



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 1437 DEL 23/12/2019

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

adotta la seguente deliberazione:

OGGETTO: Rapporto contrattuale con Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali - Adozione schemi contrattuali validi per il periodo 1 gennaio 2020-31 dicembre 2020

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. 5294

Hash .pdf (SHA256):

586efeee4d1896c973802b5a2311200b0b72a085b0e8d8e7cc403e400d42dbce

Hash .p7m (SHA256):

cbcf54cccd02b57ab0e7083090bb3d4ab01e9193f159f41fa0f6401b9e7533f1



IL DIRETTORE DELLA 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;

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 modulo 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 convenzioni o rapporti, ovvero su base regionale, attraverso procedure di compensazioni regionali;
- art. 29, comma 5, il quale precisa che la valorizzazione delle prestazioni, ancorché gestite tramite compensazioni regionali, è definita dalle convenzioni e dai rapporti tra Aziende Sanitarie e tra queste e le istituzioni private e non può comunque essere superiore alle tariffe massime definite dalla Regione;
- 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 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 e SPA, 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 figura anche le strutture private accreditate per l’erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali ubicate nel territorio della Ausl Toscana Sud Est e con essa da tempo convenzionate, inserite nell’elenco allegato al medesimo atto;
2. 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;
3. rinvio alle aziende sanitarie territorialmente competenti la sottoscrizione degli accordi contrattuali annuali, attraverso il quale, tenuto conto della programmazione quali quantitativa complessiva dell’offerta, si orientano 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, tramite i flussi informativi specifici relativi all’assistenza specialistica ambulatoriale (SPA);
5. applicazione del nuovo modello di gestione dei rapporti con il privato convenzionato a partire dal 1 gennaio 2019, in sostituzione di quello previsto dalla DGRT 343/2017, che ha definito i tetti di spesa per l’acquisto di prestazioni da soggetti privati accreditati per il periodo 2016-2019;

RICHIAMATA la nota del 20 dicembre 2019, della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, recante Linee guida per la redazione dei bilancio preventivo 2020, la quale al punto 2.4, in merito ai rapporti con il privato accreditato prevedono quanto segue: *“Nel bilancio preventivo 2020 delle AUSL i costi complessivi per acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private accreditate non potranno essere superiori ai limiti stabiliti dalla D.G.R. n. 1220 del 8 novembre 2020 e dal relativo allegato. Peraltro, la suddetta DGR dovrebbe essere, a breve, oggetto di una parziale modifica, che non dovrebbe però cambiare gli importi dei tetti economici in maniera sostanziale. Se la modifica interverrà in tempo utile per poterne tenere conto nel bilancio preventivo, si invitano le aziende sanitarie interessate a considerare anche tale ulteriore indicazione, ma, si ripete, sarà comunque del tutto accettabile basare la previsione sull’atto sopra citato. Si rammenta che i tetti economici stabiliti dalla suddetta D.G.R. per ogni soggetto*



convenzionato comprendono sia le attività di ricovero che quelle ambulatoriali (laddove il soggetto sia convenzionato per entrambe le tipologie di prestazioni) e indipendenti dalla provenienza del paziente”;

RITENUTO pertanto di predisporre i contratti con le Strutture erogatrici di prestazioni specialistiche ambulatoriali per un anno, dal 1 gennaio 2020 al 31 giugno 2020, come comunicato alla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, con nota del 18 dicembre 2019 prot. n. 269425, disponibile in atti al fascicolo istruttorio, in attesa del nuovo atto di programmazione in materia di privato accreditato;

RICHIAMATA la Deliberazione del Direttore Generale 25 gennaio 2017, n. 58, recante “Contratti tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali per il periodo 2017/2019 - Adozione schemi di contratto”, con la quale sono stati adottati e successivamente sottoscritti gli schemi contrattuali ai sensi dell’art. 8 quinquies del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con le seguenti strutture private accreditate, tutte successivamente inserite nell’elenco di cui alla citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220:

- Società Alliance Medical Diagnostic Srl
- Istituto Radiologico e Fisioterapico Valdarno Srl
- Centro Fisioterapico Casentinese Sas
- Società Terme di Chianciano Spa
- Società Terme di Chianciano Spa
- Società Chianciano Salute Spa
- Società A.G.I. Medica Spa

DATO ATTO che, a seguito del monitoraggio della domanda espressa e del totale dell'offerta aziendale e per garantire i livelli di assistenza definiti dalla programmazione regionale, viene confermata anche l’anno 2020 la necessità di ricorrere alle strutture private accreditate già convenzionate nel corso degli anni precedenti per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali ed inserite nell’elenco di cui alla DRGT 1220/2018, tenendo presente l'esigenza aziendale di concertare l'attività in funzione dell'abbattimento della mobilità sanitaria passiva e del contenimento delle liste di attesa, prevedendo altresì le risorse per la stipula di tre nuovi contratti con le strutture private accreditate in settori prioritari di intervento, di seguito elencate, per ciascuna delle quali si indica altresì la fonte del finanziamento:



- Centro Diagnostico Valdichiana Srl di Foiano della Chiana, per attività diagnostica (RMN, TAC, ECO), con tetto di spesa pari a € 100.000,00 annuali, desunti dal tetto di spesa previsto dalla DRGT 1220/2018 in favore delle Case di cura operanti nel territorio dell'Area vasta Sud Est, per la parte relativa ai utenti provenienti da altre regioni, ridotto di pari importo per l'anno 2020;
- Vasari Srl di Grosseto, per attività di endoscopia, con tetto di spesa pari a € 100.000,00 annuali, desunti dal tetto di spesa previsto dalla DRGT 1220/2018 in favore delle Case di cura operanti nel territorio dell'Area vasta Sud Est, per la parte relativa ai utenti provenienti da altre regioni, ridotto di pari importo per l'anno 2020;
- Chianciano Salute Spa, per diagnostica per immagini in senologia, con tetto di spesa pari a € 27.840,00 annuali, desunto dal tetto di spesa previsto dalla delibera di programmazione regionale in favore della medesima Struttura, operando uno storno dalle attività di procreazione medicalmente assistita per utenti provenienti da altre regioni ad attività diagnostica in favore di utenti residenti nell'ambito territoriale della Ausl Toscana Sud Est;

DATO ATTO pertanto che l'attivazione delle attività aggiuntive in argomento avviene ad invarianza di spesa rispetto a quanto previsto dalla delibera di programmazione regionale DRGT 1220/2018 e rispetto alla spesa effettivamente sostenuta dalla Ausl Toscana Sud Est nell'anno 2019, in conformità a quanto previsto dalla 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, da intendersi valide anche per il 2020 in attesa di nuovi indirizzi, 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;

RICHIAMATA la nota del Direttore Generale della Ausl Toscana Sud Est del 26 giugno 2019, prot. n. 122402, con la quale il tetto di spesa massimo definito in favore di Agi Medica Srl dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220 è stato incrementato di € 300.000, fino alla rivalutazione in € 573.592 per l'anno 2019, per consentire di far fronte all'incremento strutturale di domanda registrato nel corso dell'anno 2018, superiore al livello di produzione registrato tramite il flusso SPA nell'anno 2017, indicato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2019, n. 1220 quale anno di riferimento per la determinazione dei tetti di spesa massimi;

DATO ATTO che anche l'incremento in oggetto è da riproporre per l'anno 2020, ad invarianza di spesa, desumendo il finanziamento dalla pari riduzione del tetto di spesa definito dalla Deliberazione Giunta



regionale 8 novembre 2019, n. 1220 in favore della società Chianciano Salute Spa (- € 150.000) e in favore delle Case di Cura (- € 150.000);

DATO ATTO che per la società Alliance Medical Diagnostic Srl, stante la complessità dell'attività erogata, è stato disposto il rinnovo per l'anno 2020 con atto deliberativo a sé stante n. 1277 del 3 dicembre 2019, a cui si rinvia;

DATO ATTO che per la società Istituto Radiologico e Fisioterapico Valdarno Srl era stato deliberato e sottoscritto apposito Accordo integrativo del contratto all'epoca vigente, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale 3 aprile 2019 n. 433, repertorio n. 1515 del 18 aprile 2019, che giunge a scadenza il 31 dicembre 2019, il quale consentiva la possibilità di rinnovo per un ulteriore anno, agli stessi patti e condizioni, previo accordo tra le parti, che è intervenuto con scambio di note di posta elettronica del 13 novembre 2019, disponibili in atti, per un tetto di spesa annuo omnicomprendivo pari a € 397.102;

VISTI gli schemi di contratto allegati al presente atto, a costituirne parte integrante e sostanziale, con i quali si disciplinano i rapporti con le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, fatto salvo il mero rinnovo per la società Istituto Radiologico e Fisioterapico Valdarno Srl, definendo per ciascuna di esse, le prestazioni erogate, le tariffe regionali da applicare ed i tetti economici massimi annuali in conformità alla citata DRGT 1220/2018, come riferito in sintesi nel prospetto di seguito riportato:



PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE - ANNO 2020							
	Struttura privata accreditata	Livelli assistenziali	TETTO DI SPESA DRGT 1220/2018	TETTO DI SPESA AZIENDALE	Residenti Ausl Toscana Sud Est	Residenti Toscani	Residenti Extra-regione - Teto di spesa massimo
SI	Chianciano Salute Spa	PMA - Diagnostica in senologia (*)	1.744.359	1.594.359	42.540		1.551.819
SI	Agi Medica Srl	PMA (**)	273.592	573.592	14.700		558.892
AR	Istituto Radiologico e Fisioterapico Valdarno Srl	Diagnostica	397.102	397.102	325.783	71.320	
AR	Centro Diagnostico Valdichiana Srl	Diagnostica (***)	0	100.000	100.000		
AR	Centro Fisioterapico Casentinese Sas	Medina dello Sport	16.126	16.126	16.126		
SI	Terme di Chianciano Spa	Diagnostica	23.488	23.488	23.488		
GR	Centro Vasari Srl	Endoscopia (****)	0	100.000,00	100.000		
			2.454.667	2.804.667	622.637	71.320	2.110.711

DATO ATTO che con tutte le Strutture in argomento si è svolta apposita negoziazione in conformità all'art. 76 della Legge Regione Toscana 24 febbraio 2005, n. 40 sopra richiamato 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 entro i tetti di spesa definiti;

DATO ATTO che gli schemi contrattuali in argomento prevedono per le strutture di nuova attivazione, che l'avvio dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali con oneri a carico dell'Azienda UsI Toscana Sud Est possa avvenire solamente a seguito dell'inserimento della relativa offerta specialistica nel palinsesto del Cup aziendale 2.0 e che al fine di dare attuazione a detto adempimento tecnologico, il presente atto è trasmesso alle strutture dello Staff della Direzione Sanitaria competenti in materia di governo dell'offerta ambulatoriale;

DATO ATTO che i costi sostenuti dall'Azienda per anticipare alle strutture private accreditate la remunerazione delle prestazioni da esse erogate in favore di residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie, regionali ed extra-regionali, saranno compensati da corrispondenti ricavi per mobilità sanitaria attiva;

VERIFICATO che le strutture sopra individuate risultano in possesso del certificato di accreditamento istituzionale in corso di validità, rilasciato con apposito decreto della Regione Toscana, a seguito dell'accertamento, ove richiesto dalla normativa regionale, circa la funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale, in conformità alla schede desunte dal citato Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016, n. 79/R e allegate per praticità al presente atto, quale parte integrante e sostanziale (**Allegato 1**);



RITENUTO pertanto di procedere all'adozione degli schemi contrattuali in argomento e alla loro relativa sottoscrizione, o all'eventuale rinnovo, 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 della durata, dal 1 gennaio 2020 al 31 dicembre 2020, e dell'importo complessivo, pari a € 2.804.667, di cui € 622.637, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale della Ausl Toscana Sud Est, € 71.320, in favore di residenti in altre Aziende sanitarie toscane e € 2.110.711;

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

1. di adottare e sottoscrivere gli schemi di contratto, allegati al presente atto a costituirne parte integrante e sostanziale, tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate, già convenzionate e di nuovo ingresso, per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, validi per il periodo che intercorre dal 1 gennaio 2020 al 31 dicembre 2020, dando atto che i tetti di spesa annuali previsti dai contratti in argomento, riportati nel prospetto indicato in premessa, assicurano la piena conformità agli indirizzi di programmazione e di spesa di cui alla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2019, n. 1220, in attesa della sua revisione, per un importo complessivo pari a € 2.804.667, di cui € 622.637, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale della Ausl Toscana Sud Est, € 71.320, in favore di residenti in altre Aziende sanitarie toscane e € 2.110.711, in favore di cittadini provenienti da altre regioni;
2. di dare atto che i tetti di spesa riportati negli schemi di contratto allegati costituiscono limiti massimi, come stabilito dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, e che pertanto l'Azienda Usl Toscana Sud Est può definire importi anche inferiori rispetto a quelli valorizzati dal citato atto di programmazione regionale, dando motivazione delle eventuali ipotesi di riduzione, come evidenziato nelle clausole contrattuali;
3. di dare atto che, qualora nel corso del 2020 intervenga il nuovo atto di programmazione regionale in materia di rapporti con strutture private accreditate, la presente deliberazione ed i relativi schemi di contratto decadono automaticamente, per dare attuazione ai nuovi indirizzi gestionali definiti, come fatto presente alla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, con nota del 18 dicembre 2019 prot. n. 269425, disponibile in atti al fascicolo istruttorio e come esplicitato nelle clausole dei contratti allegati;
4. di dare atto che, qualora nel corso del 2020 intervenga il nuovo atto di programmazione regionale in materia di rapporti con strutture private accreditate, la presente deliberazione decade automaticamente



per dare attuazione ai nuovi indirizzi gestionali definiti, tramite la stipula di appositi accordi contrattuali ai sensi dell'art. 8 quinquies del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come evidenziato nelle clausole contrattuali;

5. di dare atto che gli schemi contrattuali in argomento sono stati condivisi con le Strutture private accreditate in sede di negoziazione 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 entro i tetti di spesa definiti;
6. di procedere ad un mero rinnovo per l'anno 2020 del rapporto contrattuale con la società Istituto Radiologico e Fisioterapico Valdarno Srl, per le motivazione espresse in premessa;
7. di dare atto che gli schemi contrattuali in argomento prevedono per le strutture di nuova attivazione, che l'avvio dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali con oneri a carico dell'Azienda Usl Toscana Sud Est possa avvenire solamente a seguito dell'inserimento della relativa offerta specialistica nel palinsesto del Cup aziendale 2.0 e che a tal fine, il presente atto è trasmesso alle strutture dello Staff della Direzione Sanitaria competenti in materia di governo dell'offerta ambulatoriale per assicurare detto adempimento;
8. di dare atto che l'attività in oggetto del presente atto sarà sottoposta a controllo sanitario da parte del Nucleo Operativo Controllo Sanitario istituito con Deliberazione del Direttore Generale 5 giugno 2019, n. 686, in base alla programmazione annuale dei controlli, che sarà formalizzata con apposita deliberazione per l'anno 2020;
9. di registrare i costi annui derivanti dalla sottoscrizione e dal rinnovo degli atti in argomento ai seguenti conti economici del bilancio di previsione 2020:
 - 80200280 Acquisto per attività di specialistica e diagnostica Residenti Ausl Toscana Sud Est (€ 622.637);
 - 80200281 Acquisto per attività di specialistica e diagnostica Residenti Toscani (€ 71.320);
 - 80200291 Acquisto per attività di specialistica e diagnostica Residenti fuori regione (€ 2.110.711);
10. di dare atto che i costi sostenuti dall'Azienda per anticipare alle strutture private accreditate la remunerazione delle prestazioni da esse erogate in favore di residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie, regionali ed extra-regionali, saranno compensati da corrispondenti ricavi per mobilità sanitaria attiva;
11. 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 ivi disciplinate e la loro conseguente remunerazione, senza soluzione di continuità;
12. 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

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 Legge Regionale 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 soppresse, comprese nell'ambito territoriale di competenza”;

VISTO il Decreto del Presidente della Giunta Regionale Toscana n. 35 del 8 Marzo 2019 con cui si nomina il Dr. Antonio D'Urso nell’incarico di Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana Sud Est;

LETTA E VALUTATA la sopra esposta proposta di deliberazione presentata dal Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari, avente ad oggetto “*Rapporto contrattuale con Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali – Adozione schemi contrattuali validi per il periodo 1 gennaio 2020-31 dicembre 2020*”;

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

A. di far propria la proposta sopra esposta e di approvarla integralmente nei termini indicati e pertanto:

1. di adottare e sottoscrivere gli schemi di contratto, allegati al presente atto a costituirne parte integrante e sostanziale, tra Azienda USL Toscana Sud Est e Strutture private accreditate, già convenzionate e di nuovo ingresso, per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, validi per il periodo che intercorre dal 1 gennaio 2020 al 31 dicembre 2020, dando atto che i tetti di spesa annuali previsti dai contratti in argomento, riportati nel prospetto indicato in premessa, assicurano la piena conformità agli indirizzi di programmazione e di spesa di cui alla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2019, n. 1220, in attesa della sua revisione, per un importo complessivo pari a € 2.804.667, di cui € 622.637, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale della Ausl Toscana Sud Est, € 71.320, in favore di residenti in altre Aziende sanitarie toscane e € 2.110.711, in favore di cittadini provenienti da altre regioni;
2. di dare atto che i tetti di spesa riportati negli schemi di contratto allegati costituiscono limiti massimi, come stabilito dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, e che pertanto l'Azienda Usl Toscana Sud Est può definire importi anche inferiori rispetto a quelli valorizzati dal citato atto di programmazione regionale, dando motivazione delle eventuali ipotesi di riduzione, come evidenziato nelle clausole contrattuali;
3. di dare atto che, qualora nel corso del 2020 intervenga il nuovo atto di programmazione regionale in materia di rapporti con strutture private accreditate, la presente deliberazione ed i relativi schemi di contratto decadono automaticamente, per dare attuazione ai nuovi indirizzi gestionali definiti, come fatto presente alla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, con nota del 18 dicembre 2019 prot. n. 269425, disponibile in atti al fascicolo istruttorio e come esplicitato nelle clausole dei contratti allegati;
4. di dare atto che gli schemi contrattuali in argomento sono stati condivisi con le Strutture private accreditate in sede di negoziazione 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 entro i tetti di spesa definiti;
5. di procedere ad un mero rinnovo per l'anno 2020 del rapporto contrattuale con la società Istituto Radiologico e Fisioterapico Valdarno Srl, per le motivazione espresse in premessa;
6. di dare atto che gli schemi contrattuali in argomento prevedono per le strutture di nuova attivazione, che l'avvio dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali con oneri a carico dell'Azienda Usl Toscana Sud Est possa avvenire solamente a seguito dell'inserimento della relativa offerta specialistica nel palinsesto



- del Cup aziendale 2.0 e che a tal fine, il presente atto è trasmesso alle strutture dello Staff della Direzione Sanitaria competenti in materia di governo dell'offerta ambulatoriale per assicurare detto adempimento;
7. di dare atto che l'attività in oggetto del presente atto sarà sottoposta a controllo sanitario da parte del Nucleo Operativo Controllo Sanitario istituito con Deliberazione del Direttore Generale 5 giugno 2019, n. 686, in base alla programmazione annuale dei controlli, che sarà formalizzata con apposita deliberazione per l'anno 2020;
 8. di registrare i costi annui derivanti dalla sottoscrizione e dal rinnovo degli atti in argomento ai seguenti conti economici del bilancio di previsione 2020:
 - 80200280 Acquisto per attività di specialistica e diagnostica Residenti Ausl Toscana Sud Est (€ 622.637);
 - 80200281 Acquisto per attività di specialistica e diagnostica Residenti Toscani (€ 71.320);
 - 80200291 Acquisto per attività di specialistica e diagnostica Residenti fuori regione (€ 2.110.711);
 9. di dare atto che i costi sostenuti dall'Azienda per anticipare alle strutture private accreditate la remunerazione delle prestazioni da esse erogate in favore di residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie, regionali ed extra-regionali, saranno compensati da corrispondenti ricavi per mobilità sanitaria attiva;
 10. di delegare per la sottoscrizione degli schemi di contratto allegati il Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari, Dr.ssa Elisabetta Lucaroni, nata a Siena, il 2 maggio 1967 e domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26;
 11. 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 ivi disciplinate e la loro conseguente remunerazione, senza soluzione di continuità;
 12. 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;

B. di incaricare la U.O.C. Affari Generali di:

1. provvedere alla pubblicazione del presente atto all'Albo on line, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18 giugno 2009, n. 69, consultabile sul sito WEB istituzionale;
2. 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
(Dott. Antonio D'Urso)

B1 - REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

B1.2 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA

REQUISITI ORGANIZZATIVI

B1.2.8 Dotazione di personale congrua al volume di attività ed ai picchi di accesso. Deve essere presente almeno:

- un medico specialista in radiodiagnostica
- un tecnico sanitario di radiologia medica per postazione di lavoro attiva per tutto l'orario di accesso alle prestazioni
- unità infermieristica durante l'esecuzione di esami contrastografici o prestazioni di particolare complessità

B1.2.9 L'attività ecografica può essere svolta anche da un medico di altra specialità limitatamente all'esercizio della stessa

B1.2.10 È garantita la presenza nella struttura di radiodiagnostica del medico radiologo durante l'esecuzione di esami contrastografici

B1.2.11 È garantita l'immediata disponibilità di un medico specialista in anestesia e rianimazione, presente all'interno del presidio, durante l'esecuzione di esami contrastografici con somministrazione per via parenterale di mezzi di contrasto

B1.2.12 Al momento dell'esecuzione dell'indagine diagnostica vengono comunicati all'utente i tempi di consegna dei referti

B1.2.13 Il referto è accompagnato dalla documentazione iconografica coerente con i contenuti del referto

B1.2.14 Prima della effettuazione della procedura diagnostica vengono verificate: l'appropriatezza e la giustificazione clinica della proposta medica, la possibilità di soddisfare il quesito clinico con procedure che non erogano dose radiante al paziente, l'assenza di condizioni fisiologiche controindicanti l'impiego di radiazioni ionizzanti. Le risultanze sono comunicate al paziente

B1.2.15 Devono essere declinate le funzioni e le responsabilità attribuite a tutti i professionisti coinvolti nella gestione del sistema RIS-PACS ed in particolare: medico Radiologo, esperto in Fisica Medica, informatico, amministratore tecnico di sistema dell'area radiologica, responsabile della conservazione

B1.2.16 La struttura deve tenere sotto controllo, attraverso specifiche procedure i seguenti elementi critici del processo di gestione del Sistema RIS-PACS: gestione complessiva dell'anagrafica e delle metodologie di identificazione del paziente nei passaggi significativi del processo; analisi del flusso dati nell'esecuzione dell'indagine radiologica dalla prenotazione alla refertazione. gestione delle eccezioni e riconciliazione dei dati paziente.

B1.2.17 Esistono modalità operative che garantiscono l'inserimento dell'esame nella worklist solo dopo l'avvenuta identificazione del paziente dalla struttura che eroga la prestazione

B1.2.18 Modalità codificate per la gestione e l'aggiornamento dell'anagrafica secondo quanto previsto dalle specifiche tecniche regionali, la modifica/cancellazione della prenotazione per l'implementazione delle transazioni necessarie all'aggiornamento dei dati e della worklist, la riconciliazione dei dati paziente al fine di garantire l'associazione delle immagini e dei referti ai pazienti non identificati o non correttamente identificati, quando tali elementi siano acquisiti prima della determinazione della identità

B1

B1 - REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

B1.2 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA

B1 .2.19 Deve essere in uso una procedura aziendale relativa alla gestione dei pazienti non identificati per i quali si rende necessaria l'erogazione di una procedura radiologica, in particolare in caso di paziente temporaneamente non identificato o identificato in modo non univoco

B1 .2.20 La struttura deve applicare specifiche procedure in materia di: accesso ai dati, assegnazione delle credenziali di autenticazione utente, attivazione/disattivazione dell'account ed assegnazione di soli account nominativi

B1 .2.21 Il mezzo mobile sanitario e le apparecchiature radiologiche portatili, ivi comprese le apparecchiature per l'esecuzione di esami a domicilio, devono far riferimento ad una struttura sanitaria fissa che eroga le medesime prestazioni e regolarmente autorizzata all'esercizio ai sensi della vigente normativa regional. Deve essere assicurata la presenza di un numero di operatori pari a quella prevista nelle analoghe diagnostiche fisse

REQUISITI IMPIANTISTICI

B1 .2.22 Nei locali di attività è previsto un impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri:

☐ eccetto locale ecografico ed altri locali di attività se dotati di finestre apribili

- ricambi d'aria pari a 2 v/h
- T = 20 – 26 °C
- U% = 40 – 60%

REQUISITI TECNOLOGICI

B1 .2.23 Strumentazioni in relazione alle tipologie di attività presenti ed oggetto di autorizzazione, con dotazioni minime di:

Radiologia diagnostica tradizionale

- stativo pensile o a colonna con generatore ad alta frequenza, di potenza non inferiore a 50 KW, teleradiografo e tavolo orizzontale con dispositivo antidiffusione (Potter-Bucky), sistema di rilevazione analogico o digitale
- tavolo telecomandato con intensificatore di brillantezza e impianto televisivo con seriografo (in alternativa detettore digitale dinamico), generatore ad alta frequenza, di potenza non inferiore a 50 KW, tubo radiogeno a doppia macchia focale e ad anodo rotante, dispositivo antidiffusione (Potter-Bucky), sistema di rilevazione analogico o digitale

☐ per esami contrastografici

B1 .2.24 Le prestazioni di radiologia tradizionale specialistica sono eseguite con apparecchiature dedicate

Tomografia Computerizzata

B1 .2.25 Apparecchiatura TC che risponde ai requisiti previsti dalla normativa vigente

B1

B1.2 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA**Diagnostica RM**

B1 .2.26 Apparecchiatura RM che risponde ai requisiti previsti dalla normativa vigente, in particolare deve essere prevista la concomitante installazione della TAC in caso di RM total body

B1 .2.27 dispositivi di sorveglianza del paziente durante l'esame (es: interfono)

B1 .2.28 metal detector

Mineralometria ossea (MOC)

➤ se prevista

B1 .2.29 apparecchiatura dedicata con software di valutazione automatica di tipo quantitativo

Prestazioni di RX dentarie

➤ se prevista

B1 .2.30 ortopantomografo

B1 .2.31 sistema di rilevazione analogico o digitale

Mammografia

➤ se prevista

B1 .2.32 mammografo

B1 .2.33 sistema di rilevazione analogico o digitale

Teleradiologia

B1 .2.34 devono essere garantiti i requisiti tecnologici per la telegestione, teleconsulto, teleconferenza, teledidattica, teledistribuzione intra-aziendale ed di controllo qualità previsti dal Rapporto ISTISAN 10/44

B1 .2.35 Per attività diagnostiche su Mezzo Mobile le attrezzature utilizzate devono possedere le stesse caratteristiche delle dotazioni fisse e deve essere garantita l'archiviazione di immagini e referti radiologici nei sistemi RIS-PACS aziendali o su altri supporti compatibili

B1

B1.5 ATTIVITA' DI ENDOSCOPIA**REQUISITI STRUTTURALI**

B1.5.1 Sala per endoscopia con spogliatoio per il paziente, servizio igienico dedicato adiacente

B1.5.2 Locale/spazio dedicato all'osservazione

B1.5.3 Locale/spazio adeguato per lavaggio ed alta disinfezione degli strumenti, dotato di lavello in acciaio inox fornito di acqua calda e fredda con rubinetteria non manuale

○ in alternativa procedura che regolamenti l'affidamento all'esterno o ad altro servizio interno

REQUISITI ORGANIZZATIVI

B1.5.4 Dotazione di personale congrua al volume di attività. Deve essere presente almeno:

- un medico appartenente alla disciplina inerente le attività svolte o disciplina equipollente per l'intero orario di accesso alle prestazioni
- un'unità infermieristica per l'intero orario di accesso alle prestazioni

B1.5.5 Il raggiungimento dell'alta disinfezione degli endoscopi e degli accessori deve essere periodicamente verificato ed i risultati registrati

B1.5.6 Modalità codificate per gli interventi da attivare in caso di guasti o rotture improvvise delle apparecchiature durante l'esecuzione delle indagini diagnostiche

B1.5.7 Registro delle prestazioni con indicazione di: orario di inizio della procedura, diagnosi, descrizione della procedura eseguita, eventuali tecniche di anestesia, sedazione, analgesia utilizzate, nominativo del professionista che ha eseguito l'indagine, eventuali complicanze, firma del medico che ha eseguito la procedura e dell'anestesista, per i dati di competenza, se effettuata sedazione profonda o anestesia generale

B1.5.8 Referto da consegnare al paziente contenente: diagnosi, descrizione della prestazione eseguita, tipologia e dosi di anestetici o altri farmaci utilizzati, eventuali complicanze ed eventuali consigli terapeutici

B1.5.9 Accesso regolamentato ad una sala radiologica idonea o disponibilità nella sala endoscopica delle risorse tecnologiche e professionali di diagnostica radiologica, secondo la normativa vigente

○ se richiesto dalle specifiche procedure

B1 - REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

B1.5 ATTIVITA' DI ENDOSCOPIA

REQUISITI IMPIANTISTICI

B1.5.10 Nella sala destinata all'endoscopia è presente un impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri:

- ricambi d'aria pari a 3 V/h
- T = 20 - 26 °C
- U% = 40 - 60%
- classe dei filtri > 10-11 (95-99,97%)

► in caso di sola endoscopia digestiva non è necessaria la filtrazione dell'aria con filtri assoluti

B1.5.11 Sistema di lavaggio-disinfezione a circuito chiuso

► se non presente un sistema a ciclo chiuso: cappa aspirante per la protezione dai vapori nell'ambiente di pulizia-disinfezione degli endoscopi

B1.5.12 Nel caso in cui vengano eseguiti interventi in anestesia generale, il locale dove vengono effettuate le procedure endoscopiche deve possedere le seguenti caratteristiche:

- temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24°C
- umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60% ottenuta con vapore
- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 15 v/h
- filtraggio aria 99,97%

B1.5.13 Impianto di erogazione ossigeno e impianto prese vuoto. Se presente impianto gas anestetici deve essere presente impianto di aspirazione direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia

B1.5.14 Stazioni di riduzione della pressione doppie per ogni gas medicale tali da assicurare un adeguato livello di affidabilità dell'impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali

REQUISITI TECNOLOGICI

B1.5.15 Dotazione di endoscopi, fonti di luce e accessori che consente il completamento delle indagini terapeutiche anche in caso di guasti o rotture improvise

B1.5.16 Saturimetro digitale per sala endoscopica

B1.5.17 Lavaendoscopi o idonea attrezzatura per alta disinfezione

B1.5.18 In caso di procedure eseguite in sedazione profonda o in anestesia generale sono inoltre necessari:

B1

B1 - REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

B1.5 ATTIVITA' DI ENDOSCOPIA

B1.5.19 monitor parametri vitali

B1.5.20 aspiratori distinti per endoscopia e aspirazione bronchiale

B1.5.21 apparecchiature per anestesia

B1.5.22 Carrello o attrezzatura equivalente (zaino o altro contenitore portatile ecc.) per la gestione dell'emergenza, comprendente: cardiomonitor, defibrillatore, pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, laccio emostatico, siringhe e farmaci per emergenza, apparecchio per la misurazione della pressione e fonendoscopio, materiale per medicazione, sistema di aspirazione, pulsossimetro

B1

B1.7 ATTIVITA' DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

Sono distinte due tipologie:

- a. chirurgia a complessità ed invasività maggiore (chirurgia ambulatoriale complessa o avanzata) che corrisponde a procedure chirurgiche precedentemente eseguite in regime di Day Surgery e che l'evoluzione della tecnica chirurgica e delle tecnologie consentono di eseguire ambulatorialmente, che richiedono una breve permanenza post-intervento e, nelle prime fasi, una maggiore assistenza. Possono prevedere l'impianto di materiale protesico o di dispositivi. Gli interventi chirurgici e le procedure invasive rientranti in tale tipologia sono definite dalla normativa regionale
- b. chirurgia a complessità ed invasività minore che corrisponde alla esecuzione di interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive, senza ricovero, effettuate in anestesia topica o per infiltrazione (associate o meno a sedazione non profonda), che consentono al paziente autonomia motoria e piena vigilanza in breve tempo dopo la conclusione dell'intervento e non necessitano di assistenza continuativa post-intervento. E' riconducibile essenzialmente a procedure su cute e annessi e che non prevedono chirurgia protesica e/o inserimento di dispositivi impiantabili. Non rientrano in questa tipologia le procedure diagnostiche e/o terapeutiche individuate a minore invasività dalla normativa regionale.

B1**REQUISITI STRUTTURALI**

- B1.7.1** Spazio adibito a spogliatoio per il personale sanitario separato dal locale chirurgico
- B1.7.2** Spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico
☐ anche all'interno del locale chirurgico
- B1.7.3** Spazio-spogliatoio per il paziente
- B1.7.4** Locale chirurgico
- B1.7.5** Spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento
☐ può essere individuato all'interno del locale visita
- B1.7.6** Deposito materiali sterili e strumentario chirurgico costituito da: armadio lavabile per la rimessa dei ferri chirurgici e per la conservazione del materiale sterilizzato, mantenuto in adatte confezioni o cestelli metallici, armadio lavabile per farmaci e materiale monouso
☐ può essere situato all'interno dello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione del personale
- B1.7.7** Locale, anche non contiguo, adibito a studio medico per visita o medicazione
- B1.7.8** Spazio per la sterilizzazione anche all'interno del locale chirurgico ed in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico
☐ se non affidata all'esterno

B1 - REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

B1.7 ATTIVITA' DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

B1.7.9 Superfici ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento. Pavimento resistente agli agenti chimici e fisici, levigato, antisdrucciolo

REQUISITI ORGANIZZATIVI

B1.7.10 Scheda clinica ambulatoriale che contiene: diagnosi, eventuali esami eseguiti, descrizione condizioni cliniche, le prestazioni effettuate, prescrizioni terapeutiche

B1.7.11 Registro ambulatoriale che riporta: diagnosi, descrizione dell'intervento eseguito, eventuali tecniche di anestesia e/o analgesia utilizzate, nominativi del/degli operatori, ora d'inizio e fine dell'intervento, decorso clinico e intraoperatorio, eventuali complicanze. Il registro è sottoscritto dal medico responsabile dell'ambulatorio e ciascun intervento è firmato dal chirurgo che lo ha effettuato

B1.7.12 Modalità codificate per la redazione della relazione destinata al medico curante con indicazione della diagnosi, descrizione dell'intervento, tipo e quantità di anestetici ed altri farmaci utilizzati, eventuali complicanze. La relazione viene consegnata al paziente al termine della prestazione

B1.7.13 Dotazione di personale congrua al volume di attività. Deve essere presente almeno:

- un medico appartenente alla disciplina inerente l'attività svolta o disciplina equipollente
- un'unità infermieristica per l'intero orario di accesso alle prestazioni

REQUISITI IMPIANTISTICI

B1.7.14 Nel locale chirurgico è presente un impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri:

- ricambi d'aria pari a 3 V/h
- T = 20 - 26 °C
- U% = 40 - 60%
- classe dei filtri > 10-11 (95-99,97%)

B1.7.15 Continuità dell'alimentazione elettrica

B1.7.16 Nello spazio riservato alla preparazione del personale è presente un lavello per il lavaggio dei sanitari, con rubinetteria non manuale

REQUISITI TECNOLOGICI

B1.7.17 Strumentario monouso o in acciaio inossidabile o in leghe o in metalli non ossidabili

B1.7.18 Arredi in acciaio inossidabile o materiali che offrano analoghe garanzie ai fini della sanificazione e della normativa antincendio

B1 - REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI**B1.7 ATTIVITA' DI CHIRURGIA AMBULATORIALE**

B1.7.19 In ogni locale chirurgico sono presenti:

- lettino chirurgico
- strumentario specifico
- aspiratore chirurgico con relativi sondini
- lampada scialitica
- tavolino servitore
- supporto per contenitore di rifiuti chirurgici

B1.7.20 Carrello o attrezzatura equivalente (zaino o altro contenitore portatile ecc.) per la gestione dell'emergenza, comprendente: cardiomonitor, defibrillatore, pallone autoespandibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, laccio emostatico, siringhe e farmaci per emergenza, apparecchio per la misurazione della pressione e fonendoscopio, materiale per medicazione, sistema di aspirazione, pulsossimetro

B1**CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA O AVANZATA****REQUISITI STRUTTURALI, IMPIANTISTICI TECNOLOGICI**

B1.7.21 Requisiti previsti per la day surgery
il blocco operatorio può essere dotato di una sola sala

REQUISITI ORGANIZZATIVI

B1.7.22 Requisiti previsti per la day surgery
la dotazione minima può essere di un medico, un infermiere, un OSS. per gli interventi in anestesia topica o locale per infiltrazione è sufficiente un anestesista rianimatore immediatamente disponibile presente nella struttura

B1

B1.11 ATTIVITA' DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Sono individuati tre livelli di intervento di PMA distinti per complessità crescente:

LIVELLO 1 (specialistica ambulatoriale) non comporta il ricorso a interventi chirurgici né a procedure invasive e prevede l'effettuazione di tecniche di inseminazione in cicli naturali o con induzione della crescita follicolare multipla ed eventualmente la crioconservazione degli spermatozoi.

LIVELLO 2 (chirurgia ambulatoriale) prevede interventi e procedure invasive, senza il ricorso ad anestesia generale, per l'effettuazione, oltre a quanto indicato per il livello 1, di prelievo ovocitario ecoguidato e fecondazione in vitro con trasferimento in utero degli embrioni, prelievo degli spermatozoi dal tratto genitale maschile (prelievo percutaneo o biopsia testicolare ed iniezione intracitoplasmatica), sistema di crioconservazione/crioconservazione di gameti femminili e maschili e di embrioni, banca di gameti ed embrioni

LIVELLO 3 (chirurgia ambulatoriale) che prevede l'utilizzo di procedure invasive con ricorso ad analgo-sedazione (cosciente e non) in respiro spontaneo ed assistito con ventilatore polmonare per l'effettuazione, oltre a quanto previsto per i livelli 1 e 2, del transfer di gameti o embrioni per via laparoscopica e/o biopsia embrionale e diagnosi genetica preimpianto e/o preservazione del tessuto ovarico.

Per i LIVELLI 2 e 3 i requisiti specifici per la PMA integrano i requisiti richiesti per la chirurgia ambulatoriale (B1.7)

REQUISITI STRUTTURALI

LIVELLO 1

B1.11.1 Locale all'interno della struttura di PMA, distinto dalle attività ambulatoriali ma attiguo o contiguo, per la preparazione del liquido seminale

LIVELLO 2 e 3

Zona preparazione personale addetto costituita da:

B1.11.2 uno spazio adibito a spogliatoio per il personale addetto, separato dal locale chirurgico

B1.11.3 servizi igienici per il personale

B1.11.4 locale chirurgico

B1.11.5 spazio-spogliatoio per il paziente, separato dal locale chirurgico l'utente che debba subire un atto chirurgico

B1.11.6 Zona sosta per i pazienti post-intervento

B1.11.7 Deposito di materiale sterile e strumentario chirurgico con armadio lavabile per la rimessa dei ferri chirurgici e per la conservazione del materiale sterilizzato mantenuto in adatte confezioni o cestelli metallici ed armadio lavabile per la rimessa dei farmaci e del materiale monouso
 ➤ può essere situato all'interno dello spazio riservato alla sterilizzazione/ricondizionamento e preparazione del personale

B1.11.8 Locale per visita o medicazione

➤ anche non contiguo

B1 - REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

B1.11 ATTIVITA' DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

B1.11.9 Spazio per la sterilizzazione

► anche all'interno del locale chirurgico in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico

B1.11.10 Locale per l'esecuzione dei tempi biologici relativi alla seminologia

B1.11.11 Locale separato per effettuazione tempi biologici relativi alla processazione gameti femminili e maschili ed embriologia, attiguo o contiguo al locale chirurgico, con adeguato sistema di condizionamento e filtrazione aria

B1.11.12 Locale per crioconservazione dei gameti femminili e maschili, embrioni, tessuto ovarico o testicolare con caratteristiche conformi a quanto previsto dalle linee guida CNT

B1.11.13 Spazio dedicato alla biopsia embrionaria per diagnosi genetica preimpianto

► per il Livello 3

B1.11.14 Tutte le superfici devono essere ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento. Il pavimento è resistente agli agenti chimici e fisici, levigato ed antisdrucciolo

REQUISITI ORGANIZZATIVI

B1.11.15 Il centro fornisce agli utenti documentazione informativa che indica modalità delle procedure, percentuali di successo, possibili rischi, effetti collaterali

B1.11.16 Deve essere identificato un medico specialista in ginecologia responsabile della struttura nel rispetto delle indicazioni vigenti

Per strutture che effettuano interventi di LIVELLO 1

B1.11.17 Dotazione di personale congrua al volume di attività. Deve essere presente almeno:

- un medico specializzato in ginecologia o disciplina equipollente dedicato od impegno prevalente
 - ◊ o con impegno prevalente in riferimento ai volumi di attività
- un medico specializzato in endocrinologia o urologia o discipline equipollenti con comprovata esperienza andrologica
- un biologo o biotecnologo con documentata esperienza formativa e di training di almeno due anni nell'ambito delle tecniche di PMA
- un'unità infermieristica od ostetrica per l'intero orario di accesso alle prestazioni
- disponibilità di consulenza psicologica/psichiatria, genetica e endocrinologica

B1.11.18 E' garantita almeno la presenza di un'unità infermieristica o ostetrica per l'intero orario di accesso alle prestazioni

B1

B1 - REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

B1.11 ATTIVITA' DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

REQUISITI TECNOLOGICI

LIVELLO 1

B1.11.29 cappa biologica

B1.11.30 termostato

B1.11.31 centrifuga

B1.11.32 microscopio ottico a contrasto di fase

B1.11.33 pipettrici

B1.11.34 ecografo con sonda vaginale

B1.11.35 apparecchio per dosaggio ormonali

☞ in alternativa è garantito il collegamento funzionale con un laboratorio di riferimento

B1.11.36 attrezzatura per valutazione e preparazione del liquido seminale

B1.11.37 frigorifero di tipo sanitario

LIVELLO 2 (oltre a quanto previsto per il LIVELLO 1)

In aggiunta a quanto indicato in B1.7 sono presenti:

B1.11.38 incubatori in rapporto ai volumi di attività ed alla tipologia di incubatore

☞ se vengono eseguite procedure di diagnosi preimpianto deve essere previsto un incubatore o un'area di coltura dedicata

B1.11.39 stereomicroscopio

B1.11.40 invertoscopio con applicato micromanipolatore

B1.11.41 sistema automatizzato programmabile per congelamento

B1.11.42 strumentario per prelievo ovociti

B1

B1 - REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

B1.11 ATTIVITA' DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

B1.11.43 strumentario chirurgico per prelievo di spermatozoi
▶ se eseguito prelievo percutaneo o biopsia testicolare

B1.11.44 cappe a flusso laminare di classe A con prestazioni conformi alle indicazioni GMP

LIVELLO 3 (oltre a quanto previsto per il LIVELLO 2)

B1.11.45 Attrezzatura completa per laparoscopia
▶ qualora il centro effettui questa procedura

B1.11.46 Attrezzatura per biopsia embrionaria per diagnostica genetica

B1.11.47 Per la sala criobiologica deve essere assicurata la dotazione prevista dalle linee guida CNT

B1

CONTRATTO TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E CHIANCIANO

SALUTE SPA

Acquisto prestazioni specialistiche ambulatoriali di Procreazione Medicalmente

Assistita e Diagnostica per immagini in senologia

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. Antonio D'Urso, con proprio atto n.....;

E

La Società Chianciano Salute Spa, con sede legale in Chianciano Terme (SI), Via Concetto Marchesi, n. 73 (C.F. e P.I.: 00963150529), di seguito denominata "Società", rappresentata Presidente del Consiglio di Amministrazione, Dr. Francesco Irollo, nato a Castellammare di Stabia (NA), il 25 marzo 1972, domiciliato per la carica presso la suddetta;

RICHIAMATO

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

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

dell'articolo 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies.

l'art. 8 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 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 dal la Regione;

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

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

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

l'art. 76 "Erogazione delle prestazioni da parte di strutture private", comma 2, il quale prevede che l'Azienda Unità Sanitaria Locale procede alla definizione degli appositi rapporti di cui all'art. 8 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;

il **Piano sanitario e sociale 2012-2015**, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale 5 novembre 2014, n. 91, ancora in vigore ai sensi dell'art. 29 comma 1 Legge regionale 1/2015, nel riaffermare la titolarità delle aziende sanitarie nella individuazione dei bisogni dei cittadini e della programmazione complessiva dell'offerta di prestazioni di propria competenza, nell'ambito degli indirizzi e con i vincoli della programmazione regionale, stabilisce che le istituzioni private ed i professionisti sono ammessi ad operare nel servizio sanitario, a carico delle risorse regionali disponibili, in un quadro di pari dignità tra produttori ed erogatori e tra

soggetti pubblici e privati, solo previa contrattazione con il titolare pubblico della programmazione locale;

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;

il **Legge 7 agosto 2012, n. 135** “Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95: Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, ed in particolare l’art. 15, comma 14, il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011;

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

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

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Chianciano Salute Spa;
- definizione di tetti massimi, unici ed omnicomprendivi, 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 Chianciano Salute Spa un importo annuo massimo di € 1.744.359, calcolato quale importo a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell’assistito;
- 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 Chianciano Salute 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 Chianciano Salute Spa, tramite i flussi informativi specifici relativi

all'assistenza specialistica ambulatoriale (SPA);

- applicazione del nuovo modello di gestione dei rapporti con il privato

convenzionato a partire dal 1 gennaio 2019, in sostituzione di quello previsto

dalla DGRT 343/2017, che ha definito i tetti di spesa per l'acquisto di

prestazioni da soggetti privati accreditati per il periodo 2016-2019;

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 **nota del Direttore Generale 26 giugno 2019, prot. n. 122402**, con la quale il

tetto di spesa massimo definito in favore di Chianciano Salute Spa dalla

Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220 è stato ridotto a €

1.444.359, utilizzando la riduzione di € 300.000 per far fronte alle criticità

manifestate da altra Struttura privata accreditata-convenzionata per le medesime

prestazioni di procreazione medicalmente assistita per l'anno 2019;

la **Deliberazione del Direttore Generale 19 dicembre 2012, n. 1334**, con la quale il medesimo tetto di spesa come sopra quantificato è stato incrementato, ad invarianza di spesa rispetto i tetti massimi di spesa previsti dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, per un importo pari a € 150.000 per l'anno 2019, per consentire il completamento di alcuni percorsi assistenziali avviati e che non si sarebbero potuti concludere senza l'ulteriore stanziamento, precisando che lo finanziamento aggiuntivo sarebbe stato confermato anche per l'anno 2020, definendo il tetto di spesa massimo, unico ed omnicomprensivo in favore della Società in €1.594.359;

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

la **Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197** "Modifiche al nomenclatore regionale sulla procreazione medicalmente assistita e sulla preservazione della fertilità";

Il **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017** avente ad oggetto "Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1 c. 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, ed in particolare:

l'art. 49, comma 1, il quale prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisce la selezione dei donatori di cellule riproduttive e l'attività di prelievo, conservazione e distribuzione delle cellule, in conformità a quanto previsto dalla direttiva 2006/17/CE, come modificata dalla direttiva 2012/39/UE e dai successivi decreti di

recepimento. Le coppie che si sottopongono alle procedure di procreazione medico assistita eterologa contribuiscono ai costi delle attività, nella misura fissata dalle regioni e dalle province autonome;

l'art. 64, comma 2, il quale dispone che, in materia di specialistica ambulatoriale, gli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrino in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 5, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime di prestazioni previste dalle medesime disposizioni;

la **nota del Ministero della Salute del 6 novembre 2017, prot. n. 35643**, in base al quale anche l'erogazione delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita è subordinata all'approvazione del decreto di fissazione delle relative tariffe. Fino a tale data restano pertanto in vigore le disposizioni adottate dalle singole regioni, e la possibilità di usufruire delle prestazioni al di fuori della regione di residenza è assicurata solo in conformità alle disposizioni regionali (*della regione ospitante ed erogante*);

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come rilevabile 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", per le attività B1.7.A Interventi chirurgici anche in anestesia generale e B1.11.F Interventi P.M.A. Livello 3;

Che la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Provvedimento del Comune di Chianciano Terme del 10 aprile 2019, n. 312, per l'attività B1.2 Radiologia diagnostica (B1.2a Ecografia; B1.2h Mammografia);

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 17588 del 29 ottobre 2019, disponibile in atti al fascicolo istruttorio, relativo alle seguenti attività:

- il processo chirurgico nella disciplina di ginecologia e ostetricia erogato nella struttura sanitaria ubicata a Chianciano Terme, in via Concetto Marchesi n. 73;
- il processo ambulatoriale outpatient nella disciplina di radiodiagnostica erogato nella sede ubicata a Chianciano Terme, in via Concetto Marchesi n. 73;

Che le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono suddivise in Tecniche di I, II e III livello a seconda della loro complessità e del grado di invasività sia tecnica che psicologica, come di seguito riportato:

- Tecniche di I Livello: inseminazione intracervicale/sopracervicale in ciclo naturale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale; induzione dell'ovulazione multipla associata ad inseminazione sopracervicale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale; eventuale crioconservazione dei gameti maschili;
- Tecniche di II Livello (procedure eseguibili in anestesia locale e/o sedazione profonda): prelievo degli ovociti per via vaginale; fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET); iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI); trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT) per via transvaginale o guidata o isteroscopica; prelievo testicolare dei

gameti (prelievo percutaneo o biopsia testicolare); eventuale crioconservazione

di gameti maschili e femminili ed embrioni (nei limiti delle normative vigenti);

- Tecniche di III Livello (procedure che necessitano di anestesia generale con intubazione): prelievo microchirurgico di gameti dal testicolo; prelievo degli ovociti per via laparoscopica; trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT) per via laparoscopica;

Che l'Azienda valuta necessario, in relazione al suo fabbisogno, avvalersi della Società Chianciano Salute Spa per la prosecuzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita e per l'avvio di attività di diagnostica per immagini in senologia (ecografia e mammografia), entrambe comprese nel Decreto di Accreditamento istituzionale;

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 Contrattuale, afferenti ai Flussi regionali SPA, considerato che il privato convenzionato deve essere 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;

Che il quadro normativo regionale di riferimento sopra delineato giunge a scadenza il 31 dicembre 2019 e che in attesa del riordino dell'intera materia per l'anno 2020, si ritiene opportuno attenersi ai tetti massimi di spesa stabiliti con DGRT 1220/2018, che assicurano a livello regionale e non più di singola Azienda sanitaria

il rispetto della normativa nazionale in materia di spending review, verificabile non più in base alla spesa consuntivata bensì tramite il flussi informativi regionali SPA;

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 contratto e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente contratto, si avvale della Società, che accetta, per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita, nonché di prestazioni di diagnostica per immagini in senologia (ecografia e mammografia), per conto del Servizio Sanitario Nazionale in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

2. Il presente contratto è unico ed ha validità in ambito nazionale, in riferimento alle prestazioni di procreazione medicalmente assistita erogate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto sono eseguite presso la propria struttura, ubicata in Chianciano Terme (SI), Via Concetto Marchesi, n. 73, individuata nei citati decreti di accreditamento istituzionale.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte da personale qualificato, 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 4 agosto 2011, n. 723 e dalla Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197, 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 ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita, con Tecnica di I, II, III Livello e prestazioni di diagnostica per immagini in senologia (ecografia e mammografia).

2. Per quanto attiene prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita, le Parti prendono atto che, in base alla normativa vigente, a decorrere dal 1 ottobre 2019, può essere eseguito con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionali il seguente livello di assistenza: n. 4 cicli (omologhe, eterologhe e mix di entrambe), secondo i seguenti limiti anagrafici:

- per la fecondazione assistita omologa ed eterologa maschile, fino al compimento della donna del 43 anno di età per prestazioni di I, II e III livello;
- per la fecondazione assistita eterologa femminile, fino al compimento della donna del 46 anno di età per prestazione di II e III livello.

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

5. 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.

6. 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.

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

Art. 5 – TETTI ECONOMICI

1. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda, la Società si impegna ad eseguire le prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita e di diagnostica per immagini in senologia entro un volume di attività corrispondente al tetto economico massimo pari a € 42.540, da intendersi a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell'utente, di cui € 14.700 per procreazione medicalmente assistita e € 27.840 per diagnostica per immagini in senologia.

2. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, la Società esegue prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita entro un volume di attività corrispondente al tetto economico massimo pari a € 1.551.819, da intendersi a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell'utente, in attesa della revisione della Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2019, n. 1220, come precisato nelle premesse al presente atto.

3. L'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati per i cittadini residenti nel territorio

dell'Azienda medesima e per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre Regioni. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

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 dei tetti economici concordati.

6. La Società è inoltre vincolata al rispetto delle disposizioni che dovessero essere assunte a livello nazionale e/o regionale nel corso di validità del presente contratto, relative alle variazioni in riduzione dei tetti economici concordati, di cui al presente articolo.

Art. 6 – TARIFFE

1. Le tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed in particolare per le prestazioni di procreazione medicalmente assistita sono contenute, rispettivamente, nella Deliberazione Giunta Regionale del 4 agosto 2011, n.723 e nella Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197. Dette tariffe sono comprensive della quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, nella misura indicata dalla Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197, per quanto attiene le prestazioni di procreazione medicalmente assistita, e dalla Deliberazione Giunta regionale 24 maggio 2004, n. 493 e ss.mm.ii. per quanto attiene le prestazioni di diagnostica per immagini in senologia, oltre, in tal caso, alla quota ricetta.

2. Qualora i riferimenti normativi sopra indicati siano superati dal legislatore, si procede ad una revisione delle tariffe di cui al presente articolo, in conformità alle nuove disposizioni.

3. L'utente provvede prima, dell'erogazione della prestazione presso la Società a regolarizzare il pagamento del ticket, nonché della quota ricetta ove prevista. La Società è tenuta alla verifica dell'avvenuto pagamento prima dell'erogazione della prestazione, ed in caso di mancato pagamento è tenuto ad inviare l'utente all'Azienda per la regolarizzazione prima di procedere all'erogazione della prestazione. In assenza di regolarizzazione del pagamento l'Azienda non riconosce alla Società l'importo economico della prestazione erogata. La riscossione dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa sanitaria può comunque avvenire presso la sede della Società. Qualora sia attuata quest'ultima modalità, la Società è tenuta a riversare all'Azienda gli importi percepiti a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria, e quota ricetta ove prevista, secondo le modalità indicate all'articolo relativo ai Pagamenti.

Art. 7 – MODALITA' DI ACCESSO

1. Per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, l'accesso alla prestazione di procreazione medicalmente assistita e diagnostica per immagini in senologia avviene tramite richiesta formulata su ricettario regionale dal personale medico operante per il Servizio Sanitario Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata. Non è necessaria la preventiva autorizzazione da parte dell'Azienda.

2. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, laddove queste ultime abbiano provveduto con specifico atto amministrativo a porre le prestazioni di procreazione medicalmente assistita nei propri livelli uniformi ed

essenziali di assistenza, l'accesso avviene tramite richiesta formulata su ricettario regionale dal personale medico operante per il Servizio Sanitario Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata. La Società si relaziona direttamente con i competenti Uffici regionali per l'ottenimento dell'elenco aggiornato delle regioni che hanno provveduto a disciplinare la materia con propri atti amministrativi.

3. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, laddove queste ultime non abbiano provveduto con specifico atto amministrativo a porre le prestazioni di procreazione medicalmente assistita nei propri livelli uniformi ed essenziali di assistenza, l'accesso avviene tramite richiesta formulata su ricettario regionale dal personale medico operante per il Servizio Sanitario Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata e preventiva autorizzazione dell'azienda sanitaria di appartenenza dell'utente, informata sui costi dell'intera procedura, come confermato anche dalla Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197, che definisce l'autorizzazione dell'azienda sanitaria di residenza quale atto necessario per procedere con l'iter attualmente in vigore per le compensazioni interregionali. Tutto ciò fino all'adozione, come previsto dall'art. 64 comma 2 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, di apposito decreto del Ministero della Salute di definizione delle tariffe massime delle prestazioni ambulatoriali, a seguito del quale il nomenclatore nazionale entrerà definitivamente in vigore.

4. Fino alla data di entrata in vigore del nomenclatore nazionale di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, per i cittadini residenti in altre regioni sono assicurati i medesimi livelli di assistenza previsti dalla Regione Toscana per i cittadini residenti, come determinati con Deliberazione

Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197 e riportati al precedente Art. 4 del presente atto.

5. La Società si impegna ad informare il cittadino dei limiti imposti dalle norme regionali per l'accesso alle prestazioni di procreazione medicalmente assistita con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale, acquisendo l'autocertificazione in merito al numero di trattamenti già effettuati, l'età anagrafica, che consente di accedere al trattamento, di non usufruire contemporaneamente di prestazioni di procreazione medicalmente presso altre strutture pubbliche o private accreditate, con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale. La Società è responsabile della corretta gestione delle autocertificazioni prodotte dagli utenti a tale proposito.

6. Per quanto attiene le prestazioni di procreazione medicalmente assistita, la Società si impegna a dare la propria disponibilità per l'inserimento della propria offerta nella procedura informatizzata Cup 2.0, entro i tempi che saranno stabiliti dall'Azienda, con cui verranno congiuntamente esaminate le problematiche attuative connesse, evidenziando la casistica con accesso non esclusivo tramite Cup aziendale. Per quanto attiene le prestazioni di diagnostica per immagini in senologia, l'erogazione può avvenire con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale esclusivamente a seguito dell'inserimento dell'offerta nella procedura Cup 2.0.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. La Società si impegna a fornire alla competente Struttura organizzativa di Estar, entro il giorno 15 del mese successivo a quello di erogazione, i dati e le informazioni relative a tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali effettuate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, ivi comprese le prestazioni che non generano effetti finanziari a carico del Servizio Sanitario

Nazionale, secondo il tracciato previsto a livello regionale per il Flusso denominato DOC SPA, di cui alla Deliberazione Giunta regionale del 2 dicembre 2014, n. 1240, recante “Modifiche e integrazioni al manuale Flussi Doc”. Qualora il riferimento normativo indicato sia superato dal legislatore, la Società è tenuta ad uniformarsi alle nuove disposizioni.

2. La competente Struttura organizzativa di Estar provvede all’invio alla Regione Toscana dei dati inseriti dalla Società nel flusso informativo regionale DOC SPA. Qualora in sede di estrazione dei dati siano rilevati errori di tipo 2 o 9, la Società è tenuta ad assicurare la correzione del flusso informativo regionale DOC SPA, entro i tempi indicati da Estar, al fine di consentire il valido invio in Regione Toscana delle attività sanitarie erogate.

3. La Regione Toscana, sulla base delle informazioni trasmesse da Estar, effettua il calcolo della mobilità sanitaria attiva (compensazioni), per le prestazioni rese dalla Società ad utenti residenti in altre aziende sanitarie extra-regionali. L’Azienda si riserva di rivalersi sulla Società, qualora questa non ottemperi al suddetto invio nei termini stabiliti.

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

5. La Società trasmette alla competente struttura di Estar, entro il 20 gennaio di ogni anno, la compilazione del flusso informativo ministeriale tramite Modello STS21, con riferimento ai dati di struttura, di personale e di attività per l’anno cui si riferisce la rilevazione, tenendo conto delle eventuali modifiche o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. In base al Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55, la trasmissione delle fatture emesse deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. La Società predispone fatture distinte per le attività di procreazione medicalmente assistita e per diagnostica per immagini in senologia ed è tenuta ad inviare entrambe al codice ufficio dell'Area senese, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: ZXFD74, entro il giorno 10 del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite. Ciascuna fattura elettronica riporta l'indicazione del mese di competenza e la descrizione della tipologia di prestazioni erogate a cui si riferiscono, ovvero procreazione medicalmente assistita o diagnostica per immagini in senologia.

2. Le fatture mensili per entrambe le tipologie di attività 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, al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa.

3. Le fatture mensili emesse dalla Società per prestazioni erogate in favore di residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e di aziende sanitarie di altre regioni, nell'ambito del tetto di spesa previsto dal presente contratto, sono articolate e redatte sulla base dell'azienda sanitaria di residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine, precisando che nel corpo della fattura è indicata la tipologia di utenti alla quale si riferiscono:

- residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, per prestazioni di procreazione medicalmente assistita e prestazioni di diagnostica per immagini in senologia, suddivisi per zone-distretto di provenienza, secondo i seguenti codici alfabetici:

Zona Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana: R; Zona Amiata

senese e Val d'Orcia, Valdichiana senese: P; Zona Aretina, Casentino,

Valtiberina: Q; Zona dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana Aretina:

G; Zona delle Colline dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona Senese: D;

- residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, per prestazioni di procreazione medicalmente assistita.

4. La Società si impegna ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica il Tabulato riepilogativo delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita e diagnostica per immagini in senologia a cui il documento contabile si riferisce, con l'indicazione dei seguenti elementi: mese di competenza; cognome, nome ed indirizzo dell'utente; data di nascita; codice fiscale; azienda sanitaria di appartenenza; regione di appartenenza; numero ricetta; data di esecuzione della prestazione; codice, descrizione e numero delle prestazioni erogate; importo lordo fatturato; importo ticket corrisposto dall'utente o eventuale esenzione e relativo codice; numero e data delle eventuali autorizzazioni preventive. Per le attività di diagnostica per immagini in senologia è necessario inserire nel relativo Tabulato riepilogativo anche l'elemento dell'importo quota ricetta, senza far riferimento A numero e data delle eventuali autorizzazioni preventive, in quanto non previste per detta tipologia di prestazioni. Per ogni fattura, l'importo ticket della procreazione medicalmente assistita e l'importo ticket e della quota ricetta per le attività di diagnostica per immagini in senologia sono riportati in apposito allegato mensile a sé stante, per facilitare i controlli amministrativi da parte della U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie.

5. La Società si impegna altresì ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica copia della seguente Documentazione sanitaria per gli approfondimenti

dei controlli amministrativi, di seguito descritta a seconda della tipologia di prestazione erogata:

- Procreazione medicalmente assistita: copia delle prescrizioni mediche con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, copia delle autorizzazioni delle aziende sanitarie di appartenenza dell'utente extra-regione, qualora la regione di appartenenza non abbia inserito le prestazioni di procreazione medicalmente assistita nei propri livelli uniformi ed essenziali di assistenza e copia delle autocertificazioni acquisite dagli utenti;
- Attività di diagnostica per immagini in senologia: copia delle prescrizioni mediche con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. La documentazione prodotta conseguentemente all'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto è conservata in originale presso la Società, nel rispetto della vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione degli atti pubblici.

7. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria per entrambe le tipologie di prestazioni erogate sono trasmessi con cadenza mensile, in coincidenza con l'emissione della relativa fattura elettronica, tramite posta elettronica certificata, al seguente indirizzo ausltoscanasudest@postacert.toscana.it. Nell'oggetto è inserita la dicitura: *“Prestazioni accreditate: documentazione a corredo fattura elettronica del mese di, anno”*. I file sono protetti con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse. A tal fine il file sono zippati e dotati di password per l'apertura (massimo 8 caratteri con: almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale). La password è resa nota all'Azienda tramite canali diversi da quelli utilizzati per l'invio (ovvero

consegna *brevi manu* oppure comunicazione telefonica). La password ha una durata annuale, per poi essere sostituita con una nuova password, comunicata con le stesse modalità.

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

9. Le parti prendono atto che sono in corso di definizione le procedure aziendali relative al Decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e Finanze, recante “Modalità e tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di emissione e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio sanitario nazionale”. La Società si impegna ad uniformarsi con tempestività alle indicazioni che saranno diffuse a riguardo dalle competenti Strutture aziendali.

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 e a titolo di quota ricetta, di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda, con IBAN IT 08 X 01030 14217 000000 617903. Per ciascuna causale (ticket procreazione medicalmente assistita, ticket diagnostica per immagini in senologia e quota ricetta diagnostica per immagini), è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle

prestazioni 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, ed in particolare alla Deliberazione Giunta regionale 15 luglio 2019, n. 918, recante "Approvazione dello schema di Regolamento degli Agenti Contabili e della resa del Conto Giudiziale", cui sarà data attuazione in base ad apposite indicazioni aziendali.

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.

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 e II livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalla Società.

2. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione alla Società. La Società provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come sanabili entro il mese successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo alle anomalie non sanate verrà decurtato dalla liquidazione spettante alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito dell'emissione da parte della Società delle note di credito ad esso richieste.

3. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto dei tetti economici massimi previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana.

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

5. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nei flussi informativi regionali, 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 incoerenze ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito del ricevimento da parte dell'Azienda delle note di credito richieste alla Società.

6. La Società è tenuta 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 dalla Società medesima non utilizzabili ai fini delle compensazioni infraregionali, tramite emissione di note di credito.

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 sul pagamento delle fatture giacenti, non ancora liquidate.

Art. 12 – CONTROLLI SANITARI

1. L'Azienda esercita funzioni di vigilanza, monitoraggio e controllo sanitario sulla qualità, quantità, efficacia, congruità e appropriatezza, clinica ed organizzativa, delle prestazioni rese dalla Società, al fine di assicurare la tutela della salute e della sicurezza dei pazienti nonché sulla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso per accertare il mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalle vigenti disposizioni in materia di autorizzazione-accreditamento. Resta ferma ogni altra competenza dell'Azienda in materia di igiene delle strutture sanitarie e di medicina del lavoro.

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

3. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari redige un verbale di verifica in base al quale la Società è tenuta ad emettere nota di credito per gli importi relativi alle

prestazioni ritenute non appropriate ed adeguare, di conseguenza, il flusso informativo regionale SPA. La Società emette nota di credito entro 10 giorni dalla richiesta, trascorsi inutilmente i quali l'Azienda è autorizzata a trattenere gli importi dovuti sulle liquidazioni in giacenza.

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

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

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

Art. 13 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE

1. La Società prende atto che, ai sensi dell'art. 4, comma 7 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, come anche richiamato dall'art. 8, comma 9, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. e s.m.i. e dall'art. 1, comma 5, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662:

- l'attività libero professionale dei medici dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale non è consentita nell'ambito delle strutture accreditate, anche per attività o prestazioni riferite a branche non oggetto del presente contratto;

- il rapporto di lavoro, dipendente o convenzionato, con il Servizio Sanitario Nazionale è incompatibile con l'esercizio di attività o con titolarità o compartecipazione a quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso;

- i vigenti accordi collettivi nazionali che disciplinano il rapporto di lavoro convenzionale con le Aziende sanitarie degli appartenenti alle categorie mediche di medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale interna, prevedono incompatibilità con l'attività nelle strutture private accreditate.

2. La Società, ai sensi dall'art. 1, comma 19, della citata Legge 23 dicembre 1996, n. 662, documenta lo stato del proprio organico a regime, con il quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente.

3. La Società si impegna a non utilizzare personale incompatibile ed a verificare tale stato mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva scritta, resa da soggetti comunque operanti nella struttura, dalla quale risulti la situazione lavorativa degli stessi e a darne comunicazione all'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno.

4. In caso di accertata violazione delle disposizioni di cui al presente articolo, l'Azienda si riserva di adire le azioni necessarie per ripetere le eventuali somme indebitamente erogate alla Società, nonché di informare gli organi ed autorità competente per la tutela del cittadino.

Art. 14 – CARTA DEI SERVIZI

1 La Società adotta ed attua una propria Carta dei servizi, sulla base dei principi indicati dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994

e dello schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari, emanato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995.

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

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

Art. 15 – INFORMATIVA AGLI UTENTI

1. La Società è tenuta ad informare l'utente in modo corretto sulle prestazioni fruibili presso il medesimo. In particolare la Società garantisce la corretta informazione sulle procedure di accesso, sulle prestazioni erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, sulla differenza, in termini di costo e di tipologia, dei servizi offerti in regime privatistico.

2. La Società riconosce il diritto della tutela dell'utente e le modalità per il suo esercizio di cui al regolamento di pubblica tutela dell'Azienda, approvato dalla Giunta regionale.

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

Art. 16 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

1. La Società nell'effettuare le operazioni di trattamento dei dati personali necessarie per l'attuazione dei servizi di cui al presente accordo, è tenuta ad osservare le norme di legge sulla protezione dei dati personali di cui al D.lgs.

196/2003 e successive modifiche e integrazioni ed al Regolamento Europeo sulla Privacy n. 679/2016 e eventuali modifiche e integrazioni.

Art. 17 – COPERTURE ASSICURATIVE E RESPONSABILITA'

1. Nell'effettuazione del servizio, la Società è tenuta a tenere sollevata l'Azienda da eventuali responsabilità presenti e future che alla stessa facciano capo in conseguenza al verificarsi di danni a terzi, persone, animali o cose, a seguito di un qualsiasi evento verificatosi nel corso e per causa di interventi oggetto del presente contratto. A tal fine la Società stipula, e mantiene per tutta la durata del presente contratto, apposita polizza RCT con primaria società di assicurazioni che preveda massimali adeguati per tali sinistri, impegnandosi a darne copia all'Azienda..

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

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

4. La Società è tenuta all'osservanza delle norme in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori, ed in specifico ad assolvere a tutti gli adempimenti previsti dal D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".

Art. 18 – RECESSO

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

2. Il recesso è esercitato mediante comunicazione scritta da notificare con posta

elettronica certificata o lettera raccomandata a/r ed ha effetto decorsi tre mesi dalla data di notifica dello stesso, salvo quanto previsto dal successivo comma 3.

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

Art. 19 – RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

1. Eventuali inadempienze al presente contratto devono essere contestate dalla parte che ne abbia interesse per iscritto e con fissazione di un termine non inferiore a 15 giorni per la presentazione di eventuali controdeduzioni. Successivamente le parti concordano un termine entro il quale le stesse inadempienze devono essere rimosse, pena la sospensione dell'efficacia, fino all'adempimento di quanto stabilito con il presente contratto, ivi compreso il pagamento delle fatture giacenti.

2. Trascorso inutilmente il termine concesso, si ha diritto alla risoluzione per inadempimento del presente contratto, fatta salva comunque l'azione di rivalsa per l'eventuale risarcimento del danno.

Art. 20 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

1. Il presente contratto si risolve di diritto, ex art. 1456 del codice civile, salvo il risarcimento degli eventuali danni e ad ogni rimedio di legge, nei seguenti casi, esemplificativi e non esaustivi, e fatti salvi i rapporti pregressi:

- qualora la Società non risulti più in regola con le procedure o con i requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e in caso di decadenza degli stessi;
- in caso di gravi e ripetute violazioni delle norme in materia di sicurezza e delle norme dettate a tutela dei lavoratori, nonché inadempimento delle obbligazioni

contrattuali tali da compromettere la buona riuscita del servizio;

- l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione delle attività convenzionate, in violazione delle norme previste in materia dalla legislazione vigente e richiamate dal presente contratto;
- in caso di riscontrati inadeguati livelli quali-quantitativi del servizio (con obbligo della Società di garantire la continuità del servizio nel rispetto di tutte le obbligazioni nascenti dal contratto) e di gravi e ripetuti ed irrisolti disservizi, oggetto di formali diffide ad adempiere da parte dei servizi competenti;
- in caso di grave e reiterata mancanza nell'ottemperanza al debito informativo;
- l'accertato mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- l'accertata violazione da parte della Società, delle norme vigenti in materia di tutela dei dati personali;
- la mancata messa a disposizione dell'Azienda della polizza nel corso del rapporto contrattuale o la mancata stipula della stessa alle condizioni indicate dal presente Accordo ovvero il venir meno della polizza stessa per tutta la durata del rapporto.

2. In attesa del pieno accertamento di ciascuno dei casi sopra indicati, l'Azienda è autorizzata a sospendere i pagamenti degli importi dovuti alla Società per le prestazioni erogate in virtù del presente Accordo.

Art. 21 – CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

1. Ogni eventuale contestazione e/o controversia che dovesse insorgere fra le parti in relazione all'interpretazione ed all'esecuzione del presente contratto, che non venisse risolta bonariamente, è deferita in via esclusiva al Foro di Siena.

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

Art. 22 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente contratto ha validità dal 1 gennaio 2020 fino al 31 dicembre 2020 ed è rinnovabile per un anno, agli stessi patti e condizioni, in virtù di accordi espressi tra le parti, successivamente formalizzati con atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda.

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

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

5. Le eventuali modifiche al contratto possono essere disposte dalle parti mediante accordi integrativi, da approvare con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda. Le variazioni che dovessero intervenire a seguito dell'emanazione di leggi, regolamenti, disposizioni nazionali e/o regionali nonché di accordi tra enti pubblici e/o associazioni di categoria, impegnano le parti alla loro applicazione da formalizzare con atto convenzionale suppletivo.

Art. 23 – 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, per un importo pari a € 144,00. Le spese sono poste a carico della Società, la quale provvede tramite apposito bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383 intestato all'Azienda .

2. Le spese di bollo sono assolte successivamente dall'Azienda in maniera digitale, come da Autorizzazione all'assolvimento virtuale rilasciata in proprio favore

dall'Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo, n. 5062 del 16 febbraio 2016.

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 poste a carico della parte richiedente.

Art. 24 – REPERTORIO

1. Il presente atto 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. 24 articoli e n. 33 pagine ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

IL PRESIDENTE DEL CDA

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Chianciano Salute Spa

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dott. Francesco Irollo)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

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

IL PRESIDENTE DEL CDA

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TS

Chianciano Salute Spa

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dott. Francesco Irollo)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

CONTRATTO TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E AGI MEDICA

SRL

Acquisto prestazioni specialistiche ambulatoriali di Procreazione Medicalmente

Assistita

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. Antonio D'Urso, con proprio atto n.....;

E

La Società A.G.I. Medica Srl, con sede legale in Siena, Viale Toselli, n. 94/F (C.F. e P.I.: 01308270527), di seguito denominata "Società", rappresentata dal legale rappresentante, Dr. Aiyub Isa, nato a Naharia (Israele), il 23 ottobre 1969, domiciliato per la carica presso la suddetta;

RICHIAMATO

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

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

dell'articolo 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies.

l'art. 8 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 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 dal la Regione;

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

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

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

l'art. 76 "Erogazione delle prestazioni da parte di strutture private", comma 2, il quale prevede che l'Azienda Unità Sanitaria Locale procede alla definizione degli appositi rapporti di cui all'art. 8 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;

il **Piano sanitario e sociale 2012-2015**, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale 5 novembre 2014, n. 91, ancora in vigore ai sensi dell'art. 29 comma 1 Legge regionale 1/2015, nel riaffermare la titolarità delle aziende sanitarie nella individuazione dei bisogni dei cittadini e della programmazione complessiva dell'offerta di prestazioni di propria competenza, nell'ambito degli indirizzi e con i vincoli della programmazione regionale, stabilisce che le istituzioni private ed i professionisti sono ammessi ad operare nel servizio sanitario, a carico delle risorse regionali disponibili, in un quadro di pari dignità tra produttori ed erogatori e tra

soggetti pubblici e privati, solo previa contrattazione con il titolare pubblico della programmazione locale;

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;

il **Legge 7 agosto 2012, n. 135** “Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95: Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, ed in particolare l’art. 15, comma 14, il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011;

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

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

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Agi Medica Srl;
- definizione di tetti massimi, unici ed omnicomprendivi, 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 Agi Medica Srl un importo annuo massimo di € 273.592, calcolato quale importo a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell’assistito;
- 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 Agi Medica 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 Agi Medica Srl, tramite i flussi informativi specifici relativi

all'assistenza specialistica ambulatoriale (SPA);

- applicazione del nuovo modello di gestione dei rapporti con il privato

convenzionato a partire dal 1 gennaio 2019, in sostituzione di quello previsto

dalla DGRT 343/2017, che ha definito i tetti di spesa per l'acquisto di

prestazioni da soggetti privati accreditati per il periodo 2016-2019;

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 nota del **Direttore Generale della Ausl Toscana Sud Est del 26 giugno 2019,**

prot. n. 122402, con la quale il tetto di spesa massimo definito in favore di Agi

Medica Srl dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220 è stato

incrementato di € 300.000, fino alla rivalutazione in € 573.592 per l'anno 2019, per

consentire di far fronte all'incremento strutturale di domanda registrato nel corso

dell'anno 2018, superiore al livello di produzione registrato tramite il flusso SPA

nell'anno 2017, indicato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2019, n.

1220 quale anno di riferimento per la determinazione dei tetti di spesa massimi.

L'incremento in oggetto, da riproporre anche per l'anno 2020, è stato disposto ad

invarianza di spesa, con conseguente riduzione per pari importo, del tetto di spesa

definito dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2019, n. 1220 in favore di

altre strutture private accreditate convenzionate;

la **Deliberazione Giunta Regionale 4 agosto 2011, n. 723** "Procedure per

l'applicazione della DGR 722 del 4 Agosto 2011. Approvazione dell'adeguamento

del Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche

ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio" e successive modifiche ed

integrazioni;

la **Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197** "Modifiche al

nomenclatore regionale sulla procreazione medicalmente assistita e sulla

preservazione della fertilità";

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio

2017 avente ad oggetto "Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di

assistenza di cui all'art. 1 c. 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, ed in

particolare:

l'art. 49, comma 1, il quale prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisce la

selezione dei donatori di cellule riproduttive e l'attività di prelievo, conservazione e

distribuzione delle cellule, in conformità a quanto previsto dalla direttiva

2006/17/CE, come modificata dalla direttiva 2012/39/UE e dai successivi decreti di

recepimento. Le coppie che si sottopongono alle procedure di procreazione medico

assistita eterologa contribuiscono ai costi delle attività, nella misura fissata dalle

regioni e dalle province autonome;

l'art. 64, comma 2, il quale dispone che, in materia di specialistica ambulatoriale, gli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrino in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 5, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime di prestazioni previste dalle medesime disposizioni;

la **nota del Ministero della Salute del 6 novembre 2017, prot. n. 35643**, in base al quale anche l'erogazione delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita è subordinata all'approvazione del decreto di fissazione delle relative tariffe. Fino a tale data restano pertanto in vigore le disposizioni adottate dalle singole regioni, e la possibilità di usufruire delle prestazioni al di fuori della regione di residenza è assicurata solo in conformità alle disposizioni regionali (*della regione ospitante ed erogante*);

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, come da Atto dirigenziale del Comune di Siena n. 2594 del 20 novembre 2018, disponibile in atti, per interventi di ostetricia e ginecologia di livello 1, 2 e 3 (B1.11.a, B1.11.b, B1.11.f), esclusa anestesia generale;

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 7543 del 1 giugno 2017, disponibile in atti al fascicolo istruttorio, per i processi ambulatoriale/outpatient e chirurgico nella disciplina di ginecologia ed ostetricia erogata nella struttura sanitaria ambulatoriale privata ubicata a Siena (SI) in viale Toselli, n. 94/F,

Che l'Azienda valuta necessario, in relazione al suo fabbisogno, avvalersi della Società Agi medica Srl per la prosecuzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita, comprese nel Decreto di accreditamento istituzionale;

Che le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono suddivise in Tecniche di I, II e III livello a seconda della loro complessità e del grado di invasività sia tecnica che psicologica, e che quelle erogabili dalla società Agi Medica Srl sono le seguenti:

- Tecniche di I Livello: inseminazione intracervicale/sopracervicale in ciclo naturale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale; induzione dell'ovulazione multipla associata ad inseminazione sopracervicale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale; eventuale crioconservazione dei gameti maschili;
- Tecniche di II Livello (procedure eseguibili in anestesia locale e/o sedazione profonda): prelievo degli ovociti per via vaginale; fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET); iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI); trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT) per via transvaginale o guidata o isteroscopica; prelievo testicolare dei gameti (prelievo percutaneo o biopsia testicolare); eventuale crioconservazione di gameti maschili e femminili ed embrioni (nei limiti delle normative vigenti);
- Tecniche di III Livello (procedure che necessitano di anestesia generale con intubazione): prelievo microchirurgico di gameti dal testicolo; prelievo degli ovociti per via laparoscopica; trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT) per via laparoscopica;

Che la Società si rende disponibile a garantire l'offerta della propria collaborazione, per la quantità e la qualità delle prestazioni inserite nel presente contratto, afferenti ai Flussi regionali SPA, considerato che il privato convenzionato deve essere 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;

Che il quadro normativo regionale di riferimento sopra delineato giunge a scadenza il 31 dicembre 2019 e che in attesa del riordino dell'intera materia per l'anno 2020, si ritiene opportuno attenersi ai tetti massimi di spesa stabiliti con DGRT 1220/2018, che assicurano a livello regionale e non più di singola Azienda sanitaria il rispetto della normativa nazionale in materia di spending review, verificabile non più in base alla spesa consuntivata bensì tramite il flussi informativi regionali SPA;

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 contratto e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente contratto, si avvale della Società, che accetta, per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita, per conto del Servizio Sanitario Nazionale in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

2. Il presente contratto è unico ed ha validità in ambito nazionale, in riferimento alle prestazioni di procreazione medicalmente assistita erogate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto sono eseguite presso la propria struttura, ubicata in Siena (SI) in viale Toselli, n. 94/F, individuata nel citato decreto di accreditamento istituzionale.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte da personale qualificato, 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 1 ottobre 2019, n. 1197, 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'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e dell'accREDITamento istituzionale di cui dispone, ossia prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita, con Tecnica di I, II e III Livello, esclusa anestesia generale.

2. Per quanto attiene prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita, le Parti prendono atto che, in base alla normativa vigente, a decorrere dal 1 ottobre 2019, può essere eseguito con oneri a carico del Servizio

Sanitario Nazionali il seguente livello di assistenza: n. 4 cicli (omologhe, eterologhe e mix di entrambe), secondo i seguenti limiti anagrafici:

- per la fecondazione assistita omologa ed eterologa maschile, fino al compimento della donna del 43° anno di età per prestazioni di I, II e III livello;
- per la fecondazione assistita eterologa femminile, fino al compimento della donna del 46° anno di età per prestazione di II e III livello.

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

5. 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.

6. 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.

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

Art. 5 – TETTI ECONOMICI

1. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda, la Società si impegna ad eseguire le prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita entro un volume di attività corrispondente al

tetto economico massimo pari a € 14.700, da intendersi a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell'utente.

2. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, la Società esegue prestazioni specialistiche ambulatoriali di procreazione medicalmente assistita entro un volume di attività corrispondente al tetto economico massimo pari a € 558.892, da intendersi a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell'utente, in attesa della revisione della Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2019, n. 1220, come precisato nelle premesse al presente atto.

3. L'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati per i cittadini residenti nel territorio dell'Azienda medesima e per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre Regioni. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

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 dei tetti economici concordati.

6. La Società è inoltre vincolata al rispetto delle disposizioni che dovessero essere assunte a livello nazionale e/o regionale nel corso di validità del presente contratto, relative alle variazioni in riduzione dei tetti economici concordati, di cui al presente articolo.

Art. 6 – TARIFFE

1. Le tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed in particolare per le prestazioni di procreazione medicalmente assistita sono contenute nella Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197, e sono comprensive della quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, nella misura indicata dal medesimo atto regionale.

2. Qualora il riferimento normativo sopra indicati siano superati dal legislatore, si procede ad una revisione delle tariffe di cui al presente articolo, in conformità alle nuove disposizioni.

3. L'utente provvede prima, dell'erogazione della prestazione presso la Società a regolarizzare il pagamento del ticket. La Società è tenuta alla verifica dell'avvenuto pagamento prima dell'erogazione della prestazione, ed in caso di mancato pagamento è tenuto ad inviare l'utente all'Azienda per la regolarizzazione prima di procedere all'erogazione della prestazione. In assenza di regolarizzazione del pagamento l'Azienda non riconosce alla Società l'importo economico della prestazione erogata. La riscossione dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa sanitaria può comunque avvenire presso la sede della Società. Qualora sia attuata quest'ultima modalità, la Società è tenuta a riversare all'Azienda gli importi percepiti a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria e quota ricetta secondo le modalità indicate all'articolo relativo ai Pagamenti.

Art. 7 – MODALITA' DI ACCESSO

1. Per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, l'accesso alla prestazione di procreazione medicalmente assistita avviene tramite richiesta formulata su ricettario regionale dal personale medico operante per il Servizio Sanitario Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata. Non è necessaria la preventiva autorizzazione da parte dell'Azienda.

2. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, laddove queste ultime abbiano provveduto con specifico atto amministrativo a porre le prestazioni di procreazione medicalmente assistita nei propri livelli uniformi ed essenziali di assistenza, l'accesso avviene tramite richiesta formulata su ricettario regionale dal personale medico operante per il Servizio Sanitario Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata. La Società si relaziona direttamente con i competenti Uffici regionali per l'ottenimento dell'elenco aggiornato delle regioni che hanno provveduto a disciplinare la materia con propri atti amministrativi.

3. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, laddove queste ultime non abbiano provveduto con specifico atto amministrativo a porre le prestazioni di procreazione medicalmente assistita nei propri livelli uniformi ed essenziali di assistenza, l'accesso avviene tramite richiesta formulata su ricettario regionale dal personale medico operante per il Servizio Sanitario Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata e preventiva autorizzazione dell'azienda sanitaria di appartenenza dell'utente, informata sui costi dell'intera procedura, come confermato anche dalla Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197, che definisce l'autorizzazione dell'azienda sanitaria di residenza quale atto necessario per procedere con l'iter attualmente in vigore per le compensazioni interregionali. Tutto ciò fino all'adozione, come previsto dall'art. 64 comma 2 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, di apposito decreto del Ministero della Salute di definizione delle tariffe massime delle prestazioni ambulatoriali, a seguito del quale il nomenclatore nazionale entrerà definitivamente in vigore.

4. Fino alla data di entrata in vigore del nomenclatore nazionale di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, per i cittadini

residenti in altre regioni sono assicurati i medesimi livelli di assistenza previsti dalla Regione Toscana per i cittadini residenti, come determinati con Deliberazione Giunta regionale 1 ottobre 2019, n. 1197 e riportati al precedente Art. 4 del presente atto.

5. La Società si impegna ad informare il cittadino dei limiti imposti dalle norme regionali per l'accesso alle prestazioni di procreazione medicalmente assistita con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale, acquisendo l'autocertificazione in merito al numero di trattamenti già effettuati, l'età anagrafica, che consente di accedere al trattamento, di non usufruire contemporaneamente di prestazioni di procreazione medicalmente presso altre strutture pubbliche o private accreditate, con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale. La Società è responsabile della corretta gestione delle autocertificazioni prodotte dagli utenti a tale proposito.

6. La Società si impegna a dare la disponibilità per l'inserimento della propria offerta nella procedura informatizzata Cup 2.0, entro i tempi che saranno stabiliti dall'Azienda, con cui verranno congiuntamente esaminate le problematiche attuative connesse, evidenziando la casistica con accesso non esclusivo tramite Cup aziendale.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. La Società si impegna a fornire alla competente Struttura organizzativa di Estar, entro il giorno 15 del mese successivo a quello di erogazione, i dati e le informazioni relative a tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali effettuate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, ivi comprese le prestazioni che non generano effetti finanziari a carico del Servizio Sanitario Nazionale, secondo il tracciato previsto a livello regionale per il Flusso denominato

DOC SPA, di cui alla Deliberazione Giunta regionale del 2 dicembre 2014, n. 1240, recante “Modifiche e integrazioni al manuale Flussi Doc”. Qualora il riferimento normativo indicato sia superato dal legislatore, la Società è tenuta ad uniformarsi alle nuove disposizioni.

2. La competente struttura organizzativa di Estar provvede all’invio alla Regione Toscana dei dati inseriti dalla Società nel flusso informativo regionale DOC SPA. Qualora in sede di estrazione dei dati siano rilevati errori di tipo 2 o 9, la Società è tenuta ad assicurare la correzione del flusso informativo regionale DOC SPA, entro i tempi indicati da Estar, al fine di consentire il valido invio in Regione Toscana delle attività sanitarie erogate.

3. La Regione Toscana, sulla base delle informazioni trasmesse da Estar, effettua il calcolo della mobilità sanitaria attiva (compensazioni), per le prestazioni rese dalla Società ad utenti residenti in altre aziende sanitarie extra-regionali. L’Azienda si riserva di rivalersi sulla Società, qualora questa non ottemperi al suddetto invio nei termini stabiliti.

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

5. La Società trasmette alla competente struttura di Estar, entro il 20 gennaio di ogni anno, la compilazione del flusso informativo ministeriale tramite Modello STS21, con riferimento ai dati di struttura, di personale e di attività per l’anno cui si riferisce la rilevazione, tenendo conto delle eventuali modifiche o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. In base al 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 al codice ufficio dell'Area senese, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: ZXFD74, entro il giorno 10 del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite. Ciascuna fattura elettronica riporta l'indicazione del mese di competenza e la descrizione della tipologia di prestazioni erogate a cui si riferiscono, ovvero procreazione medicalmente assistita.

2. Le fatture mensili 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, al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa.

3. Le fatture mensili emesse dalla Società per prestazioni erogate in favore di residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e di aziende sanitarie di altre regioni, nell'ambito del tetto di spesa previsto dal presente contratto, sono articolate e redatte sulla base dell'azienda sanitaria di residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine, precisando che nel corpo della fattura è indicata la tipologia di utenti alla quale si riferiscono:

- residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, suddivisi per zone-distretto di provenienza, secondo i seguenti codici alfabetici: Zona Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana: R; Zona Amiata senese e Val d'Orcia, Valdichiana senese: P; Zona Aretina, Casentino, Valtiberina: Q; Zona dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana Aretina: G; Zona delle Colline dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona Senese: D;

- residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni.

4. La Società si impegna ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica il Tabulato riepilogativo delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita erogate a cui il documento contabile si riferisce, con l'indicazione dei seguenti elementi: mese di competenza; cognome, nome ed indirizzo dell'utente; data di nascita; codice fiscale; azienda sanitaria di appartenenza; regione di appartenenza; numero ricetta; data di esecuzione della prestazione; codice, descrizione e numero delle prestazioni erogate; importo lordo fatturato; importo ticket corrisposto dall'utente o eventuale esenzione e relativo codice; numero e data delle eventuali autorizzazioni preventive. Per ogni fattura, l'importo ticket è riportato in apposito allegato mensile a sé stante, per facilitare i controlli amministrativi da parte della U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie.

5. La Società si impegna altresì ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica copia della seguente Documentazione sanitaria per gli approfondimenti dei controlli amministrativi, di seguito descritta: copia delle prescrizioni mediche con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta, copia delle autorizzazioni delle aziende sanitarie di appartenenza dell'utente extra-regione, qualora la regione di appartenenza non abbia inserito le prestazioni di procreazione medicalmente assistita nei propri livelli uniformi ed essenziali di assistenza e copia delle autocertificazioni acquisite dagli utenti.

6. La documentazione prodotta conseguentemente all'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto è conservata in originale presso la Società, nel rispetto della vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione degli atti pubblici.

7. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria per entrambe le tipologie di prestazioni erogate sono trasmessi con cadenza mensile, in coincidenza con l'emissione della relativa fattura elettronica, tramite posta elettronica certificata, al seguente indirizzo ausltoscanasudest@postacert.toscana.it. Nell'oggetto è inserita la dicitura: *“Prestazioni accreditate: documentazione a corredo fattura elettronica del mese di, anno”*. I file sono protetti con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse. A tal fine il file sono zippati e dotati di password per l'apertura (massimo 8 caratteri con: almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale). La password è resa nota all'Azienda tramite canali diversi da quelli utilizzati per l'invio (ovvero consegna *brevi manu* oppure comunicazione telefonica). La password ha una durata annuale, per poi essere sostituita con una nuova password, comunicata con le stesse modalità.

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

9. Le parti prendono atto che sono in corso di definizione le procedure aziendali relative al Decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e Finanze, recante *“Modalità e tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di emissione e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio sanitario nazionale”*. La Società si impegna ad uniformarsi con tempestività alle indicazioni che saranno diffuse a riguardo dalle competenti Strutture aziendali.

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 di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda, con IBAN IT 08 X 01030 14217 000000 617903. Per ciascun riversamento è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni erogate. Per riversare correttamente gli importi in argomento, 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 per conto dell'Azienda, assume la veste di agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia, ed in particolare alla Deliberazione Giunta regionale 15 luglio 2019, n. 918, recante "Approvazione dello schema di Regolamento degli Agenti Contabili e della resa del Conto Giudiziale", cui sarà data attuazione in base ad apposite indicazioni aziendali.

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.

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 e II livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalla Società.

2. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione alla Società. La Società provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come sanabili entro il mese successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo alle anomalie non sanate verrà decurtato dalla liquidazione spettante alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito dell'emissione da parte della Società delle note di credito ad esso richieste.

3. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto dei tetti economici massimi previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana.

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

5. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nei flussi informativi regionali, 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 incoerenze ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito del ricevimento da parte dell'Azienda delle note di credito richieste alla Società.

6. La Società è tenuta 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 dalla Società medesima non utilizzabili ai fini delle compensazioni infraregionali, tramite emissione di note di credito.

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 sul pagamento delle fatture giacenti, non ancora liquidate.

Art. 12 – CONTROLLI SANITARI

1. L'Azienda esercita funzioni di vigilanza, monitoraggio e controllo sanitario sulla qualità, quantità, efficacia, congruità e appropriatezza, clinica ed organizzativa, delle prestazioni rese dalla Società, al fine di assicurare la tutela della salute e della sicurezza dei pazienti nonché sulla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso per accertare il mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalle vigenti disposizioni in materia di autorizzazione-accreditamento. Resta ferma ogni altra competenza dell'Azienda in materia di igiene delle strutture sanitarie e di medicina del lavoro.

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

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

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

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

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

Art. 13 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE

1. La Società prende atto che, ai sensi dell'art. 4, comma 7 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, come anche richiamato dall'art. 8, comma 9, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. e s.m.i. e dall'art. 1, comma 5, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662:

- l'attività libero professionale dei medici dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale non è consentita nell'ambito delle strutture accreditate, anche per attività o prestazioni riferite a branche non oggetto del presente contratto;
- il rapporto di lavoro, dipendente o convenzionato, con il Servizio Sanitario Nazionale è incompatibile con l'esercizio di attività o con titolarità o compartecipazione a quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso;
- i vigenti accordi collettivi nazionali che disciplinano il rapporto di lavoro convenzionale con le Aziende sanitarie degli appartenenti alle categorie mediche di medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale interna, prevedono incompatibilità con l'attività nelle strutture private accreditate.

2. La Società, ai sensi dall'art. 1, comma 19, della citata Legge 23 dicembre 1996, n. 662, documenta lo stato del proprio organico a regime, con il quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente.

3. La Società si impegna a non utilizzare personale incompatibile ed a verificare tale stato mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva scritta, resa da soggetti comunque operanti nella struttura, dalla quale risulti la situazione lavorativa degli stessi e a darne comunicazione all'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno.

4. In caso di accertata violazione delle disposizioni di cui al presente articolo, l'Azienda si riserva di adire le azioni necessarie per ripetere le eventuali somme indebitamente erogate alla Società, nonché di informare gli organi ed autorità competente per la tutela del cittadino.

Art. 14 – CARTA DEI SERVIZI

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

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

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

Art. 15 – INFORMATIVA AGLI UTENTI

1. La Società è tenuta ad informare l'utente in modo corretto sulle prestazioni fruibili presso il medesimo. In particolare la Società garantisce la corretta informazione sulle procedure di accesso, sulle prestazioni erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, sulla differenza, in termini di costo e di tipologia, dei servizi offerti in regime privatistico.

2. La Società riconosce il diritto della tutela dell'utente e le modalità per il suo esercizio di cui al regolamento di pubblica tutela dell'Azienda, approvato dalla Giunta regionale.

3. La Società collabora con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Azienda, predisponendo, su richiesta del medesimo, le dovute relazioni informative, al fine di

assicurare una corretta e tempestiva risposta all'utenza. La Società collabora altresì con la Commissione Mista Conciliativa nominata dal Direttore Generale dell'Azienda.

Art. 16 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

1. La Società nell'effettuare le operazioni di trattamento dei dati personali necessarie per l'attuazione dei servizi di cui al presente accordo, è tenuta ad osservare le norme di legge sulla protezione dei dati personali di cui al D.lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni ed al Regolamento Europeo sulla Privacy n. 679/2016 e eventuali modifiche e integrazioni.

Art. 17 – COPERTURE ASSICURATIVE E RESPONSABILITA'

1. Nell'effettuazione del servizio, la Società è tenuta a tenere sollevata l'Azienda da eventuali responsabilità presenti e future che alla stessa facciano capo in conseguenza al verificarsi di danni a terzi, persone, animali o cose, a seguito di un qualsiasi evento verificatosi nel corso e per causa di interventi oggetto del presente contratto. A tal fine la Società stipula, e mantiene per tutta la durata del presente contratto, apposita polizza RCT con primaria società di assicurazioni che preveda massimali adeguati per tali sinistri, impegnandosi a darne copia all'Azienda..

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

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

4. La Società è tenuta all'osservanza delle norme in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori, ed in specifico ad assolvere a tutti gli adempimenti previsti dal D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".

Art. 18 – RECESSO

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

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

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

Art. 19 – RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

1. Eventuali inadempienze al presente contratto devono essere contestate dalla parte che ne abbia interesse per iscritto e con fissazione di un termine non inferiore a 15 giorni per la presentazione di eventuali controdeduzioni. Successivamente le parti concordano un termine entro il quale le stesse inadempienze devono essere rimosse, pena la sospensione dell'efficacia, fino all'adempimento di quanto stabilito con il presente contratto, ivi compreso il pagamento delle fatture giacenti.

2. Trascorso inutilmente il termine concesso, si ha diritto alla risoluzione per inadempimento del presente contratto, fatta salva comunque l'azione di rivalsa per l'eventuale risarcimento del danno.

Art. 20 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

1. Il presente contratto si risolve di diritto, ex art. 1456 del codice civile, salvo il risarcimento degli eventuali danni e ad ogni rimedio di legge, nei seguenti casi, esemplificativi e non esaustivi, e fatti salvi i rapporti pregressi:

- qualora la Società non risulti più in regola con le procedure o con i requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e in caso di decadenza degli stessi;
- in caso di gravi e ripetute violazioni delle norme in materia di sicurezza e delle norme dettate a tutela dei lavoratori, nonché inadempimento delle obbligazioni contrattuali tali da compromettere la buona riuscita del servizio;
- l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione delle attività convenzionate, in violazione delle norme previste in materia dalla legislazione vigente e richiamate dal presente contratto;
- in caso di riscontrati inadeguati livelli quali-quantitativi del servizio (con obbligo della Società di garantire la continuità del servizio nel rispetto di tutte le obbligazioni nascenti dal contratto) e di gravi e ripetuti ed irrisolti disservizi, oggetto di formali diffide ad adempiere da parte dei servizi competenti;
- in caso di grave e reiterata mancanza nell'ottemperanza al debito informativo;
- l'accertato mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- l'accertata violazione da parte della Società, delle norme vigenti in materia di tutela dei dati personali;
- la mancata messa a disposizione dell'Azienda della polizza nel corso del rapporto contrattuale o la mancata stipula della stessa alle condizioni indicate dal presente Accordo ovvero il venir meno della polizza stessa per tutta la durata del rapporto.

2. In attesa del pieno accertamento di ciascuno dei casi sopra indicati, l'Azienda è autorizzata a sospendere i pagamenti degli importi dovuti alla Società per le prestazioni erogate in virtù del presente Accordo.

Art. 21 – CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

1. Ogni eventuale contestazione e/o controversia che dovesse insorgere fra le parti in relazione all'interpretazione ed all'esecuzione del presente contratto, che non venisse risolta bonariamente, è deferita in via esclusiva al Foro di Siena.

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

Art. 22 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente contratto ha validità dal 1 gennaio 2020 fino al 31 dicembre 2020 ed è rinnovabile per un anno, agli stessi patti e condizioni, in virtù di accordi espressi tra le parti.

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

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

5. Le eventuali modifiche al contratto possono essere disposte dalle parti mediante accordi integrativi, da approvare con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda. Le variazioni che dovessero intervenire a seguito dell'emanazione di leggi, regolamenti, disposizioni nazionali e/o regionali nonché di accordi tra enti pubblici e/o associazioni di categoria, impegnano le parti alla loro applicazione da formalizzare con atto convenzionale suppletivo.

Art. 23 – 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, per un importo pari a € 128,00. Le spese sono postea carico della Società, la quale provvede tramite apposito mediante bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383 intestato all'Azienda .

2. Le spese di bollo sono assolte successivamente dall'Azienda in maniera digitale, come da Autorizzazione all'assolvimento virtuale rilasciata in proprio favore dall'Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo, n. 5062 del 16 febbraio 2016.

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 poste a carico della parte richiedente.

Art. 24 – REPERTORIO

1. Il presente atto 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. 24 articoli e n. 32 pagine ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE IL DIRETTORE U.O.C. P.A. e T.SM

A.G.I. Medica Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dott. Aiyub Isa)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

Le parti accettano tutte le clausole sopra riportate, nessuna esclusa. In particolare, la Società dichiara di aver considerato con particolare attenzione e accetta tutte le

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE U.O.C. P.A. e T.SM

A.G.I. Medica Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dott. Aiyub Isa)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

CONTRATTO TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST e CENTRO

DIAGNOSTICO VALDICHIANA S.R.L.

Acquisto prestazioni specialistiche ambulatoriali di Diagnostica strumentale

TRA

L'Azienda Ausl Toscana Sud Est, con sede legale in Arezzo, via Curtatone, 54 (C.F./P.Iva. 02236310518), di seguito denominata “*Azienda*”, nella persona 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. Antonio D’Urso, con proprio atto n.....;

E

La Società Centro Diagnostico Valdichiana Srl, con sede legale in Foiano della Chiana 52045, Via delle Farniole, n. 24, (C.F. e P.I. n. 02302810516, di seguito denominata “*Società*”, rappresentata dal Presidente, Sig. Danilo Vannuccini, nato a Foiano della Chiana (AR), il 20 agosto 1960, domiciliato per la carica presso la suddetta;

RICHIAMATO

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

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

dell'articolo 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies.

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

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

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

l'art. 29, comma 3, in virtù del quale gli scambi finanziari possono avvenire in forma diretta, sulla base di apposite 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. 8 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;

il **Piano sanitario e sociale 2012-2015**, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale 5 novembre 2014, n. 91, ancora in vigore ai sensi dell’art. 29 comma 1 Legge regionale 1/2015, nel riaffermare la titolarità delle aziende sanitarie nella individuazione dei bisogni dei cittadini e della programmazione complessiva dell’offerta di prestazioni di propria competenza, nell’ambito degli indirizzi e con i vincoli della programmazione regionale, stabilisce che le istituzioni private ed i professionisti sono ammessi ad operare nel servizio sanitario, a carico delle risorse regionali disponibili, in un quadro di pari dignità tra produttori ed erogatori e tra

soggetti pubblici e privati, solo previa contrattazione con il titolare pubblico della programmazione locale;

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;

il **Legge 7 agosto 2012, n. 135** “Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95: Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, ed in particolare l’art. 15, comma 14, il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011;

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

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

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale;
- definizione di tetti massimi, 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, calcolati, ove previsto, a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell’assistito;
- 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, 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, tramite i flussi informativi specifici relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale (SPA);

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

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie, come da Provvedimento rilasciato dal Comune di Foiano della Chiana n. 1/2019 del 1 luglio 2019, disponibile in atti al fascicolo istruttorio;

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 12763 del 26 luglio 2019, disponibile in atti al fascicolo istruttorio, in relazione al processo ambulatoriale outpatient nelle discipline di radiodiagnostica, medicina dello sport, allergologia, audiologia e foniatria, cardiologia, chirurgia generale, chirurgia vascolare, scienza dell'alimentazione e dietetica, dermatologia e venereologia, gastroenterologia, ginecologia e ostetricia, medicina del lavoro, medicina legale, neurochirurgia, ortopedia e traumatologia, reumatologia, medicina fisica e riabilitazione, ematologia, nefrologia, otorinolaringoiatria, psicologia, angiologia, anestesia e rianimazione e urologia e per attività di punto prelievo decentrato, erogato nella

struttura sanitaria ambulatoriale privata ubicata a Foiano della Chiana, via delle Farniole n. 26;

Che la citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, nel definire i tetti di massimi di spesa delle strutture private accreditate convenzionate operanti nel territorio regionale, ha tenuto conto dei volumi prestazionali ed economici inseriti nel flusso informativo SPA 2017 e che pertanto il Centro Diagnostico Valdichiana Srl, avendo avviato le proprie attività in data 3 luglio 2019 non risulta inserita nell'elenco delle strutture private-accreditate convenzionabili;

Che l'Azienda, nonostante ciò, valuta necessario, in relazione al suo fabbisogno, avvalersi della Società Centro Diagnostico Valdichiana Srl per l'erogazione, in particolare, di prestazioni ambulatoriali diagnostiche, pur nell'invarianza di spesa rispetto il perimetro economico definito con Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, per un importo complessivo pari a € 100.000 annui;

Che al fine di finanziare la nuova collaborazione il tetto di spesa previsto dalla programmazione regionale in favore delle Case di cura convenzionate è ridotto in misura proporzionale per l'anno 2020, previo loro assenso acquisito durante l'incontro tenutosi a Siena il 2 dicembre 2019, secondo i seguenti importi:

- Rugani Hospital Srl € 20.438,59
- Centro Chirurgico Toscano Srl € 45.650,97
- Assisi Project Spa € 33.910,44
- Totale € 100.000,00

Che la Società si rende disponibile a garantire l'offerta della propria collaborazione, per la qualità e quantità di prestazioni richieste dall'Azienda;

Che le parti, di comune accordo, ritengono opportuno definire i volumi di attività nell'ambito del tetto economico stabilito per l'anno 2020, tenendo presente

l'esigenza aziendale di concertare le prestazioni specialistiche ambulatoriali in funzione dell'abbattimento della mobilità sanitaria passiva e del contenimento delle liste di attesa;

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 contratto e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente contratto, si avvale della Società, che accetta, per l'erogazione di prestazioni inerenti il processo ambulatoriale outpatient nella disciplina di radiodiagnostica, per conto del Servizio Sanitario Nazionale, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

2. Sono esclusi dal diritto alla fruizione delle prestazioni oggetto del presente contratto i cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto sono eseguite presso la propria struttura, ubicata in Foiano della Chiana, via delle Farniole n. 26 individuata nel citato decreto di accreditamento istituzionale.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte da personale qualificato, 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 4 agosto 2011, n.723, sono esclusivamente quelle rientranti nelle branche specialistiche o attività o prestazioni che la Società può erogare in rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'accREDITamento istituzionale di cui dispone, e richieste dall'Azienda, ossia prestazioni inerenti il processo ambulatoriale outpatient nella disciplina di radiodiagnostica, con riferimento a RMN, con e senza contrasto, TAC, con e senza contrasto, Ecografie internistiche, ECD-DIVA.

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

3. L'Azienda elabora la programmazione dell'attività annualmente e si impegna a comunicarla alla Società entro il mese di dicembre.

4. 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.

5. 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.

6. La Società è vincolata al rispetto delle determinazioni emanate a livello nazionale e regionale in ordine all'appropriatezza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Art. 5 – TETTI ECONOMICI

1. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda, la Società si impegna ad eseguire le prestazioni specialistiche ambulatoriali entro un volume di attività corrispondente al tetto economico massimo annuale pari a € 100.000,00 da intendersi a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell'utente e al netto della quota ricetta, che consente il rispetto, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, dei vincoli economici stabiliti dalla normativa in materia di spending review, richiamati nelle premesse.

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

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

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

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

5. La Società si impegna ad assicurare coerenza fra quanto indicato nei flussi informativi regionali SPA e la procedura aziendale CUP e gli importi fatturati

all'Azienda, la quale provvede a registrarli nei conti economici di pertinenza dell'assistenza specialistica ambulatoriale da privato.

6. La Società si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione regionale e nazionale relative alle variazioni in riduzione dei tetti economici concordati, di cui al presente articolo.

Art. 6 – TARIFFE

1. La Società accetta il sistema di tariffazione di cui al Nomenclatore tariffario regionale previsto per l'attività specialistica ambulatoriale, contenute nella citata Deliberazione Giunta Regionale del 4 agosto 2011, n.723. Qualora le tariffe previste da detto sistema sia superato dal legislatore nel corso di vigenza del presente Accordo integrativo, si procede ad un adeguamento delle tariffe di cui al presente articolo, in conformità alle nuove disposizioni.

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

3. L'utente provvede prima, dell'erogazione della prestazione presso la Società a regolarizzare il pagamento del ticket, nonché della quota ricetta ove prevista. La Società è tenuta alla verifica dell'avvenuto pagamento prima dell'erogazione della prestazione, ed in caso di mancato pagamento è tenuto ad inviare l'utente all'Azienda per la regolarizzazione prima di procedere all'erogazione della prestazione. In assenza di regolarizzazione del pagamento l'Azienda non riconosce alla Società l'importo economico della prestazione erogata. La riscossione

dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa sanitaria, nonché della quota ricetta da parte del cittadino, può comunque avvenire presso la sede della Società. Qualora sia attuata quest'ultima modalità, la Società è tenuta a riversare all'Azienda gli importi percepiti a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria e quota ricetta secondo le modalità indicate all'articolo relativo ai Pagamenti.

4. La Società si impegna ad erogare alcune prestazioni previste dal presente contratto a tariffe scontate rispetto al nomenclatore tariffario regionale, in modo da ampliare la capacità di offerta a fronte delle liste di attesa. Le parti concordano uno sconto pari a 25% rispetto alla tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario per TC con e senza mezzo di contrasto, RMN con e senza mezzo di contrasto, e del 15% per tutte le altre prestazioni oggetto del presente accordo. Dette tariffe scontate s'intendono al lordo della compartecipazione alla spesa posta a carico dell'utente e al netto della quota ricetta.

Art. 7 – MODALITA' DI ACCESSO

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

2. L'accesso alle prestazioni di diagnostica strumentale avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata Cup aziendale 2.0 dell'ambito territoriale della Provincia di Siena. L'avvio dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali con oneri a carico dell'Azienda può avvenire solo a seguito dell'inserimento dell'offerta della Società nel palinsesto del Cup aziendale 2.0.

3. Per quanto attiene la gestione delle agende di prenotazione, Azienda e Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup 2.0 aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività. Qualsiasi variazione di palinsesto è concertata fra Azienda e Società, con il coinvolgimento delle strutture aziendali di Staff della Direzione Sanitaria e Cup aziendale. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende.

4. La programmazione annuale delle agende 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.

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, compresi quelli che non generano effetti finanziari a carico del Servizio Sanitario Nazionale, secondo il tracciato previsto dalla Deliberazione Giunta regionale del 2 dicembre 2014, n. 1240, recante “Modifiche e integrazioni al manuale Flussi Doc” per il flusso informativo regionale DOC SPA. Qualora il riferimento normativo indicato sia superato dal legislatore, la Società è tenuta ad uniformarsi alle nuove disposizioni.

2. La competente struttura organizzativa di Estar provvede all'invio alla Regione Toscana dei dati inseriti dalla Società nel flusso informativo regionale DOC SPA. Qualora in sede di estrazione dei dati siano rilevati errori di tipo 2 o 9, la Società è tenuta ad assicurare la correzione del flusso informativo regionale DOC SPA, entro i

tempi indicati da Estar, al fine di consentire il valido invio in Regione Toscana delle attività sanitarie erogate.

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

4. La Società trasmette alla competente struttura di Estar, entro il 20 gennaio di ogni anno, la compilazione del flusso informativo ministeriale tramite Modello STS21, con riferimento ai dati di struttura, di personale e di attività per l'anno cui si riferisce la rilevazione, tenendo conto delle eventuali modifiche o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. In base al 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 al codice ufficio dell'Area aretina, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: RDA7DQ, entro il giorno 10 del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite. Ciascuna fattura elettronica riporta l'indicazione del mese di competenza e la descrizione della tipologia di prestazioni erogate a cui si riferisce.

2. Le fatture mensili 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, al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa.

3. Le fatture mensili emesse dalla Società per prestazioni erogate in favore di residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, nell'ambito del tetto di spesa previsto

dal presente contratto, sono articolate e redatte in base alla zona-distretto di provenienza dell'assistito, nel rispetto dei seguenti codici alfabetici: Zona Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana: R; Zona Amiata senese e Val d'Orcia, Valdichiana senese: P; Zona Aretina, Casentino, Valtiberina: Q; Zona dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana Aretina: G; Zona delle Colline dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona Senese: D.

4. La Società si impegna ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica il Tabulato riepilogativo delle prestazioni erogate a cui il documento contabile si riferisce, con l'indicazione dei seguenti elementi: mese di competenza; cognome, nome ed indirizzo dell'utente; data di nascita; codice fiscale; azienda sanitaria di appartenenza; regione di appartenenza; numero ricetta; data di esecuzione della prestazione; codice, descrizione e numero delle prestazioni erogate; importo lordo fatturato; importo ticket corrisposto dall'utente o eventuale esenzione e relativo codice; importo per quota ricetta. Per ogni fattura, l'importo ticket e l'importo quota ricetta è riportato in apposito allegato mensile a sé stante, per facilitare i controlli amministrativi da parte della U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie.

5. La Società si impegna altresì ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica copia della seguente Documentazione sanitaria per gli approfondimenti dei controlli amministrativi, consistente nella copia delle prescrizioni mediche con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. La documentazione prodotta conseguentemente all'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto è conservata in originale presso la Società, nel rispetto della vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione degli atti pubblici.

7. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria per entrambe le prestazioni erogate sono trasmessi con cadenza mensile, in coincidenza con l'emissione della relativa fattura elettronica, tramite posta elettronica certificata, al seguente indirizzo ausltoscanasudest@postacert.toscana.it. Nell'oggetto è inserita la dicitura: *“Prestazioni accreditate: documentazione a corredo fattura elettronica del mese di, anno”*. I file sono protetti con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse. A tal fine il file sono zippati e dotati di password per l'apertura (massimo 8 caratteri con: almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale). La password è resa nota all'Azienda tramite canali diversi da quelli utilizzati per l'invio (ovvero consegna *brevi manu* oppure comunicazione telefonica). La password ha una durata annuale, per poi essere sostituita con una nuova password, comunicata con le stesse modalità.

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

9. Le parti prendono atto che sono in corso di definizione le procedure aziendali relative al Decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e Finanze, recante *“Modalità e tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di emissione e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio sanitario nazionale”*. La Società si impegna ad uniformarsi con tempestività alle indicazioni che saranno diffuse a riguardo dalle competenti Strutture aziendali.

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 e di quota ricetta da parte dell'utente, di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda, con IBAN IT 08 X 01030 14217 000000 617903. Per ciascun riversamento, ticket e quota ricetta, è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni 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 per conto dell'Azienda, assume la veste di agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia, ed in particolare alla Deliberazione Giunta regionale 15 luglio 2019, n. 918, recante "Approvazione dello schema di Regolamento degli Agenti Contabili e della resa del Conto Giudiziale", cui sarà data attuazione in base ad apposite indicazioni aziendali.

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.

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 e II livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalla Società.

2. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione alla Società. La Società provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come sanabili entro il mese successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo alle anomalie non sanate verrà decurtato dalla liquidazione spettante alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito dell'emissione da parte della Società delle note di credito ad esso richieste.

3. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto dei tetti economici massimi previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana.

4. L'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti dai flussi informativi regionali per tutte le prestazioni erogate dalla Società in virtù del presente contratto, in attuazione della

Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, confrontando i dati contenuti nella fattura periodica e le prestazioni risultanti dal Flusso informativo regionale SPR.

5. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nei flussi informativi regionali, 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 incoerenze ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito del ricevimento da parte dell'Azienda delle note di credito richieste alla Società.

6. La Società è tenuta 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 dalla Società medesima non utilizzabili ai fini delle compensazioni infraregionali, tramite emissione di note di credito.

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 sul pagamento delle fatture giacenti, non ancora liquidate.

Art. 12 – CONTROLLI SANITARI

1. L'Azienda esercita funzioni di vigilanza, monitoraggio e controllo sanitario sulla qualità, quantità, efficacia, congruità e appropriatezza, clinica ed organizzativa, delle prestazioni rese dalla Società, al fine di assicurare la tutela della salute e della sicurezza dei pazienti nonché sulla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso per accertare il mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalle vigenti disposizioni in materia di autorizzazione-accreditamento. Resta

ferma ogni altra competenza dell'Azienda in materia di igiene delle strutture sanitarie e di medicina del lavoro.

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

3. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari redige un verbale di verifica in base al quale la Società è tenuta ad emettere nota di credito per gli importi relativi alle prestazioni ritenute non appropriate ed adeguare, di conseguenza, il flusso informativo regionale DOC SPA. La Società emette nota di credito entro 10 giorni dalla richiesta, trascorsi inutilmente i quali l'Azienda è autorizzata a trattenere gli importi dovuti sulle liquidazioni in giacenza.

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

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

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

Art. 13 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE

1. La Società prende atto che, ai sensi dell'art. 4, comma 7 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, come anche richiamato dall'art. 8, comma 9, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. e s.m.i. e dall'art. 1, comma 5, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662:

- l'attività libero professionale dei medici dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale non è consentita nell'ambito delle strutture accreditate, anche per attività o prestazioni riferite a branche non oggetto del presente contratto;
- il rapporto di lavoro, dipendente o convenzionato, con il Servizio Sanitario Nazionale è incompatibile con l'esercizio di attività o con titolarità o compartecipazione a quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso;
- i vigenti accordi collettivi nazionali che disciplinano il rapporto di lavoro convenzionale con le Aziende sanitarie degli appartenenti alle categorie mediche di medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale interna, prevedono incompatibilità con l'attività nelle strutture private accreditate.

2. La Società, ai sensi dall'art. 1, comma 19, della citata Legge 23 dicembre 1996, n. 662, documenta lo stato del proprio organico a regime, con il quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente.

3. La Società si impegna a non utilizzare personale incompatibile ed a verificare tale stato mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva scritta, resa da soggetti comunque operanti nella struttura, dalla quale risulti la situazione lavorativa degli stessi e a darne comunicazione all'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno.

4. In caso di accertata violazione delle disposizioni di cui al presente articolo, l'Azienda si riserva di adire le azioni necessarie per ripetere le eventuali somme indebitamente erogate alla Società, nonché di informare gli organi ed autorità competente per la tutela del cittadino.

Art. 14 – CARTA DEI SERVIZI

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

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

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

Art. 15 – INFORMATIVA AGLI UTENTI

1. La Società è tenuta ad informare l'utente in modo corretto sulle prestazioni fruibili presso il medesimo. In particolare la Società garantisce la corretta informazione sulle procedure di accesso, sulle prestazioni erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, sulla differenza, in termini di costo e di tipologia, dei servizi offerti in regime privatistico.

2. La Società riconosce il diritto della tutela dell'utente e le modalità per il suo esercizio di cui al regolamento di pubblica tutela dell'Azienda, approvato dalla Giunta regionale.

3. La Società collabora con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Azienda, predisponendo, su richiesta del medesimo, le dovute relazioni informative, al fine di

assicurare una corretta e tempestiva risposta all'utenza. La Società collabora altresì con la Commissione Mista Conciliativa nominata dal Direttore Generale dell'Azienda.

Art. 16 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

1. La Società nell'effettuare le operazioni di trattamento dei dati personali necessarie per l'attuazione dei servizi di cui al presente accordo, è tenuta ad osservare le norme di legge sulla protezione dei dati personali di cui al D.lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni ed al Regolamento Europeo sulla Privacy n. 679/2016 e eventuali modifiche e integrazioni.

Art. 17 – COPERTURE ASSICURATIVE E RESPONSABILITA'

1. Nell'effettuazione del servizio, la Società è tenuta a tenere sollevata l'Azienda da eventuali responsabilità presenti e future che alla stessa facciano capo in conseguenza al verificarsi di danni a terzi, persone, animali o cose, a seguito di un qualsiasi evento verificatosi nel corso e per causa di interventi oggetto del presente contratto. A tal fine la Società stipula, e mantiene per tutta la durata del presente contratto, apposita polizza RCT con primaria società di assicurazioni che preveda massimali adeguati per tali sinistri, impegnandosi a darne copia all'Azienda..

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

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

4. La Società è tenuta all'osservanza delle norme in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori, ed in specifico ad assolvere a tutti gli adempimenti previsti dal D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".

Art. 18 – RECESSO

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

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

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

Art. 19 – RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

1. Eventuali inadempienze al presente contratto devono essere contestate dalla parte che ne abbia interesse per iscritto e con fissazione di un termine non inferiore a 15 giorni per la presentazione di eventuali controdeduzioni. Successivamente le parti concordano un termine entro il quale le stesse inadempienze devono essere rimosse, pena la sospensione dell'efficacia, fino all'adempimento di quanto stabilito con il presente contratto, ivi compreso il pagamento delle fatture giacenti.

2. Trascorso inutilmente il termine concesso, si ha diritto alla risoluzione per inadempimento del presente contratto, fatta salva comunque l'azione di rivalsa per l'eventuale risarcimento del danno.

Art. 20 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

1. Il presente contratto si risolve di diritto, ex art. 1456 del codice civile, salvo il risarcimento degli eventuali danni e ad ogni rimedio di legge, nei seguenti casi, esemplificativi e non esaustivi, e fatti salvi i rapporti pregressi:

- qualora la Società non risulti più in regola con le procedure o con i requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e in caso di decadenza degli stessi;
- in caso di gravi e ripetute violazioni delle norme in materia di sicurezza e delle norme dettate a tutela dei lavoratori, nonché inadempimento delle obbligazioni contrattuali tali da compromettere la buona riuscita del servizio;
- l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione delle attività convenzionate, in violazione delle norme previste in materia dalla legislazione vigente e richiamate dal presente contratto;
- in caso di riscontrati inadeguati livelli quali-quantitativi del servizio (con obbligo della Società di garantire la continuità del servizio nel rispetto di tutte le obbligazioni nascenti dal contratto) e di gravi e ripetuti ed irrisolti disservizi, oggetto di formali diffide ad adempiere da parte dei servizi competenti;
- in caso di grave e reiterata mancanza nell'ottemperanza al debito informativo;
- l'accertato mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- l'accertata violazione da parte della Società, delle norme vigenti in materia di tutela dei dati personali;
- la mancata messa a disposizione dell'Azienda della polizza nel corso del rapporto contrattuale o la mancata stipula della stessa alle condizioni indicate dal presente Accordo ovvero il venir meno della polizza stessa per tutta la durata del rapporto.

2. In attesa del pieno accertamento di ciascuno dei casi sopra indicati, l'Azienda è autorizzata a sospendere i pagamenti degli importi dovuti alla Società per le prestazioni erogate in virtù del presente Accordo.

Art. 21 – CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

1. Ogni eventuale contestazione e/o controversia che dovesse insorgere fra le parti in relazione all'interpretazione ed all'esecuzione del presente contratto, che non venisse risolta bonariamente, è deferita in via esclusiva al Foro di Arezzo.

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

Art. 22 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente contratto ha validità dal 1 gennaio 2020 fino al 31 dicembre 2020 ed è rinnovabile per un anno, agli stessi patti e condizioni, in virtù di accordi espressi tra le parti, formalizzati con apposito atto del Direttore Generale dell'Azienda.

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

3. I contenuti organizzativi ed economici del presente atto possono essere oggetto di revisione in relazione a mutate esigenze organizzative o gestionali, su iniziativa delle parti, tramite reciproco scambio di missive. Le variazioni apportate al rapporto contrattuale sono successivamente formalizzate con apposito atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda. Le eventuali modifiche al contratto possono essere disposte dalle parti anche mediante veri e propri accordi integrativi, da approvare sempre con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda.

4. Le variazioni che dovessero intervenire a seguito dell'emanazione di leggi, regolamenti, disposizioni, nazionali oppure regionali, impegnano le parti alla loro

applicazione, da formalizzare con atto convenzionale suppletivo, previo atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda.

Art. 23 – 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, per un importo pari a € 112,00. Le spese sono poste a carico della Società, la quale provvede tramite apposito mediante bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383 intestato all'Azienda.

2. Le spese di bollo sono assolte successivamente dall'Azienda in maniera digitale, come da Autorizzazione all'assolvimento virtuale rilasciata in proprio favore dall'Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo, n. 5062 del 16 febbraio 2016.

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 poste a carico della parte richiedente.

Art. 24 – REPERTORIO

1. Il presente atto 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. 24 articoli e n. 28 pagine ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

IL PRESIDENTE

IL DIRETTORE U.O.C. P. A. e T.S.

Centro Diagnostico Valdichiana Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Danilo Vannuccini)

(Elisabetta Lucaroni)

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

IL PRESIDENTE

IL DIRETTORE U.O.C. P. A. e T.S.

Centro Diagnostico Valdichiana Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Danilo Vannuccini)

(Elisabetta Lucaroni)

CONTRATTO TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E CENTRO

FIOSIOTERAPICO CASENTINESE SAS

Acquisto prestazioni specialistiche ambulatoriali di Medicina dello Sport

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. Antonio D’Urso, con proprio atto n.....;

E

La Centro Fisioterapico Casentino Sas, con sede legale in Capolona (AR) 52010, Via La Casella, n. 15/A, (C.F. e P.I. n. 01808160517), di seguito denominato “Istituto” o “Società”, rappresentato dai legali rappresentanti, Walter Bondi, nato ad Arezzo il 14 agosto 1957 e Stefania Cassinelli, nata ad Arezzo il 19 settembre 1964, entrambi domiciliati per la carica presso il suddetto Istituto;

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 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 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 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. 8 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;

il **Piano sanitario e sociale 2012-2015**, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale 5 novembre 2014, n. 91, ancora in vigore ai sensi dell'art. 29 comma 1 Legge regionale 1/2015, nel riaffermare la titolarità delle aziende sanitarie nella individuazione dei bisogni dei cittadini e della programmazione complessiva dell'offerta di prestazioni di propria competenza, nell'ambito degli indirizzi e con i vincoli della programmazione regionale, stabilisce che le istituzioni private ed i professionisti sono ammessi ad operare nel servizio sanitario, a carico delle risorse regionali disponibili, in un quadro di pari dignità tra produttori ed erogatori e tra soggetti pubblici e privati, solo previa contrattazione con il titolare pubblico della programmazione locale;

il **Legge 7 agosto 2012, n. 135** "Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95: Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", ed in particolare l'art. 15, comma 14, il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011;

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

per le prestazioni di specialistica ambulatoriale al 3% rispetto all'importo sostenuto nel 2011;

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

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Centro Fisioterapico Casentinese Sas;
- definizione di tetti massimi, 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 per la società Centro Fisioterapico Casentinese Sas un importo annuo massimo di €16.126;

- 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 Fisioterapico Casentino 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 Centro Fisioterapico Casentino Sas, 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 **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";

la **Legge regionale 9 luglio 2003, n. 35**, recante "Tutela sanitaria dello sport", e successive modifiche ed integrazioni;

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. 12090 del 21 agosto 2017, disponibile in atti al fascicolo istruttorio, per il processo ambulatoriale/outpatient nella disciplina di Medicina dello Sport erogata nella struttura sanitaria ambulatoriale privata ubicata in Capolona (AR) in via La Casella, n. 15/A;

Che l'Azienda valuta necessario, in relazione al suo fabbisogno, avvalersi del Centro Fisioterapico Casentino Sas per la prosecuzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, visite specialistiche, di medicina dello sport, comprese nel Decreto di accreditamento istituzionale;

Che l'Istituto si rende disponibile a garantire l'offerta della propria collaborazione, per le prestazioni richieste dall'Azienda;

Che le parti, di comune accordo, ritengono opportuno ridefinire i volumi di attività ed i tetti economici per l'anno 2020, tenendo presente l'esperienza finora compiuta e l'esigenza aziendale di concertare le prestazioni specialistiche ambulatoriali in funzione dell'abbattimento della mobilità sanitaria passiva e del contenimento delle liste di attesa;

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 contratto e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente contratto, si avvale dell'Istituto, che accetta, per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali di medicina dello sport, con riferimento alle visite specialistiche, 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 contratto sono eseguite presso la propria struttura, ubicata in Capolona (AR) in via La Casella, n. 15/A, individuata nel citato decreto di accreditamento istituzionale.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte da personale qualificato, 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 9 dicembre 2013, n. 1059 "Nuovo tariffario delle prestazioni dei Dipartimenti della Prevenzione delle Aziende USL, delle prestazioni della Medicina Legale e del Servizio diabetologia, in sostituzione del tariffario di cui alla Delibera GRT n. 755/2012", 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, e richieste

dall'Azienda, ossia prestazioni specialistiche ambulatoriali di medicina dello sport, con riferimento alle certificazioni per idoneità sportiva agonistica tipo Tabella B – Decreto Ministeriale 18 febbraio 1982, comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (utenti con età inferiore a 18 anni), per sport tipo calcio, ciclismo, pallacanestro, pallavolo, ecc., di cui al codice MS 2 del nomenclatore tariffario. E' garantita la presa in carico di soggetti portatori di handicap.

2. Con riferimento a tale tipologia di prestazioni, l'Istituto si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue pari a 400, nel rispetto dei tetti economici indicati al successivo art. 5.

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

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.

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

Art. 5 – TETTI ECONOMICI

1. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda, l'Istituto si impegna ad eseguire le prestazioni specialistiche ambulatoriali entro un

volume di attività corrispondente al tetto economico massimo pari a € 16.126 per anno.

2. L'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti dell'Istituto per l'attività eseguita oltre il volume finanziario assegnato per i cittadini residenti nel territorio dell'Azienda medesima. L'Istituto concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

3. L'Istituto garantisce, nell'arco dell'intero anno solare, l'omogenea distribuzione in ragione mensile delle prestazioni concordate nell'ambito del tetto economico massimo.

4. 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 economico concordato.

5. L'Istituto si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione regionale e nazionale relative alle variazioni dei tetti economici concordati, di cui al presente articolo.

Art. 6 – TARIFFE

1. Le tariffe per le prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto del presente contratto sono previste in € 40,00 a prestazione.

Art. 7 – MODALITA' DI ACCESSO

1. L'accesso alla prestazioni ambulatoriali avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata unificata -CUP.

2. L'Azienda e l'Istituto 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, indicando una tempistica per singola visita specialistica di 20 minuti.

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

4. 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.

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

6. La prenotazione per il rilascio della certificazione di idoneità sportiva agonistica avviene tramite richiesta di visita medica, conforme al modello predisposto dalla Regione Toscana, che la società o l'organizzazione sportiva di appartenenza è tenuta a consegnare all'interessato.

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

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

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. L'Istituto si impegna a registrare sulla procedura CUP l'avvenuta esecuzione delle prestazioni prescritte e prenotate, evidenziando eventuali difformità tra il prenotato e

l'eseguito, in modo da consentire la corretta compilazione del flusso informativo denominato DOC SPA come previsto dalla Regione Toscana.

2. L'Azienda, tramite Estar, estrae i flussi informativi dell'attività resa dall'Istituto registrati nella procedura CUP aziendale entro il quinto giorno successivo alla chiusura del mese di riferimento.

4. La Società trasmette alla competente struttura di Estar, entro il 20 gennaio di ogni anno, la compilazione del flusso informativo ministeriale tramite Modello STS21, con riferimento ai dati di struttura, di personale e di attività per l'anno cui si riferisce la rilevazione, tenendo conto delle eventuali modifiche o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. In base al 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 al codice ufficio dell'Area aretina, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: RDA7DQ, entro il giorno 10 del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite. Ciascuna fattura elettronica riporta l'indicazione del mese di competenza e la descrizione della tipologia di prestazioni erogate a cui si riferiscono.

2. L'Istituto si impegna ad inviare in allegato ad ogni fattura elettronica la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi. In particolare dovranno essere trasmessi i tabulati riepilogativi delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, con l'indicazione dei seguenti elementi:
cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda USL di residenza dell'utente; codice fiscale; data di esecuzione delle

prestazioni; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato;

3. L'Istituto si impegna altresì ad inviare all'Azienda copia della richiesta di visita medica, per approfondimenti dei controlli amministrativi, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

4. La documentazione prodotta conseguentemente all'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto è conservata in originale presso la Società, nel rispetto della vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione degli atti pubblici.

5. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria per entrambe le tipologie di prestazioni erogate sono trasmessi con cadenza mensile, in coincidenza con l'emissione della relativa fattura elettronica, tramite posta elettronica certificata, al seguente indirizzo ausltoscanasudest@postacert.toscana.it. Nell'oggetto è inserita la dicitura: *"Prestazioni accreditate: documentazione a corredo fattura elettronica del mese di, anno"*. I file sono protetti con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse. A tal fine il file sono zippati e dotati di password per l'apertura (massimo 8 caratteri con: almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale). La password è resa nota all'Azienda tramite canali diversi da quelli utilizzati per l'invio (ovvero consegna *brevi manu* oppure comunicazione telefonica). La password ha una durata annuale, per poi essere sostituita con una nuova password, comunicata con le stesse modalità.

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

7. Le parti prendono atto che sono in corso di definizione le procedure aziendali relative al Decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e Finanze, recante “Modalità e tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di emissione e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio sanitario nazionale”. La Società si impegna ad uniformarsi con tempestività alle indicazioni che saranno diffuse a riguardo dalle competenti Strutture aziendali.

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'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.

3. 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 e II livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalla Società.

2. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione alla Società. La Società provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come sanabili entro il mese successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo alle anomalie non sanate verrà decurtato dalla liquidazione spettante alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito dell'emissione da parte della Società delle note di credito ad esso richieste.

3. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto dei tetti economici massimi previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana.

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

5. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nei flussi informativi regionali, 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 incoerenze ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito del ricevimento da parte dell'Azienda delle note di credito richieste alla Società.

6. La Società è tenuta 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 dalla Società medesima non utilizzabili ai fini delle compensazioni infraregionali, tramite emissione di note di credito.

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 sul pagamento delle fatture giacenti, non ancora liquidate.

Art. 12 – CONTROLLI SANITARI

1. L'Azienda esercita funzioni di vigilanza, monitoraggio e controllo sanitario sulla qualità, quantità, efficacia, congruità e appropriatezza, clinica ed organizzativa, delle prestazioni rese dalla Società, al fine di assicurare la tutela della salute e della sicurezza dei pazienti nonché sulla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso per accertare il mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalle vigenti disposizioni in materia di autorizzazione-accreditamento. Resta ferma ogni altra competenza dell'Azienda in materia di igiene delle strutture sanitarie e di medicina del lavoro.

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

adottato annualmente dall'Azienda e trasmesso per la dovuta informativa alla Società.

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

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

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

6. In particolare, i controlli prevedono la verifica in ordine all'espletamento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime di libera professione ovvero in regime di accreditamento istituzionale.

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

Art. 13 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE

1. L'Istituto prende atto che, ai sensi dell'art. 4, comma 7 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, come anche richiamato dall'art. 8, comma 9, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. e s.m.i. e dall'art. 1, comma 5, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662:

- l'attività libero professionale dei medici dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale non è consentita nell'ambito delle strutture accreditate, anche per attività o prestazioni riferite a branche non oggetto del presente contratto;
- il rapporto di lavoro, dipendente o convenzionato, con il Servizio Sanitario Nazionale è incompatibile con l'esercizio di attività o con titolarità o compartecipazione a quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso;
- i vigenti accordi collettivi nazionali che disciplinano il rapporto di lavoro convenzionale con le Aziende sanitarie degli appartenenti alle categorie mediche di medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale interna, prevedono incompatibilità con l'attività nelle strutture private accreditate.

2. L'Istituto, ai sensi dall'art. 1, comma 19, della citata Legge 23 dicembre 1996, n. 662, documenta lo stato del proprio organico a regime, con il quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente.

3. L'Istituto si impegna a non utilizzare personale incompatibile ed a verificare tale stato mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva scritta, resa da soggetti comunque operanti nella struttura, dalla quale risulti la situazione lavorativa degli stessi e a darne comunicazione all'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno.

4. In caso di accertata violazione delle disposizioni di cui al presente articolo, l'Azienda si riserva di adire le azioni necessarie per ripetere le eventuali somme indebitamente erogate all'Istituto, nonché di informare gli organi ed autorità competente per la tutela del cittadino.

Art. 14 – CARTA DEI SERVIZI

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

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

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

Art. 15 – INFORMATIVA AGLI UTENTI

1. La Società è tenuta ad informare l'utente in modo corretto sulle prestazioni fruibili presso il medesimo. In particolare la Società garantisce la corretta informazione sulle procedure di accesso, sulle prestazioni erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, sulla differenza, in termini di costo e di tipologia, dei servizi offerti in regime privatistico.

2. La Società riconosce il diritto della tutela dell'utente e le modalità per il suo esercizio di cui al regolamento di pubblica tutela dell'Azienda, approvato dalla Giunta regionale.

3. La Società collabora con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Azienda, predisponendo, su richiesta del medesimo, le dovute relazioni informative, al fine di

assicurare una corretta e tempestiva risposta all'utenza. La Società collabora altresì con la Commissione Mista Conciliativa nominata dal Direttore Generale dell'Azienda.

Art. 16 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

1. La Società nell'effettuare le operazioni di trattamento dei dati personali necessarie per l'attuazione dei servizi di cui al presente accordo, è tenuta ad osservare le norme di legge sulla protezione dei dati personali di cui al D.lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni ed al Regolamento Europeo sulla Privacy n. 679/2016 e eventuali modifiche e integrazioni.

1. Ai sensi e a tutti gli effetti del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia

Art. 17 – COPERTURE ASSICURATIVE E RESPONSABILITA'

1. Nell'effettuazione del servizio, la Società è tenuta a tenere sollevata l'Azienda da eventuali responsabilità presenti e future che alla stessa facciano capo in conseguenza al verificarsi di danni a terzi, persone, animali o cose, a seguito di un qualsiasi evento verificatosi nel corso e per causa di interventi oggetto del presente contratto. A tal fine la Società stipula, e mantiene per tutta la durata del presente contratto, apposita polizza RCT con primaria società di assicurazioni che preveda massimali adeguati per tali sinistri, impegnandosi a darne copia all'Azienda..

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

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

4. La Società è tenuta all'osservanza delle norme in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori, ed in specifico ad assolvere a tutti gli adempimenti previsti dal D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".

Art. 18 – RECESSO

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

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

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

Art. 19 – RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

1. Eventuali inadempienze al presente contratto devono essere contestate dalla parte che ne abbia interesse per iscritto e con fissazione di un termine non inferiore a 15 giorni per la presentazione di eventuali controdeduzioni. Successivamente le parti concordano un termine entro il quale le stesse inadempienze devono essere rimosse, pena la sospensione dell'efficacia, fino all'adempimento di quanto stabilito con il presente contratto, ivi compreso il pagamento delle fatture giacenti.

2. Trascorso inutilmente il termine concesso, si ha diritto alla risoluzione per inadempimento del presente contratto, fatta salva comunque l'azione di rivalsa per l'eventuale risarcimento del danno.

Art. 20 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

1. Il presente contratto si risolve di diritto, ex art. 1456 del codice civile, salvo il risarcimento degli eventuali danni e ad ogni rimedio di legge, nei seguenti casi, esemplificativi e non esaustivi, e fatti salvi i rapporti pregressi:

- qualora la Società non risulti più in regola con le procedure o con i requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e in caso di decadenza degli stessi;
- in caso di gravi e ripetute violazioni delle norme in materia di sicurezza e delle norme dettate a tutela dei lavoratori, nonché inadempimento delle obbligazioni contrattuali tali da compromettere la buona riuscita del servizio;
- l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione delle attività convenzionate, in violazione delle norme previste in materia dalla legislazione vigente e richiamate dal presente contratto;
- in caso di riscontrati inadeguati livelli quali-quantitativi del servizio (con obbligo della Società di garantire la continuità del servizio nel rispetto di tutte le obbligazioni nascenti dal contratto) e di gravi e ripetuti ed irrisolti disservizi, oggetto di formali diffide ad adempiere da parte dei servizi competenti;
- in caso di grave e reiterata mancanza nell'ottemperanza al debito informativo;
- l'accertato mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- l'accertata violazione da parte della Società, delle norme vigenti in materia di tutela dei dati personali;
- la mancata messa a disposizione dell'Azienda della polizza nel corso del rapporto contrattuale o la mancata stipula della stessa alle condizioni indicate dal presente Accordo ovvero il venir meno della polizza stessa per tutta la durata del rapporto.

2. In attesa del pieno accertamento di ciascuno dei casi sopra indicati, l'Azienda è autorizzata a sospendere i pagamenti degli importi dovuti alla Società per le prestazioni erogate in virtù del presente Accordo.

Art. 21 – CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

1. Ogni eventuale contestazione e/o controversia che dovesse insorgere fra le parti in relazione all'interpretazione ed all'esecuzione del presente contratto, che non venisse risolta bonariamente, è deferita in via esclusiva al Foro di Arezzo.

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

Art. 22 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente contratto ha validità dal 1 gennaio 2020 fino al 31 dicembre 2020 ed è rinnovabile per un anno, agli stessi patti e condizioni, in virtù di accordi espressi tra le parti.

2. Il rinnovo è richiesto dalla parte interessata, entro i trenta giorni precedenti la scadenza del contratto, a mezzo di posta elettronica certificata o lettera raccomandata a/r ed è disposto agli stessi patti e condizioni.

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

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

5. Le eventuali modifiche al contratto possono essere disposte dalle parti mediante accordi integrativi, da approvare con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda. Le variazioni che dovessero intervenire a seguito dell'emanazione di leggi, regolamenti, disposizioni nazionali e/o regionali nonché di accordi tra enti

pubblici e/o associazioni di categoria, impegnano le parti alla loro applicazione da formalizzare con atto convenzionale suppletivo.

Art. 23 – 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, per un importo pari a € 96,00 Le spese sono poste a carico della Società, la quale provvede tramite apposito mediante bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383 intestato all'Azienda.

2. Le spese di bollo sono assolte successivamente dall'Azienda in maniera digitale, come da Autorizzazione all'assolvimento virtuale rilasciata in proprio favore dall'Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo, n. 5062 del 16 febbraio 2016.

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 dell'Istituto.

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 poste a carico della parte richiedente.

Art. 24 – REPERTORIO

1. Il presente atto 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. 24 articoli e n. 24 pagine ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

I LEGALI RAPPRESENTANTI

IL DIRETTORE U.O.C. P.A. e T.S.

Centro Fisioterapico Casentino Sas

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Walter Bondi e Cassinelli Stefania)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

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

I LEGALI RAPPRESENTANTI

IL DIRETTORE U.O.C. P.A. e T.S.

Centro Fisioterapico Casentino Sas

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Walter Bondi e Cassinelli Stefania)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

**CONTRATTO TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E TERME DI
CHIANCIANO SPA**

*Acquisto prestazioni specialistiche ambulatoriali di Cardiologia, Laboratorio
analisi e Diagnostica strumentale*

TRA

L'Azienda Ausl Toscana Sud Est, con sede legale in Arezzo, via Curtatone, 54
(C.F./P.Iva. 02236310518), di seguito denominata "Azienda", nella persona 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. Antonio
D'Urso, con proprio atto n.....;

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

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

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

l'art. 29, comma 3, in virtù del quale gli scambi finanziari possono avvenire in forma diretta, sulla base di apposite 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. 8 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;

il **Piano sanitario e sociale 2012-2015**, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale 5 novembre 2014, n. 91, ancora in vigore ai sensi dell’art. 29 comma 1 Legge regionale 1/2015, nel riaffermare la titolarità delle aziende sanitarie nella individuazione dei bisogni dei cittadini e della programmazione complessiva dell’offerta di prestazioni di propria competenza, nell’ambito degli indirizzi e con i vincoli della programmazione regionale, stabilisce che le istituzioni private ed i professionisti sono ammessi ad operare nel servizio sanitario, a carico delle risorse regionali disponibili, in un quadro di pari dignità tra produttori ed erogatori e tra

soggetti pubblici e privati, solo previa contrattazione con il titolare pubblico della programmazione locale;

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;

il **Legge 7 agosto 2012, n. 135** “Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95: Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, ed in particolare l’art. 15, comma 14, il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011;

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

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

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Terme di Chianciano Spa;
- definizione di tetti massimi, unici ed omnicomprendivi, 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 massimo di € 83.404, calcolato quale importo a lordo dellacompartecipazione alla spesa a carico dell’assistito;
- 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;

il **Contratto tra Ausl Toscana Sud Est e Terme di Chianciano** valido per l'anno 2019, per l'acquisto di prestazioni di medicina fisica e riabilitazione, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale 7 marzo 2019, n. 351, Repertorio n. 1.470 del 28 febbraio 2019, con il quale si utilizza un importo pari a € 59.916,67, per il quale è previsto il rinnovo per l'anno 2020, per far fronte al fabbisogno della Zona val di chiana senese e amiata val d'orcina;

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

integrazioni;

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso delle autorizzazioni 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 maggio 2017, disponibile in atti al fascicolo istruttorio, in relazione ai seguenti processi:

- il processo ambulatoriale outpatient nella disciplina di cardiologia erogate nella sede denominata Stabilimento Sillene ubicata a Chianciano Terme in Piazza Marconi, n. 15/16;
- il processo ambulatoriale outpatient nella disciplina di radiologia diagnostica erogata nella sede Direzione Sanitaria ubicata a Chianciano Terme in Viale Roma, n. 101;

Che l'Azienda valuta necessario, in relazione al suo fabbisogno, avvalersi della Società Terme di Chianciano Spa per la prosecuzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali di cardiologia, laboratorio analisi e diagnostica strumentale, ricomprese nel Decreto di accreditamento istituzionale e nell'ambito del tetto di spesa residuo rispetto alla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, ad invarianza di spesa, pari a € 23.488;

Che la Società si rende disponibile a garantire l'offerta della propria collaborazione, per la qualità e quantità di prestazioni richieste dall'Azienda;

Che le parti, di comune accordo, ritengono opportuno ridefinire i volumi di attività ed i tetti economici per l'anno 2020, tenendo presente l'esperienza finora compiuta e l'esigenza aziendale di concertare le prestazioni specialistiche ambulatoriali in funzione dell'abbattimento della mobilità sanitaria passiva e del contenimento delle liste di attesa;

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 contratto e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente contratto, si avvale della Società, che accetta, per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali di cardiologia, laboratorio analisi e diagnostica strumentale, con riferimento alla ecocardiografia e ecodoppler, per conto del Servizio Sanitario Nazionale, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

2. Sono esclusi dal diritto alla fruizione delle prestazioni oggetto del presente contratto i cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto sono eseguite presso le proprie strutture, ubicate in Chianciano Terme, Piazza Marconi, n. 15/16 e Viale Roma, n. 101 individuate nel citato decreto di accreditamento istituzionale.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte da personale qualificato, 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 4 agosto 2011, n.723, sono esclusivamente quelle rientranti nelle branche specialistiche o attività o prestazioni che la Società può erogare in rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'accreditamento istituzionale di cui dispone, ossia prestazioni specialistiche ambulatoriali di cardiologia, laboratorio analisi e diagnostica strumentale, con riferimento a prestazioni di ecocardiografia ed ecodoppler.

2. 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.

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

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.

7. La Società è vincolata al rispetto delle determinazioni emanate a livello nazionale e regionale in ordine all'appropriatezza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Art. 5 – TETTI ECONOMICI

1. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda, la Società si impegna ad eseguire le prestazioni specialistiche ambulatoriali entro un volume di attività corrispondente al tetto economico massimo annuale pari a €23.488 da intendersi a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell'utente.

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

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

4. 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 dei tetti economici concordati.

5. La Società si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione regionale e nazionale relative alle variazioni in riduzione dei tetti economici concordati, di cui al presente articolo.

Art. 6 – TARIFFE

1. Le tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono contenute nella Deliberazione Giunta Regionale 4 agosto 2011, n.723 e sono comprensive della quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente.

2. L'utente provvede prima, dell'erogazione della prestazione presso la Società a regolarizzare il pagamento del ticket, nonché della quota ricetta ove prevista. La Società è tenuta alla verifica dell'avvenuto pagamento prima dell'erogazione della prestazione e in caso di mancato pagamento è tenuto ad inviare l'utente all'Azienda per la regolarizzazione prima di procedere all'erogazione della prestazione. In assenza di regolarizzazione del pagamento l'Azienda non riconosce alla Società l'importo economico della prestazione erogata. La riscossione dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa sanitaria, nonché della quota ricetta da parte del cittadino può comunque avvenire presso la sede della Società. Qualora sia attuata quest'ultima modalità, la Società è tenuta a riversare all'Azienda gli importi percepiti a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria e quota ricetta secondo le modalità indicate all'articolo relativo ai Pagamenti.

Art. 7 – MODALITA' DI ACCESSO

1. L'accesso alla prestazione avviene tramite richiesta formulata su ricettario regionale dal personale medico operante per il Servizio Sanitario Nazionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata, complete della diagnosi e del sospetto diagnostico a cura del medico proponente. Non è necessaria la preventiva autorizzazione da parte dell'Azienda.

2. La Società si impegna a dare la propria disponibilità per l'inserimento della propria offerta nella procedura informatizzata Cup.2.0 aziendale, con particolare

riferimento al rispetto dei tempi per l'integrazione nel sistema, che saranno stabiliti dall'Azienda.

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, secondo il tracciato previsto dalla Deliberazione Giunta regionale del 2 dicembre 2014, n. 1240, recante “Modifiche e integrazioni al manuale Flussi Doc”. Qualora il riferimento normativo indicato sia superato dal legislatore, la Società è tenuta ad uniformarsi alle nuove disposizioni.

2. La competente struttura organizzativa di Estar provvede all'invio alla Regione Toscana dei dati inseriti dalla Società nel flusso informativo regionale DOC SPA. Qualora in sede di estrazione dei dati siano rilevati errori di tipo 2 o 9, la Società è tenuta ad assicurare la correzione del flusso informativo regionale DOC SPA, entro i tempi indicati da Estar, al fine di consentire il valido invio in Regione Toscana delle attività sanitarie erogate.

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

4. La Società trasmette alla competente struttura di Estar, entro il 20 gennaio di ogni anno, la compilazione del flusso informativo ministeriale tramite Modello STS21, con riferimento ai dati di struttura, di personale e di attività per l'anno cui si riferisce la rilevazione, tenendo conto delle eventuali modifiche o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. In base al 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 al codice ufficio dell'Area senese, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: ZXFD74, entro il giorno 10 del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite. Ciascuna fattura elettronica riporta l'indicazione del mese di competenza e la descrizione della tipologia di prestazioni erogate a cui si riferiscono.

2. Le fatture mensili 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, al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa.

3. Le fatture mensili emesse dalla Società per prestazioni erogate in favore di residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, nell'ambito del tetto di spesa previsto dal presente contratto, sono articolate e redatte in base alla zona-distretto di provenienza dell'assistito, nel rispetto dei seguenti codici alfabetici: Zona Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana: R; Zona Amiata senese e Val d'Orcia, Valdichiana senese: P; Zona Aretina, Casentino, Valtiberina: Q; Zona dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana Aretina: G; Zona delle Colline dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona Senese: D;

4. La Società si impegna ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica il Tabulato riepilogativo delle prestazioni erogate a cui il documento contabile si riferisce, con l'indicazione dei seguenti elementi: mese di competenza; cognome, nome ed indirizzo dell'utente; data di nascita; codice fiscale; azienda sanitaria di appartenenza; regione di appartenenza; numero ricetta; data di esecuzione della

prestazione; codice, descrizione e numero delle prestazioni erogate; importo lordo fatturato; importo ticket corrisposto dall'utente o eventuale esenzione e relativo codice; importo per quota ricetta. Per ogni fattura, l'importo ticket l'importo quota ricetta è riportato in apposito allegato mensile a sé stante, per facilitare i controlli amministrativi da parte della U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie.

5. La Società si impegna altresì ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica copia della seguente Documentazione sanitaria per gli approfondimenti dei controlli amministrativi, consistente nella copia delle prescrizioni mediche con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. La documentazione prodotta conseguentemente all'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto è conservata in originale presso la Società, nel rispetto della vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione degli atti pubblici.

7. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria per entrambe le tipologie di prestazioni erogate sono trasmessi con cadenza mensile, in coincidenza con l'emissione della relativa fattura elettronica, tramite posta elettronica certificata, al seguente indirizzo ausltoscanasudest@postacert.toscana.it. Nell'oggetto è inserita la dicitura: *“Prestazioni accreditate: documentazione a corredo fattura elettronica del mese di, anno”*. I file sono protetti con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse. A tal fine il file sono zippati e dotati di password per l'apertura (massimo 8 caratteri con: almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale). La password è resa nota all'Azienda tramite canali diversi da quelli utilizzati per l'invio (ovvero consegna *brevi manu* oppure comunicazione telefonica). La password ha una

durata annuale, per poi essere sostituita con una nuova password, comunicata con le stesse modalità.

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

9. Le parti prendono atto che sono in corso di definizione le procedure aziendali relative al Decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e Finanze, recante “Modalità e tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di emissione e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio sanitario nazionale”. La Società si impegna ad uniformarsi con tempestività alle indicazioni che saranno diffuse a riguardo dalle competenti Strutture aziendali.

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 e di quota ricetta da parte dell'utente, di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda, con IBAN IT 08 X 01030 14217 000000 617903. Per ciascun riversamento, ticket e quota ricetta, è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni 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 per conto dell'Azienda, assume la veste di agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia, ed in particolare alla Deliberazione Giunta regionale 15 luglio 2019, n. 918, recante "Approvazione dello schema di Regolamento degli Agenti Contabili e della resa del Conto Giudiziale", cui sarà data attuazione in base ad apposite indicazioni aziendali.

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.

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 e II livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalla Società.

2. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione alla Società. La Società provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come sanabili entro il mese successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo alle anomalie non sanate verrà decurtato dalla liquidazione spettante alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito dell'emissione da parte della Società delle note di credito ad esso richieste.

3. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto dei tetti economici massimi previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana.

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

5. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nei flussi informativi regionali, 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 incoerenze ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito del ricevimento da parte dell'Azienda delle note di credito richieste alla Società.

6. La Società è tenuta 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

dalla Società medesima non utilizzabili ai fini delle compensazioni infraregionali, tramite emissione di note di credito.

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 sul pagamento delle fatture giacenti, non ancora liquidate.

Art. 12 – CONTROLLI SANITARI

1. L'Azienda esercita funzioni di vigilanza, monitoraggio e controllo sanitario sulla qualità, quantità, efficacia, congruità e appropriatezza, clinica ed organizzativa, delle prestazioni rese dalla Società, al fine di assicurare la tutela della salute e della sicurezza dei pazienti nonché sulla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso per accertare il mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalle vigenti disposizioni in materia di autorizzazione-accreditamento. Resta ferma ogni altra competenza dell'Azienda in materia di igiene delle strutture sanitarie e di medicina del lavoro.

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

3. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari redige un verbale di verifica in base al quale la Società è tenuta ad emettere nota di credito per gli importi relativi alle prestazioni ritenute non appropriate ed adeguare, di conseguenza, il flusso informativo regionale SPA. La Società emette nota di credito entro 10 giorni dalla

richiesta, trascorsi inutilmente i quali l'Azienda è autorizzata a trattenere gli importi dovuti sulle liquidazioni in giacenza.

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

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

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

Art. 13 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE

1. La Società prende atto che, ai sensi dell'art. 4. comma 7 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, come anche richiamato dall'art. 8, comma 9, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. e s.m.i. e dall'art. 1, comma 5, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662:

- l'attività libero professionale dei medici dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale non è consentita nell'ambito delle strutture accreditate, anche per attività o prestazioni riferite a branche non oggetto del presente contratto;
- il rapporto di lavoro, dipendente o convenzionato, con il Servizio Sanitario Nazionale è incompatibile con l'esercizio di attività o con titolarità o

compartecipazione a quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso;

- i vigenti accordi collettivi nazionali che disciplinano il rapporto di lavoro convenzionale con le Aziende sanitarie degli appartenenti alle categorie mediche di medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale interna, prevedono incompatibilità con l'attività nelle strutture private accreditate.

2. La Società, ai sensi dall'art. 1, comma 19, della citata Legge 23 dicembre 1996, n. 662, documenta lo stato del proprio organico a regime, con il quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente.

3. La Società si impegna a non utilizzare personale incompatibile ed a verificare tale stato mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva scritta, resa da soggetti comunque operanti nella struttura, dalla quale risulti la situazione lavorativa degli stessi e a darne comunicazione all'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno.

4. In caso di accertata violazione delle disposizioni di cui al presente articolo, l'Azienda si riserva di adire le azioni necessarie per ripetere le eventuali somme indebitamente erogate alla Società, nonché di informare gli organi ed autorità competente per la tutela del cittadino.

Art. 14 – CARTA DEI SERVIZI

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

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

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

Art. 15 – INFORMATIVA AGLI UTENTI

1. La Società è tenuta ad informare l'utente in modo corretto sulle prestazioni fruibili presso il medesimo. In particolare la Società garantisce la corretta informazione sulle procedure di accesso, sulle prestazioni erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, sulla differenza, in termini di costo e di tipologia, dei servizi offerti in regime privatistico.

2. La Società riconosce il diritto della tutela dell'utente e le modalità per il suo esercizio di cui al regolamento di pubblica tutela dell'Azienda, approvato dalla Giunta regionale.

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

Art. 16 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

1. La Società nell'effettuare le operazioni di trattamento dei dati personali necessarie per l'attuazione dei servizi di cui al presente accordo, è tenuta ad osservare le norme di legge sulla protezione dei dati personali di cui al D.lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni ed al Regolamento Europeo sulla Privacy n. 679/2016 e eventuali modifiche e integrazioni.

Art. 17 – COPERTURE ASSICURATIVE E RESPONSABILITA'

1. Nell'effettuazione del servizio, la Società è tenuta a tenere sollevata l'Azienda da eventuali responsabilità presenti e future che alla stessa facciano capo in conseguenza al verificarsi di danni a terzi, persone, animali o cose, a seguito di un qualsiasi evento verificatosi nel corso e per causa di interventi oggetto del presente contratto. A tal fine la Società stipula, e mantiene per tutta la durata del presente contratto, apposita polizza RCT con primaria società di assicurazioni che preveda massimali adeguati per tali sinistri, impegnandosi a darne copia all'Azienda..

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

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

4. La Società è tenuta all'osservanza delle norme in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori, ed in specifico ad assolvere a tutti gli adempimenti previsti dal D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".

Art. 18 – RECESSO

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

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

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

Art. 19 – RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

1. Eventuali inadempienze al presente contratto devono essere contestate dalla parte che ne abbia interesse per iscritto e con fissazione di un termine non inferiore a 15 giorni per la presentazione di eventuali controdeduzioni. Successivamente le parti concordano un termine entro il quale le stesse inadempienze devono essere rimosse, pena la sospensione dell'efficacia, fino all'adempimento di quanto stabilito con il presente contratto, ivi compreso il pagamento delle fatture giacenti.

2. Trascorso inutilmente il termine concesso, si ha diritto alla risoluzione per inadempimento del presente contratto, fatta salva comunque l'azione di rivalsa per l'eventuale risarcimento del danno.

Art. 20 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

1. Il presente contratto si risolve di diritto, ex art. 1456 del codice civile, salvo il risarcimento degli eventuali danni e ad ogni rimedio di legge, nei seguenti casi, esemplificativi e non esaustivi, e fatti salvi i rapporti pregressi:

- qualora la Società non risulti più in regola con le procedure o con i requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e in caso di decadenza degli stessi;
- in caso di gravi e ripetute violazioni delle norme in materia di sicurezza e delle norme dettate a tutela dei lavoratori, nonché inadempimento delle obbligazioni contrattuali tali da compromettere la buona riuscita del servizio;
- l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione delle attività convenzionate, in violazione delle norme previste in materia dalla legislazione

vigente e richiamate dal presente contratto;

- in caso di riscontrati inadeguati livelli quali-quantitativi del servizio (con obbligo della Società di garantire la continuità del servizio nel rispetto di tutte le obbligazioni nascenti dal contratto) e di gravi e ripetuti ed irrisolti disservizi, oggetto di formali diffide ad adempiere da parte dei servizi competenti;
- in caso di grave e reiterata mancanza nell'ottemperanza al debito informativo;
- l'accertato mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- l'accertata violazione da parte della Società, delle norme vigenti in materia di tutela dei dati personali;
- la mancata messa a disposizione dell'Azienda della polizza nel corso del rapporto contrattuale o la mancata stipula della stessa alle condizioni indicate dal presente Accordo ovvero il venir meno della polizza stessa per tutta la durata del rapporto.

2. In attesa del pieno accertamento di ciascuno dei casi sopra indicati, l'Azienda è autorizzata a sospendere i pagamenti degli importi dovuti alla Società per le prestazioni erogate in virtù del presente Accordo.

Art. 21 – CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

1. Ogni eventuale contestazione e/o controversia che dovesse insorgere fra le parti in relazione all'interpretazione ed all'esecuzione del presente contratto, che non venisse risolta bonariamente, è deferita in via esclusiva al Foro di Siena.

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

Art. 22 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente contratto ha validità dal 1 gennaio 2020 fino al 31 dicembre 2020 ed è rinnovabile per un anno, agli stessi patti e condizioni, in virtù di accordi espressi tra le parti.

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

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

4. Le eventuali modifiche al contratto possono essere disposte dalle parti mediante accordi integrativi, da approvare con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda. Le variazioni che dovessero intervenire a seguito dell'emanazione di leggi, regolamenti, disposizioni nazionali e/o regionali nonché di accordi tra enti pubblici e/o associazioni di categoria, impegnano le parti alla loro applicazione da formalizzare con atto convenzionale suppletivo.

Art. 23 – 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, per un importo pari a € 112,00 Le spese sono poste a carico della Società, la quale provvede tramite apposito bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383 intestato all'Azienda.

2. Le spese di bollo sono assolte successivamente dall'Azienda in maniera digitale, come da Autorizzazione all'assolvimento virtuale rilasciata in proprio favore dall'Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo, n. 5062 del 16 febbraio 2016.

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 poste a carico della parte richiedente.

Art. 24 – REPERTORIO

1. Il presente atto 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. 24 articoli e n. 26 pagine ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

IL DIRETTORE GENERALE	IL Direttore U.O.C. P. A. e T.S.
Terme di Chianciano Spa	Azienda Usl Toscana Sud Est
(Dr. Mauro Della Lena)	(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

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

IL DIRETTORE GENERALE	IL Direttore U.O.C. P. A. e T.S.
Terme di Chianciano Spa	Azienda Usl Toscana Sud Est
(Dr. Mauro Della Lena)	(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

CONTRATTO TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E VASARI SRL

Acquisto prestazioni specialistiche ambulatoriali di gastroenterologia con attività di endoscopia in sedazione cosciente

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. Antonio D'Urso, con proprio atto n.....;

E

La società **Vasari Srl**, con sede legale in Grosseto, Via G. Vasari, n. 19/25 (C.F. e P.I.: 01096950538), di seguito denominata "Società", rappresentata dal Dott. Maurizio Carresi, nato a Scansano (GR) il 3 aprile 1959, domiciliato per la carica presso la suddetta, per la sede operativa ubicata in Grosseto, Via Anna Magnani, n.38;

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

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

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

l'art. 29, comma 3, in virtù del quale gli scambi finanziari possono avvenire in forma diretta, sulla base di apposite 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. 8 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;

il **Piano sanitario e sociale 2012-2015**, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale 5 novembre 2014, n. 91, ancora in vigore ai sensi dell’art. 29 comma 1 Legge regionale 1/2015, nel riaffermare la titolarità delle aziende sanitarie nella individuazione dei bisogni dei cittadini e della programmazione complessiva dell’offerta di prestazioni di propria competenza, nell’ambito degli indirizzi e con i vincoli della programmazione regionale, stabilisce che le istituzioni private ed i professionisti sono ammessi ad operare nel servizio sanitario, a carico delle risorse regionali disponibili, in un quadro di pari dignità tra produttori ed erogatori e tra

soggetti pubblici e privati, solo previa contrattazione con il titolare pubblico della programmazione locale;

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;

il **Legge 7 agosto 2012, n. 135** “Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95: Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, ed in particolare l’art. 15, comma 14, il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011;

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

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

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale;
- definizione di tetti massimi, 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, calcolati, ove previsto, a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell’assistito;
- 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, 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, tramite i flussi informativi specifici relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale (SPA);

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

PREMESSO

Che la Società risulta in possesso delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per la struttura sanitaria privata ubicata a Grosseto in via Anna Magnani, n. 38, come da Provvedimento rilasciato dal Comune di Grosseto n. 675 del 24 giugno 2019, disponibile in atti al fascicolo istruttorio, per il regime di erogazione ambulatoriale, attività di endoscopia – Cod. B1.5;

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 16538 del 9 ottobre 2019, disponibile in atti al fascicolo istruttorio, nei processi ambulatoriale/outpatient e riabilitazione anche per le discipline di cardiologia e gastroenterologia, con attività di endoscopia, erogati nella struttura sanitaria privata ubicata a Grosseto in via Anna Magnani, n. 38;

Che la citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, nel definire i tetti di massimi di spesa delle strutture private accreditate convenzionate operanti nel territorio regionale, ha tenuto conto dei volumi prestazionali ed economici inseriti

nel flusso informativo SPA 2017 e che pertanto la società Vasari Srl, avendo avviato le proprie attività nel corso dell'anno 2019, non risulta inserita nell'elenco delle strutture private-accreditate convenzionabili;

Che l'Azienda, nonostante ciò, valuta necessario, in relazione al suo fabbisogno, avvalersi della società Vasari Srl per l'erogazione, in particolare, di prestazioni ambulatoriali di gastroenterologia con attività di endoscopia, pur nell'invarianza di spesa rispetto il perimetro economico definito con Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, per un importo complessivo pari a € 100.000 annui;

Che al fine di finanziare la nuova collaborazione il tetto di spesa previsto dalla programmazione regionale in favore delle Case di cura convenzionate è ridotto in misura proporzionale per l'anno 2020, previo loro assenso acquisito durante l'incontro tenutosi a Siena il 2 dicembre 2019, secondo i seguenti importi:

- Rugani Hospital Srl € 20.438,59
- Centro Chirurgico Toscano Srl € 45.650,97
- Assisi Project Spa € 33.910,44
- Totale € 100.000,00

Che la Società si rende disponibile a garantire l'offerta della propria collaborazione, per la qualità e quantità di prestazioni richieste dall'Azienda;

Che le parti, di comune accordo, ritengono opportuno definire i volumi di attività nell'ambito del tetto economico stabilito per l'anno 2020, tenendo presente l'esigenza aziendale di concertare le prestazioni specialistiche ambulatoriali in funzione dell'abbattimento della mobilità sanitaria passiva e del contenimento delle liste di attesa;

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 contratto e ne costituiscono il primo patto.

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente contratto, si avvale della Società, che accetta, per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di gastroenterologia con attività di endoscopia, per conto del Servizio Sanitario Nazionale, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

2. Sono esclusi dal diritto alla fruizione delle prestazioni oggetto del presente contratto i cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e i cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto sono eseguite presso la propria struttura, ubicata in Grosseto in via Anna Magnani, n. 38, individuata nei citati provvedimenti di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale.

2. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte da personale qualificato, 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 4 agosto 2011, n.723, sono esclusivamente quelle rientranti nelle branche specialistiche o attività o prestazioni che la Società può erogare in rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'accreditamento istituzionale di cui dispone, e richieste dall'Azienda, ossia prestazioni ambulatoriali di gastroenterologia con attività di endoscopia in sedazione cosciente, con presenza di un medico appartenente alla disciplina inerente le attività svolte o disciplina equipollente e una unità infermieristica.

2. Per l'eventuale presenza del medico anestesista durante l'erogazione della prestazione, l'onere è posto a carico dell'utente che, all'atto della presa in carico da parte della Società, esprime la propria opzione circa la possibilità di un livello integrativo di assistenza, rispetto a quanto previsto dalla citata normativa in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di tariffe regionali. L'opzione è espressa dall'utente sottoscrivendo apposito modello predisposto dalla Società, da conservare a cura di quest'ultima per i necessari controlli sanitari da parte dell'Azienda. Il modello adottato dovrà essere predisposto in modo tale da dare evidenza, intelligibile ed incontrovertibile, che l'utente all'atto della sottoscrizione è stato reso consapevole della possibilità di opzione di un livello integrativo di assistenza con oneri a proprio carico.

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

4. L'Azienda elabora la programmazione dell'attività annualmente e si impegna a comunicarla alla Società entro il mese di dicembre.

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.

7. La Società è vincolata al rispetto delle determinazioni emanate a livello nazionale e regionale in ordine all'appropriatezza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Art. 5 – TETTI ECONOMICI

1. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda, la Società si impegna ad eseguire le prestazioni specialistiche ambulatoriali entro un volume di attività corrispondente al tetto economico massimo annuale pari a €100.000,00 da intendersi a lordo della compartecipazione alla spesa a carico dell'utente e al netto della quota ricetta, che consente il rispetto, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, dei vincoli economici stabiliti dalla normativa in materia di *spending review*, richiamati nelle premesse.

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

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

4. La Società prende atto che, come previsto dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, la valutazione del rispetto dei vincoli previsti dalla

normativa vigente è svolta a livello regionale, non più di singola azienda sanitaria, e che detta valutazione presenta le seguenti caratteristiche:

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

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

6. La Società si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione regionale e nazionale relative alle variazioni in riduzione dei tetti economici concordati, di cui al presente articolo.

Art. 6 – TARIFFE

1. La Società accetta il sistema di tariffazione di cui al Nomenclatore tariffario regionale previsto per l'attività specialistica ambulatoriale, contenute nella citata Deliberazione Giunta Regionale del 4 agosto 2011, n.723. Qualora le tariffe previste da detto sistema sia superato dal legislatore nel corso di vigenza del presente Accordo integrativo, si procede ad un adeguamento delle tariffe di cui al presente articolo, in conformità alle nuove disposizioni.

2. Alle tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale in argomento si applica la normativa vigente in materia di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente (ticket e quota ricetta), in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 24 maggio 2004, n. 493, recante "Livelli essenziali di assistenza - Indirizzi

alle Aziende Sanitarie sulla modalità di partecipazione alla spesa” e successive modifiche ed integrazioni, fatti salvi i regimi di esenzione.

3. L'utente provvede prima, dell'erogazione della prestazione presso la Società a regolarizzare il pagamento del ticket, nonché della quota ricetta ove prevista. La Società è tenuta alla verifica dell'avvenuto pagamento prima dell'erogazione della prestazione, ed in caso di mancato pagamento è tenuto ad inviare l'utente all'Azienda per la regolarizzazione prima di procedere all'erogazione della prestazione. In assenza di regolarizzazione del pagamento l'Azienda non riconosce alla Società l'importo economico della prestazione erogata. La riscossione dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa sanitaria, nonché della quota ricetta da parte del cittadino, può comunque avvenire presso la sede della Società. Qualora sia attuata quest'ultima modalità, la Società è tenuta a riversare all'Azienda gli importi percepiti a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria e quota ricetta secondo le modalità indicate all'articolo relativo ai Pagamenti.

Art. 7 – MODALITA' DI ACCESSO

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

2. L'accesso alle prestazioni di diagnostica strumentale avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata Cup aziendale 2.0 dell'ambito territoriale della Provincia di Grosseto. L'avvio dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali con oneri a carico dell'Azienda può avvenire solo a seguito dell'iscrizione dell'offerta della Società nel palinsesto del Cup aziendale 2.0.

3. Per quanto attiene la gestione delle agende di prenotazione, Azienda e Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup 2.0 aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività. Qualsiasi variazione di palinsesto è concertata fra Azienda e Società, con il coinvolgimento delle strutture aziendali di Staff della Direzione Sanitaria e Cup aziendale. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende.

4. La programmazione annuale delle agende 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.

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, compresi quelli che non generano effetti finanziari a carico del Servizio Sanitario Nazionale, secondo il tracciato previsto dalla Deliberazione Giunta regionale del 2 dicembre 2014, n. 1240, recante “Modifiche e integrazioni al manuale Flussi Doc” per il flusso informativo regionale DOC SPA. Qualora il riferimento normativo indicato sia superato dal legislatore, la Società è tenuta ad uniformarsi alle nuove disposizioni.

2. La competente struttura organizzativa di Estar provvede all'invio alla Regione Toscana dei dati inseriti dalla Società nel flusso informativo regionale DOC SPA. Qualora in sede di estrazione dei dati siano rilevati errori di tipo 2 o 9, la Società è tenuta ad assicurare la correzione del flusso informativo regionale DOC SPA, entro i

tempi indicati da Estar, al fine di consentire il valido invio in Regione Toscana delle attività sanitarie erogate.

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

4. La Società trasmette alla competente struttura di Estar, entro il 20 gennaio di ogni anno, la compilazione del flusso informativo ministeriale tramite Modello STS21, con riferimento ai dati di struttura, di personale e di attività per l'anno cui si riferisce la rilevazione, tenendo conto delle eventuali modifiche o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 9 – FATTURAZIONE

1. In base al 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 al codice ufficio dell'Area grossetana, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: X7SWOB, entro il giorno 10 del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite. Ciascuna fattura elettronica riporta l'indicazione del mese di competenza e la descrizione della tipologia di prestazioni erogate a cui si riferisce.

2. Le fatture mensili 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, al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa.

3. Le fatture mensili emesse dalla Società per prestazioni erogate in favore di residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, nell'ambito del tetto di spesa previsto

dal presente contratto, sono articolate e redatte in base alla zona-distretto di provenienza dell'assistito, nel rispetto dei seguenti codici alfabetici: Zona Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana: R; Zona Amiata senese e Val d'Orcia, Valdichiana senese: P; Zona Aretina, Casentino, Valtiberina: Q; Zona dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana Aretina: G; Zona delle Colline dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona Senese: D.

4. La Società si impegna ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica il Tabulato riepilogativo delle prestazioni erogate a cui il documento contabile si riferisce, con l'indicazione dei seguenti elementi: mese di competenza; cognome, nome ed indirizzo dell'utente; data di nascita; codice fiscale; azienda sanitaria di appartenenza; regione di appartenenza; numero ricetta; data di esecuzione della prestazione; codice, descrizione e numero delle prestazioni erogate; importo lordo fatturato; importo ticket corrisposto dall'utente o eventuale esenzione e relativo codice; importo per quota ricetta. Per ogni fattura, l'importo ticket e l'importo quota ricetta è riportato in apposito allegato mensile a sé stante, per facilitare i controlli amministrativi da parte della U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie.

5. La Società si impegna altresì ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica copia della Documentazione sanitaria per gli approfondimenti dei controlli amministrativi, consistente nella copia delle prescrizioni mediche con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta.

6. La documentazione prodotta conseguentemente all'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto è conservata in originale presso la Società, nel rispetto della vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione degli atti pubblici.

7. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria per le prestazioni erogate sono trasmessi con cadenza mensile, in coincidenza con l'emissione della relativa fattura elettronica, tramite posta elettronica certificata, al seguente indirizzo: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it. Nell'oggetto è inserita la dicitura: *“Prestazioni accreditate: documentazione a corredo fattura elettronica del mese di, anno”*. I file sono protetti con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse. A tal fine il file sono zippati e dotati di password per l'apertura (massimo 8 caratteri con: almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale). La password è resa nota all'Azienda tramite canali diversi da quelli utilizzati per l'invio (ovvero consegna *brevi manu* oppure comunicazione telefonica). La password ha una durata annuale, per poi essere sostituita con una nuova password, comunicata con le stesse modalità.

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

9. Le parti prendono atto che sono in corso di definizione le procedure aziendali relative al Decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e Finanze, recante *“Modalità e tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di emissione e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio sanitario nazionale”*. La Società si impegna ad uniformarsi con tempestività alle indicazioni che saranno diffuse a riguardo dalle competenti Strutture aziendali.

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 e di quota ricetta da parte dell'utente, di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda, con IBAN IT 08 X 01030 14217 000000 617903. Per ciascun riversamento, ticket e quota ricetta, è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni 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 per conto dell'Azienda, assume la veste di agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia, ed in particolare alla Deliberazione Giunta regionale 15 luglio 2019, n. 918, recante "Approvazione dello schema di Regolamento degli Agenti Contabili e della resa del Conto Giudiziale", cui sarà data attuazione in base ad apposite indicazioni aziendali.

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.

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 e II livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalla Società.

2. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione alla Società. La Società provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come sanabili entro il mese successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo alle anomalie non sanate verrà decurtato dalla liquidazione spettante alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito dell'emissione da parte della Società delle note di credito ad esso richieste.

3. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto dei tetti economici massimi previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana.

4. L'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti dai flussi informativi regionali per tutte le prestazioni erogate dalla Società in virtù del presente contratto, in attuazione della

Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001, confrontando i dati contenuti nella fattura periodica e le prestazioni risultanti dal Flusso informativo regionale SPR.

5. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nei flussi informativi regionali, 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 incoerenze ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito del ricevimento da parte dell'Azienda delle note di credito richieste alla Società.

6. La Società è tenuta 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 dalla Società medesima non utilizzabili ai fini delle compensazioni infraregionali, tramite emissione di note di credito.

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 sul pagamento delle fatture giacenti, non ancora liquidate.

Art. 12 – CONTROLLI SANITARI

1. L'Azienda esercita funzioni di vigilanza, monitoraggio e controllo sanitario sulla qualità, quantità, efficacia, congruità e appropriatezza, clinica ed organizzativa, delle prestazioni rese dalla Società, al fine di assicurare la tutela della salute e della sicurezza dei pazienti nonché sulla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso per accertare il mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalle vigenti disposizioni in materia di autorizzazione-accreditamento. Resta

ferma ogni altra competenza dell'Azienda in materia di igiene delle strutture sanitarie e di medicina del lavoro.

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

3. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari redige un verbale di verifica in base al quale la Società è tenuta ad emettere nota di credito per gli importi relativi alle prestazioni ritenute non appropriate ed adeguare, di conseguenza, il flusso informativo regionale DOC SPA. La Società emette nota di credito entro 10 giorni dalla richiesta, trascorsi inutilmente i quali l'Azienda è autorizzata a trattenere gli importi dovuti sulle liquidazioni in giacenza.

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

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

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

Art. 13 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE

1. La Società prende atto che, ai sensi dell'art. 4, comma 7 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, come anche richiamato dall'art. 8, comma 9, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. e s.m.i. e dall'art. 1, comma 5, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662:

- l'attività libero professionale dei medici dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale non è consentita nell'ambito delle strutture accreditate, anche per attività o prestazioni riferite a branche non oggetto del presente contratto;
- il rapporto di lavoro, dipendente o convenzionato, con il Servizio Sanitario Nazionale è incompatibile con l'esercizio di attività o con titolarità o compartecipazione a quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso;
- i vigenti accordi collettivi nazionali che disciplinano il rapporto di lavoro convenzionale con le Aziende sanitarie degli appartenenti alle categorie mediche di medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale interna, prevedono incompatibilità con l'attività nelle strutture private accreditate.

2. La Società, ai sensi dall'art. 1, comma 19, della citata Legge 23 dicembre 1996, n. 662, documenta lo stato del proprio organico a regime, con il quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente.

3. La Società si impegna a non utilizzare personale incompatibile ed a verificare tale stato mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva scritta, resa da soggetti comunque operanti nella struttura, dalla quale risulti la situazione lavorativa degli stessi e a darne comunicazione all'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno.

4. In caso di accertata violazione delle disposizioni di cui al presente articolo, l'Azienda si riserva di adire le azioni necessarie per ripetere le eventuali somme indebitamente erogate alla Società, nonché di informare gli organi ed autorità competente per la tutela del cittadino.

Art. 14 – CARTA DEI SERVIZI

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

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

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

Art. 15 – INFORMATIVA AGLI UTENTI

1. La Società è tenuta ad informare l'utente in modo corretto sulle prestazioni fruibili presso il medesimo. In particolare la Società garantisce la corretta informazione sulle procedure di accesso, sulle prestazioni erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, sulle prestazioni erogabili con oneri a carico dell'utente per la presenza dell'anestesista durante l'effettuazione della prestazione di endoscopia, sui servizi offerti in regime totalmente privatistico.

2. La Società riconosce il diritto della tutela dell'utente e le modalità per il suo esercizio di cui al regolamento di pubblica tutela dell'Azienda, approvato dalla Giunta regionale.

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

Art. 16 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

1. La Società nell'effettuare le operazioni di trattamento dei dati personali necessarie per l'attuazione dei servizi di cui al presente accordo, è tenuta ad osservare le norme di legge sulla protezione dei dati personali di cui al D.lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni ed al Regolamento Europeo sulla Privacy n. 679/2016 e eventuali modifiche e integrazioni.

Art. 17 – COPERTURE ASSICURATIVE E RESPONSABILITA'

1. Nell'effettuazione del servizio, la Società è tenuta a tenere sollevata l'Azienda da eventuali responsabilità presenti e future che alla stessa facciano capo in conseguenza al verificarsi di danni a terzi, persone, animali o cose, a seguito di un qualsiasi evento verificatosi nel corso e per causa di interventi oggetto del presente contratto. A tal fine la Società stipula, e mantiene per tutta la durata del presente contratto, apposita polizza RCT con primaria società di assicurazioni che preveda massimali adeguati per tali sinistri, impegnandosi a darne copia all'Azienda..

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

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

4. La Società è tenuta all'osservanza delle norme in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori, ed in specifico ad assolvere a tutti gli adempimenti previsti dal D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".

Art. 18 – RECESSO

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

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

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

Art. 19 – RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

1. Eventuali inadempienze al presente contratto devono essere contestate dalla parte che ne abbia interesse per iscritto e con fissazione di un termine non inferiore a 15 giorni per la presentazione di eventuali controdeduzioni. Successivamente le parti concordano un termine entro il quale le stesse inadempienze devono essere rimosse, pena la sospensione dell'efficacia, fino all'adempimento di quanto stabilito con il presente contratto, ivi compreso il pagamento delle fatture giacenti.

2. Trascorso inutilmente il termine concesso, si ha diritto alla risoluzione per inadempimento del presente contratto, fatta salva comunque l'azione di rivalsa per l'eventuale risarcimento del danno.

Art. 20 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

1. Il presente contratto si risolve di diritto, ex art. 1456 del codice civile, salvo il risarcimento degli eventuali danni e ad ogni rimedio di legge, nei seguenti casi, esemplificativi e non esaustivi, e fatti salvi i rapporti pregressi:

- qualora la Società non risulti più in regola con le procedure o con i requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e in caso di decadenza degli stessi;
- in caso di gravi e ripetute violazioni delle norme in materia di sicurezza e delle norme dettate a tutela dei lavoratori, nonché inadempimento delle obbligazioni contrattuali tali da compromettere la buona riuscita del servizio;
- l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione delle attività convenzionate, in violazione delle norme previste in materia dalla legislazione vigente e richiamate dal presente contratto;
- in caso di riscontrati inadeguati livelli quali-quantitativi del servizio (con obbligo della Società di garantire la continuità del servizio nel rispetto di tutte le obbligazioni nascenti dal contratto) e di gravi e ripetuti ed irrisolti disservizi, oggetto di formali diffide ad adempiere da parte dei servizi competenti;
- in caso di grave e reiterata mancanza nell'ottemperanza al debito informativo;
- l'accertato mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- l'accertata violazione da parte della Società, delle norme vigenti in materia di tutela dei dati personali;
- la mancata messa a disposizione dell'Azienda della polizza nel corso del rapporto contrattuale o la mancata stipula della stessa alle condizioni indicate dal presente Accordo ovvero il venir meno della polizza stessa per tutta la durata del rapporto.

2. In attesa del pieno accertamento di ciascuno dei casi sopra indicati, l'Azienda è autorizzata a sospendere i pagamenti degli importi dovuti alla Società per le prestazioni erogate in virtù del presente Accordo.

Art. 21 – CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

1. Ogni eventuale contestazione e/o controversia che dovesse insorgere fra le parti in relazione all'interpretazione ed all'esecuzione del presente contratto, che non venisse risolta bonariamente, è deferita in via esclusiva al Foro di Grosseto.

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

Art. 22 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente contratto ha validità dal 1 gennaio 2020 fino al 31 dicembre 2020 ed è rinnovabile per un anno, agli stessi patti e condizioni, in virtù di accordi espressi tra le parti, formalizzati con apposito atto del Direttore Generale dell'Azienda.

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

3. I contenuti organizzativi ed economici del presente atto possono essere oggetto di revisione in relazione a mutate esigenze organizzative o gestionali, su iniziativa delle parti, tramite reciproco scambio di missive. Le variazioni apportate al rapporto contrattuale sono successivamente formalizzate con apposito atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda. Le eventuali modifiche al contratto possono essere disposte dalle parti anche mediante veri e propri accordi integrativi, da approvare sempre con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda.

4. Le variazioni che dovessero intervenire a seguito dell'emanazione di leggi, regolamenti, disposizioni, nazionali oppure regionali, impegnano le parti alla loro

applicazione, da formalizzare con atto convenzionale suppletivo, previo atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda.

Art. 23 – 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, per un importo pari a € 112,00. Le spese sono poste a carico della Società, la quale provvede tramite apposito mediante bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383 intestato all'Azienda.

2. Le spese di bollo sono assolte successivamente dall'Azienda in maniera digitale, come da Autorizzazione all'assolvimento virtuale rilasciata in proprio favore dall'Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Arezzo, n. 5062 del 16 febbraio 2016.

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 poste a carico della parte richiedente.

Art. 24 – REPERTORIO

1. Il presente atto 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. 24 articoli e n. 28 pagine ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali dell'Azienda, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE UOC PA e TS

Vasari Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dott. Maurizio Carresi)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE UOC PA e TS

Vasari Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dott. Maurizio Carresi)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)