIL, sono prescritte dal Dirigente Medico Inail.

2. L'accesso alla prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata unificata (Cup), tenuto conto che con Deliberazione DG del 13 ottobre 2016, n. 1148, recante “Approccio innovativo per il Governo delle liste di attesa - Il superamento del Cup per l'implementazione delle reti cliniche integrate e strutturate nell'Azienda USL Toscana Sud Est”, si è previsto che tutta l'offerta di prestazioni ambulatoriali sia prenotabile tramite la suddetta procedura informatizzata Cup aziendale.
3. L'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività.
4. Qualsiasi variazione di palinsesto sarà concertata fra Società e Azienda con il coinvolgimento delle strutture aziendali di Staff della Direzione Sanitaria e Cup aziendale. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende.
5. La programmazione tiene conto dei periodi di chiusura della struttura per ferie nel periodo estivo o in altri periodi, da comunicare all'Azienda all'inizio di ciascun anno. Nel caso in cui si manifestino criticità, le parti si rendono disponibili a concordare variazioni al periodo prestabilito.
6. Qualora l'Azienda si trovi nella necessità di programmare attività straordinaria per il rispetto del tempo appropriato di inizio terapia, per patologie 0-7 giorni, possono essere attivate agende in procedura Cup, concertate con la Società.
7. Le modalità operative relative all'uso della procedura Cup sono effettuate secondo le disposizioni emanate dall'Azienda, con particolare riferimento all'accettazione personalizzata già in uso per le strutture accreditate-convenzionate per la medicina fisica e riabilitazione della Città di Arezzo, per i codici con attesa prevista 10-30 gg.

8. Premesso che l'offerta di prestazioni ambulatoriali viene erogata previa programmazione di agende informatizzate Cup, la Società s'impegna comunque a provvedere alle attività di registrazione amministrativa della prestazione, in particolare per quanto riguarda la conferma dell'avvenuta erogazione.

9. La non corretta registrazione dell'avvenuta erogazione di una prestazione comporta la sospensione del relativo pagamento.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. La Società si impegna a registrare sulla procedura Cup l'avvenuta esecuzione delle prestazioni (pacchetto) prescritte e prenotate, evidenziando eventuali difformità tra il prenotato e l'eseguito, in modo da consentire all'Azienda la corretta compilazione del flusso informativo regionale denominato PAS.

2. Le parti prendo atto che a decorrere dal 1 gennaio 2019 il flusso informativo regionale in oggetto è stato inserito nel flusso informativo regionale SPA, mettendo a punto specifiche modalità tecniche di rilevazione, come da comunicazione di Estar del 14 novembre 2018. Il flusso è consultabile nel sito web www.regione.toscana.it/flussi-informativi, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171.

3. L'Azienda, tramite Estar, estrae i flussi informativi dell'attività resa dalla Società registrati nella procedura Cup aziendale entro il quinto giorno successivo alla chiusura del mese di riferimento.

4. La Società è tenuta a fornire i dati di struttura dei presidi ambulatoriali e delle relative apparecchiature di diagnosi e cura, con le modalità richieste da Estar, secondo i contenuti, nel rispetto delle scadenze e con le modalità di trasmissione previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali, tenendo conto delle

eventuali modifiche e/o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. Dal 31 marzo 2015, come da Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55, la trasmissione delle fatture emesse deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. La Società è tenuta ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio dell'area aretina, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: RDA7DQ.

2. Le fatture dovranno essere emesse con cadenza mensile ed inviate dalla Società all'Azienda entro il quinto giorno del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite.

3. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è *“negoziato al lordo”*.

4. L'Istituto si impegna ad inviare, tramite supporto informatico (Cd o Dvd), contestualmente all'invio della fattura la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi, con riferimento al Tabulato riepilogativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, contenete i seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato.

5. La Società conserva presso la propria sede, in originale, le prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro

dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta e si impegna ad inviare all'Azienda, Ufficio Convenzioni con Strutture Sanitarie, presso la sede legale, Via Curtatone, n. 54, 53100 Arezzo, copia delle medesime prescrizioni mediche su supporto informatico (DVD o CD), per approfondimenti dei controlli amministrativi, in modo tale che sia visibile il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. L'Azienda può richiedere ulteriori dati, previo preavviso di 60 giorni dall'inizio della rilevazione.

Art. 10 – PAGAMENTI

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

2. L'Azienda assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e ss.mm. La Società è tenuta, pertanto, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva. Tutti i movimenti finanziari relativi all'attività devono essere registrati sui conti correnti dedicati e devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni costituisce causa di risoluzione del contratto.

3. L'Azienda, al fine del pagamento delle competenze, acquisisce il documento di regolarità contributiva (DURC). La liquidazione delle competenze avviene qualora la Società 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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, utilizzando il Tabulato riepilogativo trasmesso dalla Società a corredo di ogni singola fattura elettronica o trasmesso contestualmente all'invio della fattura, tramite supporto informatico (DVD o CD).

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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda su supporto informatico (DVD o CD);

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

4. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto del tetto economico massimo previsto per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

5. In attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, l'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e i dati

registrati nella procedura Cup aziendale, dalla quale sono estratte le informazioni per la produzione del flusso informativo regionale SPA.

6. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nella procedura Cup aziendale, da cui è generato il flusso informativo regionale SPA, l'Azienda avrà titolo a procedere al blocco del pagamento della relativa fattura, dandone comunicazione alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per le incoerenze ritenute non sanabili.

7. In tutti i casi in cui la Società è tenuta all'emissione di nota di credito, ma non provvede per varie motivazioni e in tempi congrui, l'Azienda ha titolo per recuperare gli importi dovuti, con azione di rivalsa sulle competenze di spettanza

Art. 12 – RINVII AL CONTRATTO VIGENTE

1. Per quanto attiene i Controlli quali-quantitativi, l'Incompatibilità del personale, la Carta dei servizi, l'Informativa agli utenti, il Trattamento dei dati personali, le Coperture assicurative e responsabilità, la Facoltà di recesso, la Risoluzione per inadempimento, le Clausole risolutive espresse, le Controversie e il foro competente, si rinvia al contratto vigente tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Società Centro Ginnastica Correttiva e Cure Fisiche Snc, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 346 del 16 febbraio 2017.

Art. 13 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente Atto integrativo ha validità dal 1 gennaio 2019 fino al 31 dicembre 2019, fatti salvi i rapporti pregressi nelle more del perfezionamento del presente atto. I contenuti organizzativi ed economici possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle parti.

Art. 14 – SPESE

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.

Le spese sono poste a carico della Società.

2. L'imposta di bollo viene assolta in maniera virtuale dall'Azienda, come da Autorizzazione all'assolvimento virtuale rilasciata dall'Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo n. 5062 del 16 febbraio 2016. La Società provvede a rimborsare all'Azienda il costo da essa sostenuto per il pagamento dell'imposta, pari a € 96,00, mediante bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383.

3. 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 a carico della parte richiedente.

Art. 15 - SOTTOSCRIZIONE DIGITALE E 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. 15 articoli e n. 21 pagine ed è conservato agli atti del competente Ufficio dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a repertorio.

Letto, firmato e sottoscritto

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Istituto Centro Ginnastica Correttiva Snc

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dr.ssa Maria Chiara Romolini)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE	IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS
Istituto Centro Ginnastica Correttiva Snc	Azienda Usl Toscana Sud Est
(Dr.ssa Maria Chiara Romolini)	(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)
<i>(firmato digitalmente)</i>	<i>(firmato digitalmente)</i>

Deliberazione del Direttore Generale, n.

**ACCORDO INTEGRATIVO NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL
TOSCANA SUD EST E CENTRO DI KINESITERAPIA DI BONDONI
MARCELLA & C. SNC**

*Disciplina prestazioni specialistiche ambulatoriali di Medicina Fisica e
Riabilitazione*

*Atto integrativo del Contratto di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.
35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 394 del 28 febbraio 2017*

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 del
Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari, Dr.ssa Elisabetta Lucaroni,
nata a Siena, il 2 maggio 1967, domiciliata per la carica presso la sede operativa di
Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26, a ciò delegata dal Direttore Generale, Dr. Enrico
Desideri, con proprio atto n. del

E

La Società Centro di Kinesiterapia di Bondoni Marcella & C. Snc, con sede
legale in Grosseto, Via Adige, n. 27/A (C.F. e P.I.: 00836020537), di seguito
denominato "Istituto", rappresentato dal legale rappresentante, Dr.ssa Marcella
Bondoni, nata a Grosseto, il 9 giugno 1955, domiciliata 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 uni formi ed essenziali di assistenza, sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione pubblica o privata, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto all'erogazione, è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla regione.

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

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

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

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

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

il **Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R** “Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

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”, cosiddetta, ed in particolare l’art. 15, comma 14., il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011.

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

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

la medesima Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che allo stesso comma ha poi introdotto, a decorrere dal 2016, una specifica deroga ai limiti previsti, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli IRCCS a favore di cittadini residenti in regioni

diverse da quelle di erogazione, chiarendo che è comunque necessario garantire “l’invarianza dell’effetto finanziario connesso alla deroga” attraverso misure alternative quali la riduzione delle prestazioni di bassa complessità o potenzialmente inappropriate, il contenimento delle prestazioni di pronto soccorso o di quelle di riabilitazione e lungodegenza, così come azioni su altre aree della spesa sanitaria.

la **Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220**, recante

“Determinazione dei tetti massimi per l’acquisto di prestazioni dalle strutture sanitarie private accreditate”, con la quale si definisce un nuovo modello di gestione dei rapporti con il privato accreditato, convenzionato per le attività ricomprese nei flussi informativi regionali SDO, SPA e PAS, basato, tra l’altro, su quanto segue:

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Centro di Kinesiterapia 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 Centro di Kinesiterapia Snc, un importo annuo di €37.300,00;
- 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 Centro di Kinesiterapia 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 Centro di Kinesiterapia 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 Centro di Kinesiterapia Snc diviene titolare di un tetto di spesa unico ed omnicomprensivo annuo pari a € 40.000,00;

La nota del **Settore Contabilità ed Investimenti del 23 novembre 2018, prot. n. 535966**, recante "Linee guida per la redazione del bilancio preventivo 2019", la quale al punto 2.4 relativo all'acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private, precisa che nel bilancio preventivo 2019 i costi non potranno essere superiori ai limiti stabiliti dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, che comprendono sia le attività di ricovero che quelle ambulatoriali, indipendentemente dalla provenienza del paziente;

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, con la quale è stato riorganizzato il percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2) ed il percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (percorso 3);

la **Deliberazione del Direttore Generale del 18 gennaio 2017, n. 35**, recante “Contratti tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione per il periodo 2017/2019 - Adozione schemi di contratto”, con la quale è stato adottato, tra l'altro, lo schema di contratto con la Centro di Kinesiterapia Snc, sottoscritto in data 28 febbraio 2017, Repertorio aziendale n. 394, per l'acquisto di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione;

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Decreto Regione Toscana Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche, del 1 febbraio 2016, n. 322, recante “Legge 51/2009: pubblicazione elenco strutture sanitarie private autorizzate al 31 dicembre 2015”;

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 5289 del 28 aprile 2017 in relazione alla struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Centro di Kinesiterapia, ubicata in Grosseto, Via Adige, n. 27/A e gestita dalla Centro di Kinesiterapia Snc, per il processo ambulatoriale/outpatient nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione;

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 Integrativo, afferenti al Flusso informativo regionale SPA, considerato che il privato convenzionato è 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;

**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 della presente Atto integrativo e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

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

Art. 3 – MODALITA’ DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la propria struttura, richiamata negli atti di autorizzazione ed accreditamento, ubicata in Grosseto, Via Adige, n. 27/A.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono svolte da personale qualificato, in possesso dei titoli abilitanti l'esercizio delle specifiche professioni, nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale.

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 la Società 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. La Società 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, la Società si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto dei tetti economici indicati al successivo art. 5.

4. L'Azienda elabora la programmazione dell'attività annualmente e si impegna a comunicarla alla Società 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. La Società si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione comunicata dall'Azienda e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute in corso d'anno.

Art. 5 – TETTI DI SPESA

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale entro un volume di attività corrispondente al tetto unico ed omnicomprensivo annuo, individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, come revisionato, pari a € 40.000,00, da intendersi al brdo 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'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati, secondo le quantificazioni economiche riportate nel presente articolo. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

3. 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 di medicina fisica e riabilitazione (SPA);

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

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

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

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. Le parti convengono che, una volta superati i valori dei volumi economici programmati mensilmente, dopo avere fornito una corretta informazione all'utente che accede alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, in merito alla possibilità di fruire delle prestazioni presso struttura pubblica o altra struttura accreditata, qualora l'utente esprima comunque la volontà di fruire della prestazione presso la stessa Società, potrà effettuarla assumendosene l'onere corrispondente alle tariffe private applicate dalla Società.

8. La Società 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 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.

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 Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata, completa del codice relativo alla patologia di cui alla Deliberazione Giunta regionale n. 595/2005 a cura del medico proponente, nel rispetto dei limiti di prescrizione previsti dalla deliberazione sopra citata.

2. L'accesso alle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata unificata (Cup), tenuto conto che con Deliberazione DG del 13 ottobre 2016, n. 1148, recante “Approccio innovativo per il Governo delle liste di attesa - Il superamento del Cup per l'implementazione delle reti cliniche integrate e strutturate nell'Azienda USL

Toscana Sud Est”, si è previsto che tutta l’offerta di prestazioni ambulatoriali sia prenotabile tramite la suddetta procedura informatizzata Cup aziendale.

3. L'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività.

4. Qualsiasi variazione di palinsesto sarà concertata fra Società e Azienda con il coinvolgimento delle strutture aziendali di Staff della Direzione Sanitaria e Cup aziendale. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende.

5. La programmazione tiene conto dei periodi di chiusura della struttura per ferie nel periodo estivo o in altri periodi, da comunicare all’Azienda all’inizio di ciascun anno. Nel caso in cui si manifestino criticità, le parti si rendono disponibili a concordare variazioni al periodo prestabilito.

6. Qualora l’Azienda si trovi nella necessità di programmare attività straordinaria per il rispetto del tempo appropriato di inizio terapia, per patologie 0-7 giorni, possono essere attivate agende in procedura Cup, concertate con la Società.

7. Le modalità operative relative all'uso della procedura Cup sono effettuate secondo le disposizioni emanate dall'Azienda.

8. L'accesso tramite Cup avverrà con le modalità descritte dal presente articolo non appena attivati gli adeguati strumenti dagli organi aziendali competenti.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. La Società si impegna ad inserire, entro il giorno 20 del mese successivo a quello di erogazione, nel software gestionale in dotazione, denominato Caribel - Riabilitazione, i dati e le informazioni relative a tutte le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione effettuate in favore di cittadini residenti nell’ambito territoriale dell’Azienda, compresa la comunicazione dei dati relativi alle prestazioni erogate in

regime solvente, secondo il tracciato record previsto dalla Deliberazione Giunta regionale del 18 aprile 2006, n. 275, recante “Integrazione e modifiche al manuale dei flussi D.O.C”. Qualora il riferimento normativo indicato sia superato dal legislatore, la Società è tenuta ad uniformarsi alle nuove disposizioni.

2. Le parti prendo atto che a decorrere dal 1 gennaio 2019 il flusso informativo regionale in oggetto è stato inserito nel flusso informativo regionale SPA, mettendo a punto specifiche modalità tecniche di rilevazione, come da comunicazione di Estar del 14 novembre 2018. Il flusso è consultabile nel sito web www.regione.toscana.it/flussi-informativi, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171.

3. La competente struttura organizzativa di Estar provvede all'estrazione dei dati inseriti dall'Istituto nel software gestionale in dotazione, per il successivo invio alla Regione Toscana.

4. Con l'inserimento della Società nel sistema CUP aziendale, la generazione dei flussi regionali avviene tramite il sistema informatico dell'Azienda.

5. L'Azienda, nello svolgimento delle funzioni di controllo amministrativo provvede al controllo dei contenuti della fattura periodica, confrontando il dato con quanto contenuto nel Flusso denominato DOC SPA.

6. La Società è tenuta a fornire i dati di struttura dei presidi ambulatoriali e delle relative apparecchiature di diagnosi e cura, nonché i dati di attività ed i relativi tempi di attesa, con le modalità richieste da Estar, secondo i contenuti, nel rispetto delle scadenze e con le modalità di trasmissione previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali, tenendo conto delle eventuali modifiche e/o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. Dal 31 marzo 2015, come da Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55, la trasmissione delle fatture emesse deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. La Società è tenuta ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio dell'area grossetana, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: X7SWOB.

2. Le fatture dovranno essere emesse con cadenza mensile ed inviate dalla Società all'Azienda entro il quinto giorno del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite.

3. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è "negoziato al lordo". e contengono chiaramente l'indicazione del totale degli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa

4. L'Istituto si impegna ad inviare, tramite supporto informatico (Cd o Dvd), contestualmente all'invio della fattura la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi, con riferimento al Tabulato riepilogativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, contenete i seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato; eventuali codici di esenzione; riepilogo da cui risulti il totale dei ticket e l'importo complessivo della quota ricetta.

5. La Società conserva presso la propria sede, in originale, le prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta e si impegna ad inviare all'Azienda, Ufficio Convenzioni con Strutture Sanitarie, presso la sede legale, Via Curtatone, n. 54, 53100 Arezzo, copia delle medesime prescrizioni mediche su supporto informatico, per approfondimenti dei controlli amministrativi, in modo tale che sia visibile il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. L'Azienda può richiedere ulteriori dati, previo preavviso di 60 giorni dall'inizio della rilevazione.

Art. 10 – PAGAMENTI

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

2. La Società provvede a riversare all'Azienda gli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente (ticket) e a titolo di quota ricetta, di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda. Per ciascuna causale è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni ambulatoriali erogate. Per riversare correttamente gli importi in argomento, la Società 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 dalla Società. Qualora siano rilevate anomalie, la Società è tenuta a regolarizzare la propria posizione.

3. La Società, riscuotendo gli importi della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino e la quota ricetta per conto dell'Azienda, assume la veste di agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia.

4. L'Azienda assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e ss.mm. La Società è tenuta, pertanto, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva. Tutti i movimenti finanziari relativi all'attività devono essere registrati sui conti correnti dedicati e devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni costituisce causa di risoluzione del contratto.

5. L'Azienda, al fine del pagamento delle competenze, acquisisce il documento di regolarità contributiva (DURC). La liquidazione delle competenze avviene qualora la Società 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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, utilizzando il Tabulato riepilogativo trasmesso dalla Società a corredo di ogni singola fattura elettronica o trasmesso contestualmente all'invio della fattura, tramite supporto informatico (DVD o CD).

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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda su supporto informatico (DVD o CD);

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

4. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto del tetto economico massimo previsto per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

5. In attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, l'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e i dati registrati nel flusso informativo regionale SPA.

6. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nella flusso informativo regionale SPA, l'Azienda avrà titolo a procedere al blocco del pagamento della relativa fattura, dandone comunicazione alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per le incoerenze ritenute non sanabili.

7. In tutti i casi in cui la Società è tenuta all'emissione di nota di credito, ma non provvede per varie motivazioni e in tempi congrui, l'Azienda ha titolo per recuperare gli importi dovuti, con azione di rivalsa sulle competenze di spettanza

Art. 12 – RINVII AL CONTRATTO VIGENTE

1. Per quanto attiene i Controlli quali-quantitativi, l'Incompatibilità del personale, la Carta dei servizi, l'Informativa agli utenti, il Trattamento dei dati personali, le Coperture assicurative e responsabilità, la Facoltà di recesso, la Risoluzione per inadempimento, le Clausole risolutive espresse, le Controversie e il foro competente, si rinvia al contratto vigente tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Società Centro di Kinesiterapia di Bondoni Marcella & C. Snc, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 394 del 28 febbraio 2017.

Art. 13 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente Atto integrativo ha validità dal 1 gennaio 2019 fino al 31 dicembre 2019. I contenuti organizzativi ed economici possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle parti.

Art. 14 – SPESE

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. Le spese sono poste a carico della Società.

2. L'imposta di bollo viene assolta in maniera virtuale dall'Azienda, come da Autorizzazione all'assolvimento virtuale rilasciata dall'Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo n. 5062 del 16 febbraio 2016. La Società provvede a rimborsare all'Azienda il costo da essa sostenuto per il pagamento dell'imposta, pari a € 96,00, mediante bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383.

3. 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 a carico della parte richiedente.

Art. 15 - SOTTOSCRIZIONE DIGITALE E 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. 15 articoli e n. 21 pagine ed è conservato agli atti del competente Ufficio dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a repertorio.

Letto, firmato e sottoscritto

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Centro di Kinesiterapia Snc

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dott. ssa Marcella Bondoni)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Centro di Kinesiterapia Snc

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dott. ssa Marcella Bondoni)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

Deliberazione del Direttore Generale, n.

ACCORDO INTEGRATIVO NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL

TOSCANA SUD EST E FISIOTERAPIA GROSSETANA SAS

Disciplina prestazioni specialistiche ambulatoriali di Medicina Fisica e

Riabilitazione

Atto integrativo del Contratto di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.

35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 384 del 24 febbraio 2017

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 del Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari, Dr.ssa Elisabetta Lucaroni, nata a Siena, il 2 maggio 1967, domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26, a ciò delegata dal Direttore Generale, Dr. Enrico Desideri, con proprio atto n. del

E

La Società Fisioterapia Grossetana Sas, con sede legale in Grosseto, Via Pola n. 35, (C.F. e P.I.: 00837830538), di seguito denominata "Società", rappresentata dai legali rappresentanti Coppi Marco e Innocenti Matteo, domiciliati 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 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 uni formi ed essenziali di assistenza, sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione pubblica o privata, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto all'erogazione, è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla regione.

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

l'art. 29, comma 5, il quale precisa che la valorizzazione delle prestazioni, ancorchè gestite tramite compensazioni regionali, è definita dalle convenzioni e dai rapporti

tra Aziende Sanitarie e tra queste e le istituzioni private e non può comunque essere superiore alle tariffe massime definite dalla Regione.

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

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

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

il **Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R** "Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

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", cosiddetta, ed in particolare l'art. 15, comma 14,, il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie

da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011.

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

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

la medesima Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che allo stesso comma ha poi introdotto, a decorrere dal 2016, una specifica deroga ai limiti previsti, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli IRCCS a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di erogazione, chiarendo che è comunque necessario garantire “l’invarianza dell’effetto finanziario connesso alla deroga” attraverso misure

alternative quali la riduzione delle prestazioni di bassa complessità o potenzialmente inappropriate, il contenimento delle prestazioni di pronto soccorso o di quelle di riabilitazione e lungodegenza, così come azioni su altre aree della spesa sanitaria.

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Fisioterapia Grossetana Sas;
- 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 Fisioterapia Grossetana Sas, un importo annuo di €21.112,00;
- 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 Fisioterapia Grossetana Sas, 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 Fisioterapia Grossetana Sas, 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 Fisioterapia Grossetana Sas diviene titolare di un tetto di spesa unico ed onnicomprensivo annuo pari a € 28.000,00;

La nota del Settore Contabilità ed Investimenti del 23 novembre 2018, prot. n. 535966, recante "Linee guida per la redazione del bilancio preventivo 2019", la quale al punto 2.4 relativo all'acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private, precisa che nel bilancio preventivo 2019 i costi non potranno essere superiori ai limiti stabiliti dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, che comprendono sia le attività di ricovero che quelle ambulatoriali, indipendentemente dalla provenienza del paziente;

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, con la quale è stato riorganizzato il percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2) ed il percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (percorso 3);

la **Deliberazione del Direttore Generale del 18 gennaio 2017, n. 35**, recante “Contratti tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione per il periodo 2017/2019 - Adozione schemi di contratto”, con la quale è stato adottato, tra l'altro, lo schema di contratto con la Fisioterapia Grossetana Sas, sottoscritto in data 24 febbraio 2017, Repertorio aziendale n. 384, per l'acquisto di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione;

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Decreto Regione Toscana Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche, del 1 febbraio 2016, n. 322, recante “Legge 51/2009: pubblicazione elenco strutture sanitarie private autorizzate al 31 dicembre 2015”;

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 4859 del 19 aprile 2017 in relazione alla struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Fisioterapia Grossetana, ubicata in Grosseto, Via Pola n. 35 e gestita dalla Fisioterapia Grossetana Sas per il processo ambulatoriale/outpatient nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione;

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 Integrativo, afferenti al Flusso informativo regionale SPA, considerato che il privato

convenzionato è 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;

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 della presente Atto integrativo e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

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

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la propria struttura, richiamata negli atti di autorizzazione ed accreditamento, ubicata in Grosseto, Via Pola n. 35.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono svolte da personale qualificato, in possesso dei titoli abilitanti l'esercizio delle specifiche professioni, nel pieno rispetto del codice di deontologia

delle diverse professionalità impiegate, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale.

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 la Società 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. La Società 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, la Società si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto dei tetti economici indicati al successivo art. 5.

4. L'Azienda elabora la programmazione dell'attività annualmente e si impegna a comunicarla alla Società 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. La Società si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione comunicata dall'Azienda e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute in corso d'anno.

Art. 5 – TETTI DI SPESA

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale entro un volume di attività corrispondente al tetto unico ed omnicomprensivo annuo, individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, come revisionato, pari a € 28.000,00, da intendersi al brdo 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'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati, secondo le quantificazioni economiche riportate nel presente articolo. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

3. 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 di medicina fisica e riabilitazione (SPA);
- è tesa a valutare il rispetto dei limiti quantitativi assegnati alla Società e la coerenza della casistica erogata rispetto a quella contrattualmente prevista.

4. La Società si impegna ad assicurare coerenza fra quanto indicato nei flussi informativi regionali SPA e gli importi fatturati all'Azienda, la quale provvede a

registrarli nei conti economici di pertinenza dell'assistenza specialistica ambulatoriale da privato.

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

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. Le parti convengono che, una volta superati i valori dei volumi economici programmati mensilmente, dopo avere fornito una corretta informazione all'utente che accede alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, in merito alla possibilità di fruire delle prestazioni presso struttura pubblica o altra struttura accreditata, qualora l'utente esprima comunque la volontà di fruire della prestazione presso la stessa Società, potrà effettuarla assumendosene l'onere corrispondente alle tariffe private applicate dalla Società.

8. La Società si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione regionale e nazionale relative alle variazioni dei 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 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.

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 Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata, completa del codice relativo alla patologia di cui alla Deliberazione Giunta regionale n. 595/2005 a cura del medico proponente, nel rispetto dei limiti di prescrizione previsti dalla deliberazione sopra citata. 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, la quale prevede che le prestazioni incluse nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (prestazioni Lea), erogate con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale 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), erogate con oneri ad esclusivo carico dell'INAIL, sono prescritte dal Dirigente Medico Inail.

2. L'accesso alle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata unificata (Cup), tenuto conto che con Deliberazione DG del 13 ottobre 2016, n. 1148, recante "Approccio

innovativo per il Governo delle liste di attesa - Il superamento del Cup per l'implementazione delle reti cliniche integrate e strutturate nell'Azienda USL Toscana Sud Est", si è previsto che tutta l'offerta di prestazioni ambulatoriali sia prenotabile tramite la suddetta procedura informatizzata Cup aziendale.

3. L'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività.

4. Qualsiasi variazione di palinsesto sarà concertata fra Società e Azienda con il coinvolgimento delle strutture aziendali di Staff della Direzione Sanitaria e Cup aziendale. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende.

5. La programmazione tiene conto dei periodi di chiusura della struttura per ferie nel periodo estivo o in altri periodi, da comunicare all'Azienda all'inizio di ciascun anno. Nel caso in cui si manifestino criticità, le parti si rendono disponibili a concordare variazioni al periodo prestabilito.

6. Qualora l'Azienda si trovi nella necessità di programmare attività straordinaria per il rispetto del tempo appropriato di inizio terapia, per patologie 0-7 giorni, possono essere attivate agende in procedura Cup, concertate con la Società.

7. Le modalità operative relative all'uso della procedura Cup sono effettuate secondo le disposizioni emanate dall'Azienda.

8. L'accesso tramite Cup avverrà con le modalità descritte dal presente articolo non appena attivati gli adeguati strumenti dagli organi aziendali competenti.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. La Società si impegna ad inserire, entro il giorno 20 del mese successivo a quello di erogazione, nel software gestionale in dotazione, denominato Caribel - Riabilitazione, i dati e le informazioni relative a tutte le prestazioni di medicina

fisica e riabilitazione effettuate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, compresa la comunicazione dei dati relativi alle prestazioni erogate in regime solvente, secondo il tracciato record previsto dalla Deliberazione Giunta regionale del 18 aprile 2006, n. 275, recante "Integrazione e modifiche al manuale dei flussi D.O.C". Qualora il riferimento normativo indicato sia superato dal legislatore, la Società è tenuta ad uniformarsi alle nuove disposizioni.

2. Le parti prendo atto che a decorrere dal 1 gennaio 2019 il flusso informativo regionale in oggetto è stato inserito nel flusso informativo regionale SPA, mettendo a punto specifiche modalità tecniche di rilevazione, come da comunicazione di Estar del 14 novembre 2018. Il flusso è consultabile nel sito web www.regione.toscana.it/flussi-informativi, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171.

3. La competente struttura organizzativa di Estar provvede all'estrazione dei dati inseriti dalla Società nel software gestionale in dotazione, per il successivo invio alla Regione Toscana.

4. Con l'inserimento dell'Istituto nel sistema CUP aziendale, la generazione dei flussi regionali avviene tramite il sistema informatico dell'Azienda.

5. L'Azienda, nello svolgimento delle funzioni di controllo amministrativo provvede al controllo dei contenuti della fattura periodica, confrontando il dato con quanto contenuto nel Flusso denominato DOC SPA.

6. La Società è tenuta a fornire i dati di struttura dei presidi ambulatoriali e delle relative apparecchiature di diagnosi e cura, nonché i dati di attività ed i relativi tempi di attesa, con le modalità richieste da Estar, secondo i contenuti, nel rispetto delle scadenze e con le modalità di trasmissione previste dalle vigenti disposizioni

nazionali e regionali, tenendo conto delle eventuali modifiche e/o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. Dal 31 marzo 2015, come da Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55, la trasmissione delle fatture emesse deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. La Società è tenuta ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio dell'area grossetana, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: X7SWOB.

2. Le fatture dovranno essere emesse con cadenza mensile ed inviate dalla Società all'Azienda entro il quinto giorno del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite.

3. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è "negoziato al lordo". e contengono chiaramente l'indicazione del totale degli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa

4. L'Istituto si impegna ad inviare, tramite supporto informatico (Cd o Dvd), contestualmente all'invio della fattura la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi, con riferimento al Tabulato riepilogativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, contenete i seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda UsI di residenza dell'utente; 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; eventuali

codici di esenzione; riepilogo da cui risulti il totale dei ticket e l'importo complessivo della quota ricetta.

5. La Società conserva presso la propria sede, in originale, le prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta e si impegna ad inviare all'Azienda, Ufficio Convenzioni con Strutture Sanitarie, presso la sede legale, Via Curtatone, n. 54, 53100 Arezzo, copia delle medesime prescrizioni mediche su supporto informatico, per approfondimenti dei controlli amministrativi, in modo tale che sia visibile il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. L'Azienda può richiedere ulteriori dati, previo preavviso di 60 giorni dall'inizio della rilevazione.

Art. 10 – PAGAMENTI

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

2. La Società provvede a riversare all'Azienda gli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente (ticket) e a titolo di quota ricetta, di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda. Per ciascuna causale è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni ambulatoriali erogate. Per riversare correttamente gli importi in argomento, la Società 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 dalla Società. Qualora siano rilevate anomalie, la Società è tenuta a regolarizzare la propria posizione.

3. La Società, riscuotendo gli importi della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino e la quota ricetta per conto dell'Azienda, assume la veste di agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia.

4. L'Azienda assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e ss.mm. La Società è tenuta, pertanto, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva. Tutti i movimenti finanziari relativi all'attività devono essere registrati sui conti correnti dedicati e devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni costituisce causa di risoluzione del contratto.

5. L'Azienda, al fine del pagamento delle competenze, acquisisce il documento di regolarità contributiva (DURC). La liquidazione delle competenze avviene qualora la Società 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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, utilizzando il Tabulato riepilogativo trasmesso dalla Società a corredo di ogni singola fattura elettronica o trasmesso contestualmente all'invio della fattura, tramite supporto informatico (DVD o CD).

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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda su supporto informatico (DVD o CD);

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

4. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto del tetto economico massimo previsto per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

5. In attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, l'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e i dati registrati nel flusso informativo regionale SPA.

6. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nella flusso informativo regionale SPA, l'Azienda avrà titolo a procedere al blocco del pagamento della relativa fattura, dandone comunicazione alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per le incoerenze ritenute non sanabili.

7. In tutti i casi in cui la Società è tenuta all'emissione di nota di credito, ma non provvede per varie motivazioni e in tempi congrui, l'Azienda ha titolo per recuperare gli importi dovuti, con azione di rivalsa sulle competenze di spettanza

Art. 12 – RINVII AL CONTRATTO VIGENTE

1. Per quanto attiene i Controlli quali-quantitativi, l'Incompatibilità del personale, la Carta dei servizi, l'Informativa agli utenti, il Trattamento dei dati personali, le Coperture assicurative e responsabilità, la Facoltà di recesso, la Risoluzione per inadempimento, le Clausole risolutive espresse, le Controversie e il foro competente, si rinvia al contratto vigente tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Società Fisioterapia Grossetana Sas, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 384 del 24 febbraio 2017.

Art. 13 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente Atto integrativo ha validità dal 1 gennaio 2019 fino al 31 dicembre 2019. I contenuti organizzativi ed economici possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle parti.

Art. 14 – SPESE

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.

Le spese sono poste a carico della Società.

2. L'imposta di bollo viene assolta in maniera virtuale dall'Azienda, come da Autorizzazione all'assolvimento virtuale rilasciata dall'Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo n. 5062 del 16 febbraio 2016. La Società provvede a rimborsare all'Azienda il costo da essa sostenuto per il pagamento dell'imposta, pari a € 96,00, mediante bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383.

3. 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 a carico della parte richiedente.

Art. 15 - SOTTOSCRIZIONE DIGITALE E 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. 15 articoli e n. 21 pagine ed è conservato agli atti del competente Ufficio dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a repertorio.

Letto, firmato e sottoscritto

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Fisioterapia Grossetana Sas

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Coppi Marco e Innocenti Matteo)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Fisioterapia Grossetana Sas

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Coppi Marco e Innocenti Matteo)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

Deliberazione del Direttore Generale, n.

ACCORDO INTEGRATIVO NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL

TOSCANA SUD EST E TERME DI CHIANCIANO S.P.A.

Disciplina prestazioni specialistiche ambulatoriali di Medicina Fisica e

Riabilitazione

Atto integrativo del Contratto di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.

35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 380 del 24 febbraio 2017

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 del Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari, Dr.ssa Elisabetta Lucaroni, nata a Siena, il 2 maggio 1967, domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26, a ciò delegata dal Direttore Generale, Dr. Enrico Desideri, con proprio atto n. del

E

La **Società Terme di Chianciano Spa**, con sede legale in Chianciano Terme 53042, Via delle Rose, n. 12, (C.F. e P.I. n. 01152750525), di seguito denominata "**Società**", rappresentata dal Direttore Generale, Dr. Mauro Della Lena, nato a Città della Pieve (PG), il 14 marzo 1970, domiciliato per la carica presso la suddetta, in attuazione dell'atto del 1 aprile 2014;

RICHIAMATO

il **Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**, recante “Riordino della disciplina

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

il **Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R** “Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

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”, cosiddetta, ed in particolare l’art. 15, comma 14., il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011.

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

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

la medesima Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che allo stesso comma ha poi introdotto, a decorrere dal 2016, una specifica deroga ai limiti previsti, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli IRCCS a favore di cittadini residenti in regioni

diverse da quelle di erogazione, chiarendo che è comunque necessario garantire “l’invarianza dell’effetto finanziario connesso alla deroga” attraverso misure alternative quali la riduzione delle prestazioni di bassa complessità o potenzialmente inappropriate, il contenimento delle prestazioni di pronto soccorso o di quelle di riabilitazione e lungodegenza, così come azioni su altre aree della spesa sanitaria.

la **Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220**, recante

“Determinazione dei tetti massimi per l’acquisto di prestazioni dalle strutture sanitarie private accreditate”, con la quale si definisce un nuovo modello di gestione dei rapporti con il privato accreditato, convenzionato per le attività ricomprese nei flussi informativi regionali SDO, SPA e PAS, basato, tra l’altro, su quanto segue:

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Terme di Chianciano Spa;
- 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 Terme di Chianciano Spa, un importo annuo di € 59.916,67;
- 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 Terme di Chianciano Spa, 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 Terme di Chianciano Spa, tramite i flussi informativi specifici relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale (SPA);

La nota del **Settore Contabilità ed Investimenti del 23 novembre 2018, prot. n. 535966**, recante “Linee guida per la redazione del bilancio preventivo 2019”, la quale al punto 2.4 relativo all'acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private, precisa che nel bilancio preventivo 2019 i costi non potranno essere superiori ai limiti stabiliti dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, che comprendono sia le attività di ricovero che quelle ambulatoriali, indipendentemente dalla provenienza del paziente;

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, con la quale è stato riorganizzato il percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2) ed il percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (percorso 3);

la **Deliberazione del Direttore Generale del 18 gennaio 2017, n. 35**, recante “Contratti tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione per il periodo 2017/2019 - Adozione schemi di contratto”, con la quale è stato adottato, tra l'altro, lo schema di contratto con la Terme di Chianciano Spa, sottoscritto in data 24 febbraio 2017, Repertorio aziendale n. 380, per l'acquisto di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione;

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Decreto Regione Toscana Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche, del 1 febbraio 2016, n. 322, recante "Legge 51/2009: pubblicazione elenco strutture sanitarie private autorizzate al 31 dicembre 2015";

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 6772 del 19 ,aggio 2017 in relazione alla struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Terme di Chianciano, ubicata in Chianciano Terme in Piazza Marconi, n. 15/16 e gestita dalla Terme di Chianciano Spa, per il processo ambulatoriale/outpatient nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione;

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 Integrativo, afferenti al Flusso informativo regionale SPA, considerato che il privato convenzionato è 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;

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 della presente Atto integrativo e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

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

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la propria struttura, richiamata negli atti di autorizzazione ed accreditamento, ubicata in Chianciano Terme, in Piazza Marconi, n. 15/16.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono svolte da personale qualificato, in possesso dei titoli abilitanti l'esercizio delle specifiche professioni, nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale.

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 la Società 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. La Società 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, la Società si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto dei tetti economici indicati al successivo art. 5.

4. L'Azienda elabora la programmazione dell'attività annualmente e si impegna a comunicarla alla Società 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. La Società si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione comunicata dall'Azienda e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute in corso d'anno.

Art. 5 – TETTI DI SPESA

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale entro un volume di attività corrispondente al tetto unico ed omnicomprendivo annuo, individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, pari a € 59.916,67, 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'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati, secondo le quantificazioni economiche riportate nel presente articolo. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

3. 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 di medicina fisica e riabilitazione (SPA);
- è tesa a valutare il rispetto dei limiti quantitativi assegnati alla Società e la coerenza della casistica erogata rispetto a quella contrattualmente prevista.

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

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

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. Le parti convengono che, una volta superati i valori dei volumi economici programmati mensilmente, dopo avere fornito una corretta informazione all'utente

che accede alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, in merito alla possibilità di fruire delle prestazioni presso struttura pubblica o altra struttura accreditata, qualora l'utente esprima comunque la volontà di fruire della prestazione presso la stessa Società, potrà effettuarla assumendosene l'onere corrispondente alle tariffe private applicate dalla Società.

8. La Società si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione regionale e nazionale relative alle variazioni dei 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 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.

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 Nazionale oppure

su ricetta elettronica dematerializzata, completa del codice relativo alla patologia di cui alla Deliberazione Giunta regionale n. 595/2005 a cura del medico proponente, nel rispetto dei limiti di prescrizione previsti dalla deliberazione sopra citata. 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, la quale prevede che le prestazioni incluse nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (prestazioni Lea), erogate con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale 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), erogate con oneri ad esclusivo carico dell'INAIL, sono prescritte dal Dirigente Medico Inail.

2. L'accesso alle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata unificata (Cup), tenuto conto che con Deliberazione DG del 13 ottobre 2016, n. 1148, recante "Approccio innovativo per il Governo delle liste di attesa - Il superamento del Cup per l'implementazione delle reti cliniche integrate e strutturate nell'Azienda USL Toscana Sud Est", si è previsto che tutta l'offerta di prestazioni ambulatoriali sia prenotabile tramite la suddetta procedura informatizzata Cup aziendale.

3. L'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività.

4. Qualsiasi variazione di palinsesto sarà concertata fra Società e Azienda con il coinvolgimento delle strutture aziendali di Staff della Direzione Sanitaria e Cup aziendale. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende.

5. La programmazione tiene conto dei periodi di chiusura della struttura per ferie nel periodo estivo o in altri periodi, da comunicare all'Azienda all'inizio di ciascun anno. Nel caso in cui si manifestino criticità, le parti si rendono disponibili a concordare variazioni al periodo prestabilito.

6. Qualora l'Azienda si trovi nella necessità di programmare attività straordinaria per il rispetto del tempo appropriato di inizio terapia, per patologie 0-7 giorni, possono essere attivate agende in procedura Cup, concertate con la Società.

7. Le modalità operative relative all'uso della procedura Cup sono effettuate secondo le disposizioni emanate dall'Azienda.

8. L'accesso tramite Cup avverrà con le modalità descritte dal presente articolo non appena attivati gli adeguati strumenti dagli organi aziendali competenti.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. La Società fornisce, con cadenza mensile, entro il giorno 5 di ogni mese, alla competente struttura organizzativa di Estar, i files relativi a tutte le prestazioni ambulatoriali effettuate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, ivi compresa quella che non genera effetti finanziari a carico del Servizio sanitario nazionale, secondo il tracciato record previsto dalla Deliberazione Giunta regionale del 18 aprile 2006, n. 275, recante "Integrazione e modifiche al manuale dei flussi D.O.C". Qualora il riferimento normativo indicato sia superato dal legislatore, l'Istituto è tenuto ad uniformarsi alle nuove disposizioni.

2. Le parti prendo atto che a decorrere dal 1 gennaio 2019 il flusso informativo regionale in oggetto è stato inserito nel flusso informativo regionale SPA, mettendo a punto specifiche modalità tecniche di rilevazione, come da comunicazione di Estar del 14 novembre 2018. Il flusso è consultabile nel sito web

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

3. La competente struttura organizzativa di Estar provvede all'estrazione dei dati inseriti dalla Società nel software gestionale in dotazione, per il successivo invio alla Regione Toscana.

4. Con l'inserimento della Società nel sistema CUP aziendale, la generazione dei flussi regionali avviene tramite il sistema informatico dell'Azienda.

5. L'Azienda, nello svolgimento delle funzioni di controllo amministrativo provvede al controllo dei contenuti della fattura periodica, confrontando il dato con quanto contenuto nel Flusso denominato DOC SPA.

6. La Società è tenuta a fornire i dati di struttura dei presidi ambulatoriali e delle relative apparecchiature di diagnosi e cura, nonché i dati di attività ed i relativi tempi di attesa, con le modalità richieste da Estar, secondo i contenuti, nel rispetto delle scadenze e con le modalità di trasmissione previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali, tenendo conto delle eventuali modifiche e/o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. Dal 31 marzo 2015, come da Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55, la trasmissione delle fatture emesse deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. La Società è tenuta ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio dell'area senese, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: ZXFD74.

2. Le fatture dovranno essere emesse con cadenza mensile ed inviate dalla Società all'Azienda entro il quinto giorno del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite.

3. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è "negoziato al lordo". e contengono chiaramente l'indicazione del totale degli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa

4. La Società si impegna ad inviare, tramite supporto informatico (Cd o Dvd), contestualmente all'invio della fattura la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi, con riferimento al Tabulato riepilogativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, contenete i seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato; eventuali codici di esenzione; riepilogo da cui risulti il totale dei ticket e l'importo complessivo della quota ricetta.

5. La Società conserva presso la propria sede, in originale, le prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta e si impegna ad inviare all'Azienda, Ufficio Convenzioni con Strutture Sanitarie, presso la sede legale, Via Curtatone, n. 54, 53100 Arezzo, copia delle medesime prescrizioni mediche su supporto informatico, per approfondimenti dei controlli amministrativi, in modo tale che sia visibile il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. L'Azienda può richiedere ulteriori dati, previo preavviso di 60 giorni dall'inizio della rilevazione.

Art. 10 – PAGAMENTI

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

2. La Società provvede a riversare all'Azienda gli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente (ticket) e a titolo di quota ricetta, di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda. Per ciascuna causale è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni ambulatoriali erogate. Per riversare correttamente gli importi in argomento, la Società 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 dalla Società. Qualora siano rilevate anomalie, la Società è tenuta a regolarizzare la propria posizione.

3. La Società, riscuotendo gli importi della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino e la quota ricetta per conto dell'Azienda, assume la veste di agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia.

4. L'Azienda assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e ss.mm. La Società è tenuta, pertanto, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva. Tutti i movimenti

finanziari relativi all'attività devono essere registrati sui conti correnti dedicati e devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni costituisce causa di risoluzione del contratto.

5. L'Azienda, al fine del pagamento delle competenze, acquisisce il documento di regolarità contributiva (DURC). La liquidazione delle competenze avviene qualora la Società 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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, utilizzando il Tabulato riepilogativo trasmesso dalla Società a corredo di ogni singola fattura elettronica o trasmesso contestualmente all'invio della fattura, tramite supporto informatico (DVD o CD).

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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda su supporto informatico (DVD o CD);

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

4. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto del tetto economico massimo previsto per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

5. In attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, l'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e i dati registrati nel flusso informativo regionale SPA.

6. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nella flusso informativo regionale SPA, l'Azienda avrà titolo a procedere al blocco del pagamento della relativa fattura, dandone comunicazione alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per le incoerenze ritenute non sanabili.

7. In tutti i casi in cui la Società è tenuta all'emissione di nota di credito, ma non provvede per varie motivazioni e in tempi congrui, l'Azienda ha titolo per recuperare gli importi dovuti, con azione di rivalsa sulle competenze di spettanza

Art. 12 – RINVII AL CONTRATTO VIGENTE

1. Per quanto attiene i Controlli quali-quantitativi, l'Incompatibilità del personale, la Carta dei servizi, l'Informativa agli utenti, il Trattamento dei dati personali, le Coperture assicurative e responsabilità, la Facoltà di recesso, la Risoluzione per inadempimento, le Clausole risolutive espresse, le Controversie e il foro competente, si rinvia al contratto vigente tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Terme di Chianciano Spa, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 380 del 24 febbraio 2017.

Art. 13 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente Atto integrativo ha validità dal 1 gennaio 2019 fino al 31 dicembre 2019. I contenuti organizzativi ed economici possono essere oggetto di revisione

periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle parti.

Art. 14 – SPESE

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.

Le spese sono poste a carico della Società.

2. L'imposta di bollo viene assolta in maniera virtuale dall'Azienda, come da Autorizzazione all'assolvimento virtuale rilasciata dall'Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo n. 5062 del 16 febbraio 2016. La Società provvede a rimborsare all'Azienda il costo da essa sostenuto per il pagamento dell'imposta, pari a € 96,00, mediante bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383.

3. 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 a carico della parte richiedente.

Art. 15 - SOTTOSCRIZIONE DIGITALE E 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. 15 articoli e n. 21 pagine ed è conservato agli atti del competente Ufficio dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a repertorio.

Letto, firmato e sottoscritto

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Terme di Chianciano Spa

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dr. Mauro Della Lena)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Terme di Chianciano Spa

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dr. Mauro Della Lena)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

Deliberazione del Direttore Generale, n.

ACCORDO INTEGRATIVO NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL

TOSCANA SUD EST E FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS

Disciplina prestazioni specialistiche ambulatoriali di Medicina Fisica e

Riabilitazione

Atto integrativo del Contratto di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.

35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 396 del 28 febbraio 2017

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 del Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari, Dr.ssa Elisabetta Lucaroni, nata a Siena, il 2 maggio 1967, domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26, a ciò delegata dal Direttore Generale, Dr. Enrico Desideri, con proprio atto n. del

E

La **Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus**, con sede legale in Milano, Piazzale Morandi, n.6 (C.F. n. 04793650583 e P.I. n.12520870150), di seguito denominato "Istituto" rappresentata dal Direttore Presidio Centro 1, Dr. Fabio Carlotti, nato a Pontremoli il 4 febbraio 1969, domiciliato per la carica presso I.R.C.C.S Centro di Riabilitazione Don Carlo Gnocchi di Firenze, Via di Scandicci, 269, munito dei poteri di firma come risulta da delega conferita dal Presidente della "Fondazione Don Carlo Gnocchi – ONLUS", depositata agli atti dell'Azienda al momento della sottoscrizione del contratto.

RICHIAMATO

il **Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria” e s.m.i., ed in particolare:

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

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

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

l’art. 8 quater comma 1, in virtù del quale l'accreditamento istituzionale e' rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di

qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

il **Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R**
"Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti

autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

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”, cosiddetta, ed in particolare l’art. 15, comma 14,, il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l’acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l’assistenza specialistica ambulatoriale e per l’assistenza ospedaliera, una riduzione dell’importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall’anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011.

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

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

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

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus;
- 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 Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus, un importo annuo di € 92.101,00;
- 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 Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus, 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 Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus, tramite i flussi informativi specifici relativi all’assistenza specialistica ambulatoriale (SPA);

La nota del Settore Contabilità ed Investimenti del 23 novembre 2018, prot. n. 535966, recante “Linee guida per la redazione del bilancio preventivo 2019”, la quale al punto 2.4 relativo all’acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private, precisa che nel bilancio preventivo 2019 i costi non potranno essere superiori ai limiti stabiliti dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, che comprendono sia le attività di ricovero che quelle ambulatoriali, indipendentemente dalla provenienza del paziente;

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, con la quale è stato riorganizzato il percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2) ed il percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (percorso 3);

la **Deliberazione del Direttore Generale del 18 gennaio 2017, n. 35**, recante “Contratti tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione per il periodo 2017/2019 - Adozione schemi di contratto”, con la quale è stato adottato, tra

l'altro, lo schema di contratto con la Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus, sottoscritto in data 28 febbraio 2017, Repertorio aziendale n. 396, per l'acquisto di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione;

PREMESSO

Che l'Istituto risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Decreto Regione Toscana Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche, del 1 febbraio 2016, n. 322, recante "Legge 51/2009: pubblicazione elenco strutture sanitarie private autorizzate al 31 dicembre 2015";

Che l'Istituto risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 5105 del 21 aprile 2017, in relazione alla struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Fondazione Don Carlo Gnocchi, ubicata in Colle Val d'Elsa, via delle Casette, n. 64, e gestita dalla Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus, per la disciplina di medicina fisica e riabilitazione;

Che l'Istituto si rende disponibile a garantire l'offerta della propria collaborazione, per la quantità e la qualità delle prestazioni inserite nel presente Accordo Integrativo, afferenti al Flusso informativo regionale SPA, considerato che il privato convenzionato è 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;

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 della presente Atto integrativo e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente Accordo Integrativo, affida all'Istituto, nell'ambito del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo definito dalla programmazione sanitaria regionale richiamata in premessa, l'erogazione delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione, in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e di altre aziende sanitarie della Regione Toscana.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. L'Istituto assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la propria struttura, richiamata negli atti di autorizzazione ed accreditamento, ubicata in Colle Val d'Elsa, via delle Casette, n. 64.

2. L'Istituto assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono svolte da personale qualificato, in possesso dei titoli abilitanti l'esercizio delle specifiche professioni, nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale.

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’Istituto 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’Istituto 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’Istituto si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto dei tetti economici indicati al successivo art. 5.

4. L’Azienda elabora la programmazione dell’attività annualmente e si impegna a comunicarla all’Istituto 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’Istituto 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’Istituto si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione entro un volume di attività corrispondente al tetto

unico ed omnicomprensivo annuo, individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, pari a € 92.101,00, 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, come di seguito articolato:

- residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda: €76.905,50;
- residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana: € 15.195,50.

Viene garantita la compensazione tra i due sotto-tetti di spesa all'interno del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale.

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

3. L'Istituto 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 di medicina fisica e riabilitazione (SPA);
- è tesa a valutare il rispetto dei limiti quantitativi assegnati all'Istituto e la coerenza della casistica erogata rispetto a quella contrattualmente prevista.

4. L'Istituto si impegna ad assicurare coerenza fra quanto indicato nei flussi informativi regionali SPA e gli importi fatturati all'Azienda, la quale provvede a registrarli nei conti economici di pertinenza dell'assistenza specialistica

ambulatoriale da privato, per residenti in Azienda Usl Toscana Sud Est e residenti in Regione Toscana.

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

6. L'Istituto 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. Le parti convengono che, una volta superati i valori dei volumi economici programmati mensilmente, dopo avere fornito una corretta informazione all'utente che accede alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, in merito alla possibilità di fruire delle prestazioni presso struttura pubblica o altra struttura accreditata, qualora l'utente esprima comunque la volontà di fruire della prestazione presso lo stesso Istituto, potrà effettuarla assumendosene l'onere corrispondente alle tariffe private applicate dall'Istituto.

8. L'Istituto si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione regionale e nazionale relative alle variazioni dei 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 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.

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 Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata, completa del codice relativo alla patologia di cui alla Deliberazione Giunta regionale n. 595/2005 a cura del medico proponente, nel rispetto dei limiti di prescrizione previsti dalla deliberazione sopra citata. 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, la quale prevede che le prestazioni incluse nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (prestazioni Lea), erogate con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale 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), erogate con oneri ad esclusivo carico dell'INAIL, sono prescritte dal Dirigente Medico Inail.

2. L'accesso alle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata unificata (Cup), tenuto conto che con Deliberazione DG del 13 ottobre 2016, n. 1148, recante "Approccio

innovativo per il Governo delle liste di attesa - Il superamento del Cup per l'implementazione delle reti cliniche integrate e strutturate nell'Azienda USL Toscana Sud Est", si è previsto che tutta l'offerta di prestazioni ambulatoriali sia prenotabile tramite la suddetta procedura informatizzata Cup aziendale.

3. L'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività.

4. Qualsiasi variazione di palinsesto sarà concertata fra Società e Azienda con il coinvolgimento delle strutture aziendali di Staff della Direzione Sanitaria e Cup aziendale. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende.

5. La programmazione tiene conto dei periodi di chiusura della struttura per ferie nel periodo estivo o in altri periodi, da comunicare all'Azienda all'inizio di ciascun anno. Nel caso in cui si manifestino criticità, le parti si rendono disponibili a concordare variazioni al periodo prestabilito.

6. Qualora l'Azienda si trovi nella necessità di programmare attività straordinaria per il rispetto del tempo appropriato di inizio terapia, per patologie 0-7 giorni, possono essere attivate agende in procedura Cup, concertate con la Società.

7. Le modalità operative relative all'uso della procedura Cup sono effettuate secondo le disposizioni emanate dall'Azienda.

8. L'accesso tramite Cup avverrà con le modalità descritte dal presente articolo non appena attivati gli adeguati strumenti dagli organi aziendali competenti.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. L'Istituto fornisce, con cadenza mensile, entro il giorno 5 di ogni mese, alla competente struttura organizzativa di Estar, i files relativi a tutte le prestazioni ambulatoriali effettuate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale

dell'Azienda e di cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana, ivi compresa quella che non genera effetti finanziari a carico del Servizio sanitario nazionale, secondo il tracciato previsto dalla Deliberazione Giunta regionale del 18 aprile 2006, n. 275, recante "Integrazione e modifiche al manuale dei flussi D.O.C".

2. Le parti prendo atto che a decorrere dal 1 gennaio 2019 il flusso informativo regionale in oggetto è stato inserito nel flusso informativo regionale SPA, mettendo a punto specifiche modalità tecniche di rilevazione, come da comunicazione di Estar del 14 novembre 2018. Il flusso è consultabile nel sito web www.regione.toscana.it/flussi-informativi, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171.

3. La competente struttura organizzativa di Estar provvede all'estrazione dei dati inseriti dall'Istituto nel software gestionale in dotazione, per il successivo invio alla Regione Toscana.

4. Con l'inserimento dell'Istituto nel sistema CUP aziendale, la generazione dei flussi regionali avviene tramite il sistema informatico dell'Azienda.

5. L'Azienda, nello svolgimento delle funzioni di controllo amministrativo provvede al controllo dei contenuti della fattura periodica, confrontando il dato con quanto contenuto nel Flusso denominato DOC SPA.

6. L'Istituto è tenuta a fornire i dati di struttura dei presidi ambulatoriali e delle relative apparecchiature di diagnosi e cura, nonché i dati di attività ed i relativi tempi di attesa, con le modalità richieste da Estar, secondo i contenuti, nel rispetto delle scadenze e con le modalità di trasmissione previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali, tenendo conto delle eventuali modifiche e/o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. Dal 31 marzo 2015, come da Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55, la trasmissione delle fatture emesse deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. L'Istituto è tenuto ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio dell'area senese, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: ZXFD74.

2. Le fatture dovranno essere emesse con cadenza mensile ed inviate dall'Istituto all'Azienda entro il quinto giorno del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite.

3. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione erogate dall'Istituto sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è *“negoziato al lordo”*. e contengono chiaramente l'indicazione del totale degli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa

4. L'Istituto si impegna ad inviare, tramite supporto informatico (Cd o Dvd), contestualmente all'invio della fattura la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi, con riferimento al Tabulato riepilogativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, contenete i seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato; eventuali codici di esenzione; riepilogo da cui risulti il totale dei ticket e l'importo complessivo della quota ricetta.

5. L'Istituto conserva presso la propria sede, in originale, le prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta e si impegna ad inviare all'Azienda, Ufficio Convenzioni con Strutture Sanitarie, presso la sede legale, Via Curtatone, n. 54, 53100 Arezzo, copia delle medesime prescrizioni mediche su supporto informatico, per approfondimenti dei controlli amministrativi, in modo tale che sia visibile il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. L'Azienda può richiedere ulteriori dati, previo preavviso di 60 giorni dall'inizio della rilevazione.

Art. 10 – PAGAMENTI

1. Il pagamento delle prestazioni erogate dall'Istituto avviene entro 60 giorni dalla data di ricevimento delle fatture elettroniche da parte dell'Istituto 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.

2. L'Istituto provvede a riversare all'Azienda gli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente (ticket) e a titolo di quota ricetta, di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda. Per ciascuna causale è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni ambulatoriali erogate. Per riversare correttamente gli importi in argomento, l'Istituto 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 dall'Istituto. Qualora siano rilevate anomalie, l'Istituto è tenuto a regolarizzare la propria posizione.

3. L'Istituto, riscuotendo gli importi della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino e la quota ricetta per conto dell'Azienda, assume la veste di agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia.

4. L'Azienda assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e ss.mm. L'Istituto è tenuto, pertanto, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva. Tutti i movimenti finanziari relativi all'attività devono essere registrati sui conti correnti dedicati e devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni costituisce causa di risoluzione del contratto.

5. L'Azienda, al fine del pagamento delle competenze, acquisisce il documento di regolarità contributiva (DURC). La liquidazione delle competenze avviene qualora l'Istituto 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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, utilizzando il Tabulato riepilogativo trasmesso dall'Istituto a corredo di ogni singola fattura elettronica o trasmesso contestualmente all'invio della fattura, tramite supporto informatico (DVD o CD).

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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, trasmesse mensilmente dall'Istituto all'Azienda su supporto informatico (DVD o CD).

3. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione all'Istituto. L'Istituto 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 all'Istituto. L'Istituto 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 del tetto economico massimo previsto per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

5. In attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, l'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e i dati registrati nel flusso informativo regionale SPA.

6. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nella flusso informativo regionale SPA, l'Azienda avrà titolo a procedere al blocco del pagamento della relativa fattura, dandone comunicazione all'Istituto. L'Istituto è tenuto ad emettere nota di credito per le incoerenze ritenute non sanabili.

7. L'istituto è tenuto a restituire all'Azienda gli importi già percepiti a seguito di emissione di fattura, ma successivamente non riconosciuti dalla Regione Toscana alla data di chiusura dell'anno di riferimento, in quanto connessi a records forniti dall'Istituto medesimo non utilizzabili ai fini delle compensazioni infraregionali, tramite emissione di note di credito.

8. In tutti i casi in cui l'Istituto 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.

Art. 12 – RINVII AL CONTRATTO VIGENTE

1. Per quanto attiene gli accordi inerenti la gestione delle prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera in regime ambulatoriale (percorso 3), i Controlli quali-quantitativi, l'Incompatibilità del personale, la Carta dei servizi, l'Informativa agli utenti, il Trattamento dei dati personali, le Coperture assicurative e responsabilità, la Facoltà di recesso, la Risoluzione per inadempimento, le Clausole risolutive espresse, le Controversie e il foro competente, e per tutto quanto non disciplinato in maniera innovativa dal presente Accordo integrativo, si rinvia al contratto vigente tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 396 del 28 febbraio 2017.

Art. 13 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente Atto integrativo ha validità dal 1 gennaio 2019 fino al 31 dicembre 2019. I contenuti organizzativi ed economici possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle parti.

Art. 14 – SPESE

1. Il presente atto è esente da registrazione ai sensi dell'articolo 3 della Tabella, allegata al Decreto del Presidente della Repubblica 26 aprile 1986, n. 131.

2. Il presente atto è esente da imposta di bollo ai sensi dell'articolo 27 *bis* dell'Allegato B - Tabella, al Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642.

Art. 15 - SOTTOSCRIZIONE DIGITALE E 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. 15 articoli e n. 21 pagine ed è conservato agli atti del competente Ufficio dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a repertorio.

Letto, firmato e sottoscritto

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dr. Fabio Carlotti)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dr. Fabio Carlotti)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

Deliberazione del Direttore Generale, n.

ACCORDO INTEGRATIVO NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL

TOSCANA SUD EST E STUDIO MAREMMANO ORION SRL

Disciplina prestazioni specialistiche ambulatoriali di Medicina Fisica e

Riabilitazione

Atto integrativo del Contratto di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.

35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 381 del 24 febbraio 2017

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 del Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari, Dr.ssa Elisabetta Lucaroni, nata a Siena, il 2 maggio 1967, domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26, a ciò delegata dal Direttore Generale, Dr. Enrico Desideri, con proprio atto n. del

E

La Società Studio Maremmano Orion Srl, con sede legale in Grosseto, Via Papa Giovanni XXIII n. 79/87, (C.F. e P.I.: 00820230530), di seguito denominata "Società", rappresentata dal legale rappresentante, Maria Grazia Guscelli, nata a Massa Marittima (GR), il 28 giugno 1935, domiciliata 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 uni formi ed essenziali di assistenza, sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione pubblica o privata, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto all'erogazione, è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla regione.

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

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

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

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

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

il **Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R** “Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

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”, cosiddetta, ed in particolare l’art. 15, comma 14., il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011.

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

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

la medesima Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che allo stesso comma ha poi introdotto, a decorrere dal 2016, una specifica deroga ai limiti previsti, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli IRCCS a favore di cittadini residenti in regioni

diverse da quelle di erogazione, chiarendo che è comunque necessario garantire “l’invarianza dell’effetto finanziario connesso alla deroga” attraverso misure alternative quali la riduzione delle prestazioni di bassa complessità o potenzialmente inappropriate, il contenimento delle prestazioni di pronto soccorso o di quelle di riabilitazione e lungodegenza, così come azioni su altre aree della spesa sanitaria.

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Studio Maremmano Orion Srl;
- definizione di tetti unici per soggetto erogatore privato, senza distinzione di tipologia di prestazione, casistica, complessità e provenienza paziente, che consentono il rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa vigente, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, prevedendo per la società Studio Maremmano Orion Srl un importo annuo di € 123.390,00;
- 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 Studio Maremmano Orion Srl, tenendo in considerazione l’offerta pubblica già presente nel territorio, le liste di attesa ed i livelli di fuga interregionali;

- centralizzazione a livello regionale, e non più di singola azienda sanitaria, della valutazione del rispetto dei vincoli previsti dalla normativa, e quindi anche della società Studio Maremmano Orion Srl, tramite i flussi informativi specifici relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale (SPA);

La nota del Settore Contabilità ed Investimenti del 23 novembre 2018, prot. n. 535966, recante “Linee guida per la redazione del bilancio preventivo 2019”, la quale al punto 2.4 relativo all'acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private, precisa che nel bilancio preventivo 2019 i costi non potranno essere superiori ai limiti stabiliti dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, che comprendono sia le attività di ricovero che quelle ambulatoriali, indipendentemente dalla provenienza del paziente;

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, con la quale è stato riorganizzato il percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2) ed il percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (percorso 3);

la **Deliberazione del Direttore Generale del 18 gennaio 2017, n. 35**, recante “Contratti tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione per il periodo 2017/2019 - Adozione schemi di contratto”, con la quale è stato adottato, tra l'altro, lo schema di contratto con la Studio Maremmano Orion Srl, sottoscritto in data 24 febbraio 2017, Repertorio aziendale n. 381, per l'acquisto di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione;

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Decreto Regione Toscana Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche, del 1 febbraio 2016, n. 322, recante "Legge 51/2009: pubblicazione elenco strutture sanitarie private autorizzate al 31 dicembre 2015";

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 5302 del 28 aprile 2017, in relazione alla struttura sanitaria ambulatoriale privata denominata Studio Maremmano Orion, ubicata in Grosseto, Via Papa Giovanni XXIII n. 79/87 e gestita dalla Studio Maremmano Orion Srl, per il processo ambulatoriale/outpatient nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione;

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 Integrativo, afferenti al Flusso informativo regionale SPA, considerato che il privato convenzionato è 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;

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 della presente Atto integrativo e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

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

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la propria struttura, richiamata negli atti di autorizzazione ed accreditamento, ubicata in Grosseto, Via Papa Giovanni XXIII n. 79/87.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono svolte da personale qualificato, in possesso dei titoli abilitanti l'esercizio delle specifiche professioni, nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale.

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 la Società 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. La Società 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, la Società si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto dei tetti economici indicati al successivo art. 5.

4. L'Azienda elabora la programmazione dell'attività annualmente e si impegna a comunicarla alla Società 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. La Società si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione comunicata dall'Azienda e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute in corso d'anno.

Art. 5 – TETTI DI SPESA

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale entro un volume di attività corrispondente al tetto unico ed omnicomprendivo annuo, individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, pari a € 123.390,00, 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'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati, secondo le quantificazioni economiche riportate nel presente articolo. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

3. 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 di medicina fisica e riabilitazione (SPA);
- è tesa a valutare il rispetto dei limiti quantitativi assegnati alla Società e la coerenza della casistica erogata rispetto a quella contrattualmente prevista.

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

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

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. Le parti convengono che, una volta superati i valori dei volumi economici programmati mensilmente, dopo avere fornito una corretta informazione all'utente

che accede alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, in merito alla possibilità di fruire delle prestazioni presso struttura pubblica o altra struttura accreditata, qualora l'utente esprima comunque la volontà di fruire della prestazione presso la stessa Società, potrà effettuarla assumendosene l'onere corrispondente alle tariffe private applicate dalla Società.

8. La Società si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione regionale e nazionale relative alle variazioni dei 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 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.

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 Nazionale oppure

su ricetta elettronica dematerializzata, completa del codice relativo alla patologia di cui alla Deliberazione Giunta regionale n. 595/2005 a cura del medico proponente, nel rispetto dei limiti di prescrizione previsti dalla deliberazione sopra citata.

2. L'accesso alla prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata unificata (Cup), tenuto conto che con Deliberazione DG del 13 ottobre 2016, n. 1148, recante “Approccio innovativo per il Governo delle liste di attesa - Il superamento del Cup per l'implementazione delle reti cliniche integrate e strutturate nell'Azienda USL Toscana Sud Est”, si è previsto che tutta l'offerta di prestazioni ambulatoriali sia prenotabile tramite la suddetta procedura informatizzata Cup aziendale.

3. L'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività.

4. Qualsiasi variazione di palinsesto sarà concertata fra Società e Azienda con il coinvolgimento delle strutture aziendali di Staff della Direzione Sanitaria e Cup aziendale. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende.

5. La programmazione tiene conto dei periodi di chiusura della struttura per ferie nel periodo estivo o in altri periodi, da comunicare all'Azienda all'inizio di ciascun anno. Nel caso in cui si manifestino criticità, le parti si rendono disponibili a concordare variazioni al periodo prestabilito.

6. Qualora l'Azienda si trovi nella necessità di programmare attività straordinaria per il rispetto del tempo appropriato di inizio terapia, per patologie 0-7 giorni, possono essere attivate agende in procedura Cup, concertate con la Società.

7. Le modalità operative relative all'uso della procedura Cup sono effettuate secondo le disposizioni emanate dall'Azienda.

8. L'accesso tramite Cup avverrà con le modalità descritte dal presente articolo non appena attivati gli adeguati strumenti dagli organi aziendali competenti.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. La Società si impegna ad inserire, entro il giorno 20 del mese successivo a quello di erogazione, nel software gestionale in dotazione, denominato Caribel - Riabilitazione, i dati e le informazioni relative a tutte le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione effettuate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, compresa la comunicazione dei dati relativi alle prestazioni erogate in regime solvente, secondo il tracciato record previsto dalla Deliberazione Giunta regionale del 18 aprile 2006, n. 275, recante "Integrazione e modifiche al manuale dei flussi D.O.C". Qualora il riferimento normativo indicato sia superato dal legislatore, la Società è tenuta ad uniformarsi alle nuove disposizioni.

2. Le parti prendo atto che a decorrere dal 1 gennaio 2019 il flusso informativo regionale in oggetto è stato inserito nel flusso informativo regionale SPA, mettendo a punto specifiche modalità tecniche di rilevazione, come da comunicazione di Estar del 14 novembre 2018. Il flusso è consultabile nel sito web www.regione.toscana.it/flussi-informativi, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171.

3. La competente struttura organizzativa di Estar provvede all'estrazione dei dati inseriti dall'Istituto nel software gestionale in dotazione, per il successivo invio alla Regione Toscana.

4. Con l'inserimento della Società nel sistema CUP aziendale, la generazione dei flussi regionali avviene tramite il sistema informatico dell'Azienda.

6. L'Azienda, nello svolgimento delle funzioni di controllo amministrativo provvede al controllo dei contenuti della fattura periodica, confrontando il dato con quanto contenuto nel Flusso denominato DOC SPA.

7. La Società è tenuta a fornire i dati di struttura dei presidi ambulatoriali e delle relative apparecchiature di diagnosi e cura, nonché i dati di attività ed i relativi tempi di attesa, con le modalità richieste da Estar, secondo i contenuti, nel rispetto delle scadenze e con le modalità di trasmissione previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali, tenendo conto delle eventuali modifiche e/o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. Dal 31 marzo 2015, come da Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55, la trasmissione delle fatture emesse deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. La Società è tenuta ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio dell'area grossetana, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: X7SWOB.

2. Le fatture dovranno essere emesse con cadenza mensile ed inviate dalla Società all'Azienda entro il quinto giorno del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite.

3. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è "negoziato al lordo". e contengono chiaramente l'indicazione del totale degli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa

4. L'Istituto si impegna ad inviare, tramite supporto informatico (Cd o Dvd), contestualmente all'invio della fattura la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi, con riferimento al Tabulato riepilogativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, contenete i seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato; eventuali codici di esenzione; riepilogo da cui risulti il totale dei ticket e l'importo complessivo della quota ricetta.

5. La Società conserva presso la propria sede, in originale, le prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta e si impegna ad inviare all'Azienda, Ufficio Convenzioni con Strutture Sanitarie, presso la sede legale, Via Curtatone, n. 54, 53100 Arezzo, copia delle medesime prescrizioni mediche su supporto informatico, per approfondimenti dei controlli amministrativi, in modo tale che sia visibile il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. L'Azienda può richiedere ulteriori dati, previo preavviso di 60 giorni dall'inizio della rilevazione.

Art. 10 – PAGAMENTI

1. Il pagamento delle prestazioni erogate dalla Società avviene entro 60 giorni dalla data di ricevimento delle fatture elettroniche da parte della Società medesima, a condizione che siano pervenuti all'Azienda, contestualmente alle fatture stesse, gli

allegati e la documentazione richiesta al fine dell'effettuazione dei controlli amministrativi.

2. La Società provvede a riversare all'Azienda gli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente (ticket) e a titolo di quota ricetta, di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda. Per ciascuna causale è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni ambulatoriali erogate. Per riversare correttamente gli importi in argomento, la Società 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 dalla Società. Qualora siano rilevate anomalie, la Società è tenuta a regolarizzare la propria posizione.

3. La Società, riscuotendo gli importi della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino e la quota ricetta per conto dell'Azienda, assume la veste di agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia.

4. L'Azienda assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e ss.mm. La Società è tenuta, pertanto, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva. Tutti i movimenti finanziari relativi all'attività devono essere registrati sui conti correnti dedicati e devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni costituisce causa di risoluzione del contratto.

5. L'Azienda, al fine del pagamento delle competenze, acquisisce il documento di regolarità contributiva (DURC). La liquidazione delle competenze avviene qualora la Società 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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, utilizzando il Tabulato riepilogativo trasmesso dalla Società a corredo di ogni singola fattura elettronica o trasmesso contestualmente all'invio della fattura, tramite supporto informatico (DVD o CD).

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 di medicina fisica e riabilitazione erogate, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda su supporto informatico (DVD o CD);

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

4. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto del tetto economico massimo previsto per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

5. In attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, l'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e i dati registrati nel flusso informativo regionale SPA.

6. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nella flusso informativo regionale SPA, l'Azienda avrà titolo a procedere al blocco del pagamento della relativa fattura, dandone comunicazione alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per le incoerenze ritenute non sanabili.

7. In tutti i casi in cui la Società è tenuta all'emissione di nota di credito, ma non provvede per varie motivazioni e in tempi congrui, l'Azienda ha titolo per recuperare gli importi dovuti, con azione di rivalsa sulle competenze di spettanza

Art. 12 – RINVII AL CONTRATTO VIGENTE

1. Per quanto attiene i Controlli quali-quantitativi, l'Incompatibilità del personale, la Carta dei servizi, l'Informativa agli utenti, il Trattamento dei dati personali, le Coperture assicurative e responsabilità, la Facoltà di recesso, la Risoluzione per inadempimento, le Clausole risolutive espresse, le Controversie e il foro competente, si rinvia al contratto vigente tra Azienda Usi Toscana Sud Est e Società Studio Maremmano Orion Srl, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 35 del 18 gennaio 2017, Repertorio aziendale n. 381 del 24 febbraio 2017.

Art. 13 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente Atto integrativo ha validità dal 1 gennaio 2019 fino al 31 dicembre 2019. I contenuti organizzativi ed economici possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle parti.

Art. 14 – SPESE

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. Le spese sono poste a carico della Società.

2. L'imposta di bollo viene assolta in maniera virtuale dall'Azienda, come da Autorizzazione all'assolvimento virtuale rilasciata dall'Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo n. 5062 del 16 febbraio 2016. La Società provvede a rimborsare all'Azienda il costo da essa sostenuto per il pagamento dell'imposta, pari a € 96,00, mediante bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383.

3. 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 a carico della parte richiedente.

Art. 15 - SOTTOSCRIZIONE DIGITALE E 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. 15 articoli e n. 21 pagine ed è conservato agli atti del competente Ufficio dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a repertorio.

Letto, firmato e sottoscritto

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Studio Maremmano Orion Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Maria Grazia Guscelli)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Studio Maremmano Orion Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Maria Grazia Guscelli)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)