



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 705 DEL 30/06/2020

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

adotta la seguente deliberazione:

OGGETTO: Rapporti contrattuali tra Azienda UsI Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale - Adozione schemi di Accordo contrattuale validi dal 1 luglio 2020 al 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. 2495

Hash .pdf (SHA256):
6b1d2df42d1787f5d03c20570a3860be4d970ede8c928da5f582b8603c7168f2

Hash .p7m (SHA256):
2011bb45b7ff8fd02935e61ed23971d920f2a0b0562a46d565719c061f22a2b6



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 convenzione o rapporti, ovvero su base regionale, attraverso procedure di compensazioni regionali;
- art. 29, comma 5, il quale precisa che la valorizzazione delle prestazioni, ancorchè gestite tramite compensazioni regionali, è definita dalle convenzioni e dai rapporti tra Aziende Sanitarie e tra queste e le istituzioni private e non può comunque essere superiore alle tariffe massime definite dalla Regione;
- art. 29, comma 6, in virtù del quale la Giunta regionale, (...) , può sottoporre il sistema di erogazione delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie e delle istituzioni private a vincoli quantitativi circa il volume delle prestazioni ammesse, ovvero a vincoli finanziari tramite la determinazione di tetti di spesa e specifiche modalità di applicazione del sistema tariffario (...)
- art. 76 “Erogazione delle prestazioni da parte di strutture private”, comma 2, il quale prevede che l'Azienda unità sanitaria locale, tenuto conto dei criteri di cui al comma 1, procede alla definizione degli appositi rapporti di cui all'articolo 8 del decreto delegato; la Giunta regionale determina tariffe massime per ogni prestazione; al perfezionamento del rapporto si provvede a seguito di negoziazione effettuata,



sulla base di volumi prefissati di prestazioni, in riferimento alle tariffe determinate dalla Giunta regionale e tenuto conto della complessità organizzativa della struttura in relazione ai criteri di cui al comma 1, lettera b) inerenti gli esiti delle procedure di accreditamento e delle verifiche della qualità delle prestazioni;

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

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

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

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 figurano anche le seguenti Case di cura, ubicate nel territorio della Ausl Toscana Sud Est e con essa, da tempo, convenzionate: Assisi Project Spa; Centro Chirurgico Toscano Srl; Rugani Hospital Srl;
2. definizione di tetti unici ed omnicomprensivi per soggetto erogatore privato, senza distinzione di tipologia di prestazione, casistica, complessità e provenienza paziente, che consentono il rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa vigente, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, prevedendo i seguenti importi per le tre Case di cura in argomento:
 - Assisi Project Spa € 19.418.561
 - Centro Chirurgico Toscano Srl € 26.141.692
 - Rugani Hospital Srl € 11.704.007;
 - Totale € 57.264.260
3. rinvio, ai fini della sottoscrizione degli accordi con il privato e della definizione dell’ambito specifico di erogazione, alle aziende sanitarie territorialmente competenti che, con apposito accordo contrattuale annuale dovranno orientare le attività degli erogatori privati convenzionati, tenendo in considerazione l’offerta pubblica già presente nel territorio, le liste di attesa ed i livelli di fuga interregionali;
4. centralizzazione a livello regionale, e non più di singola azienda sanitaria, della valutazione del rispetto dei vincoli previsti dalla normativa, e quindi anche della strutture sopra indicate, tramite i flussi



informativi specifici relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale (SPA) ed all'assistenza ospedaliera (SDO);

5. l'impostazione di un sistema di controllo in grado di garantire la coerenza fra quanto indicato nei flussi e gli importi rappresentati nelle voci CE relative all'assistenza specialistica ambulatoriale ed ospedaliera da privato
6. 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;

DATO ATTO che i tetti di spesa sopra individuati 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 a livello regionale con il citato atto di programmazione, motivando l'eventuale riduzione;

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”*;

RICHIAMATA la Deliberazione del Direttore Generale 23 dicembre 2019, n. 1438 “Rapporti contrattuali tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale - Proroga dal 1 gennaio 2020 al 30 giugno 2020”, con la quale, in attuazione degli indirizzi di cui alla citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, si è provveduto ad orientare i tetti di spesa unici ed omnicomprensivi previsti dalla programmazione regionale per ogni produttore privato prioritariamente in favore degli utenti toscani, tenendo in considerazione l'offerta pubblica già presente nel territorio, le liste di attesa ed i livelli di fuga interregionali, definendo il livello di



spesa per utenti provenienti da altre regioni per le attività di ricovero e specialistica ambulatoriale, nell'ambito del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo residuo;

DATO ATTO che in base a quanto previsto dalla citata Deliberazione n. 1438/2019 il tetto di spesa regionale complessivo di € 57.264.260 è stato ridotto per una quota pari a € 350.000 per finanziare alcune iniziative ad invarianza di spesa rispetto i tetti massimi stabiliti con DGRT 1220/2018 (di cui: € 100.000 per attività diagnostica Centro Diagnostico Valdichiana Srl; € 100.000 per attività di endoscopia di Vasari Srl; € 150.00 per attività di procreazione medicalmente assistita di Agi Medica Srl), ridefinendo l'importo complessivo in € 56.914.260;

RICHIAMATI i seguenti atti:

- Deliberazione del Direttore Generale 24 marzo 2020, n. 371 “Emergenza Covid 19: Attività congiunta a sostegno del Presidio Ospedaliero San Donato - Adozione schemi di Accordo contrattuale con Centro Chirurgico Toscano Srl e Assisi Project Spa, con durata dal 23 marzo 2020 al 31 luglio 2020 – Adozione”;
- Deliberazione del Direttore Generale 9 aprile 2020, n. 430 “ Emergenza Covid 19 - Attività congiunta per Servizi di Cure Intermedie COVID 19 - Adozione schema di Accordo contrattuale tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Rugani Hospital Srl, con durata dal 11 aprile 2020 al 31 luglio 2020”;

DATO ATTO che con gli atti deliberativi sopra richiamati sono state avviate specifiche collaborazioni con le Strutture private accreditate-convenzionate in argomento per far fronte allo stato di emergenza conseguente al contagio da coronavirs, ispirate ai seguenti criteri organizzativi e funzionali:

- ricorso alla sanità privata per facilitare l'attuazione di percorsi differenziati di assistenza per pazienti COVID-19 e per pazienti NO COVID-19, al fine di ridurre le possibilità di contagio;
- ricorso alla sanità privata per limitare il carico di persone presenti negli ospedali pubblici e per non sovraccaricare le strutture e il personale impegnato nella cura e nell'assistenza dei pazienti gravi e complessi e delle emergenze, in attuazione di indirizzi regionali;
- realizzazione di una forma di collaborazione secondo il modello denominato “Attività congiunta”, secondo il quale la struttura accreditata-convenzionata mette a disposizione la struttura, i processi sanitari di supporto e amministrativi di supporto, le attrezzature ed il relativo materiale di consumo e l'Azienda Usl Toscana Sud Est la componente medica, in modo da salvaguardare la continuità assistenziale nel rapporto medico paziente;



- ottimizzazione delle risorse, prevedendo il finanziamento dei rapporti avviati con le Case di cura durante lo stato di emergenza COVID 19, tramite il tetto di spesa destinato, in virtù della Deliberazione del Direttore Generale 23 dicembre 2020, n. 1438, alle Attività accreditate di ricovero e di specialistica ambulatoriale in favore di utenti provenienti da altre regioni;

VISTO il prospetto allegato al presente atto, quale parte integrante e sostanziale, (**Allegato 1**), con il quale si forniscono, per ciascuna Casa di cura, informazioni in merito all'articolazione del tetto di spesa unico regionale inizialmente prevista con Deliberazione n. 1438/2019, la relativa revisione disposta con le Deliberazioni n. 371/2020 e n. 430/2020 per finanziare l'Attività congiunta in epoca Covid 19, con storno di risorse dall'assistenza in favore di utenti provenienti da altre regioni, le attività effettivamente svolte ed i risultati raggiunti durante lo stato di emergenza, e, da ultimo, la ridefinizione del tetto di spesa per l'anno 2020, tenuto conto di quanto speso nel periodo gennaio-giugno 2020, con ulteriore storno delle risorse nei conti economici di origine, tutto ad invarianza di spesa rispetto ai limiti previsti dalla Deliberazione n. 1438/2019;

VISTI gli schemi di Accordo contrattuale allegati al presente atto, quale parte integrante e sostanziale, con i quali si disciplinano i rapporti di collaborazione con le Strutture private accreditate in argomento per il periodo 1 luglio 2020-31 dicembre 2020, indicando, tra l'altro, le prestazioni erogabili, le modalità di accesso, le tariffe applicabili, l'assolvimento dei debiti informativi, la normativa privacy, nell'ambito dei tetti di spesa massimi definiti dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, tenuto conto di quanto già consumato nel corso del I semestre 2020;

TENUTO CONTO dell'intesa tra Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale e AIOP Toscana per la redazione di uno schema di contratto unico regionale attualmente in corso di definizione, gli Accordi contrattuali allegati decadono qualora lo schema di contratto unico o altro analogo accordo dovesse sopravvenire in tempi anticipati rispetto a quanto previsto, per essere sostituiti dalla nuova disciplina;

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;

DATO ATTO che, proseguono stante il fabbisogno rilevato per l'anno 2020, le attività per Unità per Stati Vegetativi (USV) e Speciale Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) presso Rugani Hospital Srl avviate a decorrere dal 1 maggio 2019, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 10 dicembre 2018, n. 1374



cui si rinvia, per un importo complessivo annuo pari a € 1.241.000, secondo le specifiche riportate nel relativo Accordo contrattuale allegato;

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

1. di adottare e sottoscrivere gli schemi di Accordo contrattuale tra Ausl Toscana Sud Est e, rispettivamente, Centro Chirurgico Toscano Srl, Assisi Project Spa, Rugani Hospital Srl, per il periodo che intercorre dal 1 luglio 2020 al 31 dicembre 2020, tenuto conto, per la parte economica, del tetto di spesa unico e omnicomprensivo previsto dalla Deliberazione del Direttore Generale 23 dicembre 2019, n. 1438, articolato secondo gli indirizzi gestionali contenuti nelle schede allegate a ciascun Accordo, per un importo complessivo pari € 28.457.130;
2. di dare atto della nuova articolazione del tetto unico ed omnicomprensivo per ciascuna Casa di Cura convenzionata previsto per l'anno 2020, tenuto conto di quanto già consumato alla data del 30 giugno 2020, come rappresentato nel prospetto **Allegato 1** al presente atto, quale parte integrante e sostanziale;
3. di dare atto che i tetti di spesa riportati nei citati Accordi contrattuali costituiscono limiti massimi, come stabilito dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, e che pertanto, qualora si renda necessario nel corso del II semestre 2020, l'Azienda UsI Toscana Sud Est potrà definire importi anche inferiori rispetto a quelli valorizzati, come esplicitato nei medesimi atti convenzionali, dando motivazione delle eventuali ipotesi di riduzione;
4. di dare atto che, qualora nel corso del II semestre 2020 intervenga il nuovo atto di programmazione regionale in materia di rapporti con strutture private accreditate, o uno schema di accordo contrattuale unico regionale, gli accordi sottoscritti in virtù del presente atto decadono automaticamente, per dare attuazione ai nuovi indirizzi gestionali definiti;
5. di autorizzare la Rugani Hospital Srl ad effettuare prestazioni sanitarie presso l'Unità per Stati Vegetativi (USV) e presso la Speciale Unità di Accoglienza Permanente, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 10 dicembre 2018, n. 1374, cui si rinvia, per un importo complessivo annuo pari a € 1.241.000 e semestrale pari a € 620.500;
6. di dare atto che i costi annui relativi ai rapporti di collaborazione con le Case di cura in argomento sono già inseriti nel budget trasversale 2020 della proponente Struttura, ove sussiste la sufficiente disponibilità, così come per le prestazioni erogate in favore di pazienti residenti in stato vegetativo o di minima coscienza, tramite Unità per Stati Vegetativi (USV) e Speciale Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) presso Rugani Hospital Srl, fatta salva la necessità di procedere allo storno delle risorse residue dal conto economico n.



- 80200622 “Costi per assistenza ospedaliera da Istituti Privati Accreditati per attività chirurgica congiunta”, ai conti economici di origine n. 80200630 “Costi per acquisto prestazioni di ricovero accreditate in favore di utenti extra-regione” e dal conto economico n. 80200290 “Costi per acquisto prestazioni di specialistica ambulatoriale accreditate in favore di utenti extra-regione”, secondo la proporzione iniziale, pur mantenendo per Rugani Hospital Srl e Assisi Project Spa alcune risorse sul conto n. 80200622, atte a far fronte al proseguimento dell’attività congiunta fino al 31 luglio 2020 (si veda **Allegato 1**);
7. di prevedere che i costi relativi alla sottoscrizione degli Accordi contrattuali allegati con validità del 1 luglio 2020 al 31 dicembre 2020, saranno registrati ai seguenti conti economici del bilancio di previsione relativo all’anno 2020:
- n. 80200600 Costi assistenza ospedaliera Case cura per residenti Ausl Tse;
 - n. 80200601 Costi assistenza ospedaliera Case cura per residenti toscani;
 - n. 80200630 Costi assistenza ospedaliera Case cura per residenti extra-regione;
 - n. 80200260 Costi per attività di specialistica Case cura per residenti Ausl Tse;
 - n. 80200261 Costi per attività di specialistica Case cura per residenti toscani;
 - n. 80200290 Costi per attività di specialistica Case cura per residenti extra-regione;
 - n. 80200340 Costi assistenza riabilitativa extra-ospedaliera in convenzione residenti Ausl Tse;
 - n. 80200622 Costi per assistenza ospedaliera da Istituti Privati Accreditati per attività chirurgica congiunta;
8. di dare atto che i costi sostenuti dall’Azienda per anticipare nel II semestre 2020 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 infraregionale ed interregionale;
9. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, ai sensi dell’art. 42 comma 4, della Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i., al fine di consentire la regolare prosecuzione delle attività di ricovero e specialistiche ambulatoriali erogate dalle Case di cura convenzionate e la loro conseguente remunerazione, senza soluzione di continuità;
10. 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 Dirigente della U.O.C. Privato accreditato e trasporti sanitari, avente ad oggetto “*Rapporti contrattuali tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale – Adozione schemi di Accordo contrattuale validi dal 1 luglio 2020 al 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 Accordo contrattuale tra Ausl Toscana Sud Est e, rispettivamente, Centro Chirurgico Toscano Srl, Assisi Project Spa, Rugani Hospital Srl, per il periodo che intercorre dal 1 luglio 2020 al 31 dicembre 2020, tenuto conto, per la parte economica, del tetto di spesa unico e onnicomprensivo previsto dalla Deliberazione del Direttore Generale 23 dicembre 2019, n. 1438, articolato secondo gli indirizzi gestionali contenuti nelle schede allegate a ciascun Accordo, per un importo complessivo pari € 28.457.130;
2. di dare atto della nuova articolazione del tetto unico ed onnicomprensivo per ciascuna Casa di Cura convenzionata previsto per l'anno 2020, tenuto conto di quanto già consumato alla data del 30 giugno 2020, come rappresentato nel prospetto **Allegato 1** al presente atto, quale parte integrante e sostanziale;
3. di dare atto che i tetti di spesa riportati nei citati Accordi contrattuali costituiscono limiti massimi, come stabilito dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, e che pertanto, qualora si renda necessario nel corso del II semestre 2020, l'Azienda UsL Toscana Sud Est potrà definire importi anche inferiori rispetto a quelli valorizzati, come esplicitato nei medesimi atti convenzionali, dando motivazione delle eventuali ipotesi di riduzione;
4. di dare atto che, qualora nel corso del II semestre 2020 intervenga il nuovo atto di programmazione regionale in materia di rapporti con strutture private accreditate, o uno schema di accordo contrattuale unico regionale, gli accordi sottoscritti in virtù del presente atto decadono automaticamente per dare attuazione ai nuovi indirizzi gestionali definiti;
5. di autorizzare la Rugani Hospital Srl ad effettuare prestazioni sanitarie presso l'Unità per Stati Vegetativi (USV) e presso la Speciale Unità di Accoglienza Permanente, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 10 dicembre 2018, n. 1374, cui si rinvia, per un importo complessivo annuo pari a € 1.241.000 e semestrale pari a € 620.500;
6. di dare atto che i costi annui relativi ai rapporti di collaborazione con le Case di cura in argomento sono già inseriti nel budget trasversale 2020 della proponente Struttura, ove sussiste la sufficiente disponibilità, così come per le prestazioni erogate in favore di pazienti residenti in stato vegetativo o di minima coscienza, tramite Unità per Stati Vegetativi (USV) e Speciale Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) presso Rugani Hospital Srl, fatta salva la necessità di procedere allo storno delle risorse residue dal conto economico n. 80200622 "Costi per assistenza ospedaliera da Istituti Privati Accreditati per attività chirurgica congiunta", ai conti economici di origine n. 80200630 "Costi per acquisto prestazioni di ricovero accreditate in favore di utenti extra-regione" e dal conto economico n. 80200290 "Costi per acquisto prestazioni di specialistica ambulatoriale accreditate in favore di utenti extra-regione", secondo la proporzione iniziale, pur mantenendo per Rugani Hospital Srl e Assisi Project Spa alcune risorse sul conto n. 80200622, atte a far fronte al proseguimento dell'attività congiunta fino al 31 luglio 2020 (si veda **Allegato 1**);



7. di prevedere che i costi relativi alla sottoscrizione degli Accordi contrattuali allegati con validità del 1 luglio 2020 al 31 dicembre 2020, saranno registrati ai seguenti conti economici del bilancio di previsione relativo all'anno 2020:
 - n. 80200600 Costi assistenza ospedaliera Case cura per residenti Ausl Tse;
 - n. 80200601 Costi assistenza ospedaliera Case cura per residenti toscani;
 - n. 80200630 Costi assistenza ospedaliera Case cura per residenti extra-regione;
 - n. 80200260 Costi per attività di specialistica Case cura per residenti Ausl Tse;
 - n. 80200261 Costi per attività di specialistica Case cura per residenti toscani;
 - n. 80200290 Costi per attività di specialistica Case cura per residenti extra-regione;
 - n. 80200340 Costi assistenza riabilitativa extra-ospedaliera in convenzione residenti Ausl Tse;
 - n. 80200622 Costi per assistenza ospedaliera da Istituti Privati Accreditati per attività chirurgica congiunta;
8. di dare atto che i costi sostenuti dall'Azienda per anticipare nel II semestre 2020 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 infraregionale ed interregionale;
9. di delegare alla sottoscrizione degli Accordi contrattuali in argomento, la Dr.ssa Elisabetta Lucaroni, nata a Siena il 2 maggio 1967, titolare della U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari in virtù della Deliberazione del Direttore Generale del 22 luglio 2016, n. 876, e domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26 – 53100;
10. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, ai sensi dell'art. 42 comma 4, della Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i., al fine di consentire la regolare prosecuzione delle attività di ricovero e specialistiche ambulatoriali erogate dalle Case di cura convenzionate e la loro conseguente remunerazione, senza soluzione di continuità;
11. 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)

ISTITUTO	CONTO ECONOMICO	TIPO PRESTAZIONI	Tetto di spesa iniziale 2020 (Deliberazione DG 1438/2019)	Tetto di spesa dopo spostamenti per Attività congiunta (Deliberazione DG 371/2020)
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL	80200600	RICOVERI TSE	5.119.445,00	5.119.445,00
	80200601	RICOVERI Toscani	227.825,00	227.825,00
	80200630	RICOVERI ExtraRT	<u>19.083.615,60</u>	<u>11.132.109,10</u>
	80200260	AMBULAT. TSE (+Chir Amb)	997.095,00	997.095,00
	80200261	AMBULAT. Toscani	353.933,00	353.933,00
	80200290	AMBULAT. ExtraRT	<u>200.000,00</u>	<u>116.666,70</u>
	80200622	ATTIVITA' CONGIUNTA COVID 19	-	8.034.839,80
Totale			25.981.913,60	25.981.913,60

**ATTIVITA' CONGIUNTA SVOLTA
DAL 23 MARZO 2020 AL 5 GIUGNO 2020**

Tipologia di attività congiunta	Stima* importo consumato su attività congiunta (Stima su applicazione 1° Livello tariffario)	Numero interventi attività congiunta	Nuovo Tetto 2020 dopo recupero non consumato per attività congiunta
<u>ATTIVITA' CHIRURGICA</u> : Chirurgia generale oncologica, Chirurgia robotica urologica, Chirurgia urologica, Chirurgia ginecologica oncologica, Otorinolaringoiatrica oncologica (esclusi interventi robotici), attività ambulatoriali connesse all'episodio di ricovero	2.207.426,00	607	5.119.445,00
			227.825,00
			<u>16.899.083,91</u>
			997.095,00
			353.933,00
			<u>177.105,69</u>
			2.207.426,00
			25.981.913,60

* Il valore definitivo consumato per attività congiunta sarà disponibile al termine dei controlli sanitari e dopo applicazione definitiva delle tariffe Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947 - Tabella A - 1 ° Livello tariffario

ISTITUTO	CONTO ECONOMICO	TIPO PRESTAZIONI	Tetto di spesa iniziale 2020 (Deliberazione DG 1438/2019)	Tetto di spesa dopo spostamenti per Attività congiunta (Deliberazione DG 371/2020)
ASSISI PROJECT SPA	80200600	RICOVERI TSE	4.779.741,00	4.779.741,00
	80200601	RICOVERI Toscani	1.044.964,00	1.044.964,00
	80200630	RICOVERI ExtraRT	12.451.776,46	7.263.536,26
	80200260	AMBULAT. TSE (+Chir Amb)	990.609,00	990.609,00
	80200261	AMBULAT. Toscani *	20.784,00	20.784,00
	80200290	AMBULAT. ExtraRT	12.000,00	7.000,00
	80200622	ATTIVITA' CONGIUNTA COVID 19	-	5.193.240,20
Totale			19.299.874,46	19.299.874,46

ATTIVITA CONGIUNTA SVOLTA DAL 1 APRILE 2020 AL 30 GIUGNO 2020 (*)			Nuovo Tetto 2020 dopo recupero non consumato per attività congiunta
Tipologia di attività congiunta	Stima (**) importo consumato su attività congiunta	Numero interventi/N. prestazioni	
Ortopedia e Traumatologia (traumatologia ortopedica minore e ortopedia oncologica)	35.905,50	18	4.779.741,00
Attività ambulatoriale nelle discipline oggetto di attività congiunta	12.445,20	784	1.044.964,00
Tipologia di attività congiunta	Stima importo consumato su attività congiunta compreso il mese di luglio 2020 (***)	Numero utenti presi in carico a giugno 2020	<u>12.308.684,58</u>
Setting di Cure intermedie (N. 8 posti letto)	87.555,60	27	990.609,00
Riabilitazione extraospedaliera - MDC 1e MDC 8 (N. 2 posti letto)	7.323,48	3	20.784,00
TOTALE CONGIUNTA	<u>143.229,78</u>		<u>11.862.10</u>
			143.229,78
			19.299.874,46

(*) Per Setting Cure Primarie e Riabilitazione extra-ospedaliera previsto il proseguimento con finanziamento dal 01.08.2020 da tetto di spesa per utenti residenti Ausl Tse da disciplinare con ulteriore Accordo contrattuale, cui si rinvia

(**) Il valore definitivo consumato per attività chirurgica congiunta sarà disponibile al termine dei controlli sanitari e dopo applicazione delle tariffe Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947 - Tabella A - 1 ° Livello tariffario

(***) Il setting di cure intermedie continuerà nel mese di luglio con 8 posti letto, con una stima di consumo pari a € 29.462,00

ISTITUTO	CONTO ECONOMICO	TIPO PRESTAZIONI	Tetto di spesa iniziale 2020 (Deliberazione DG 1438/2019)	Tetto di spesa dopo spostamenti per Attività congiunta (Deliberazione DG 430/2020)
RUGANI HOSPITAL SRL	80200600	RICOVERI TSE	3.568.956,00	3.568.956,00
	80200601	RICOVERI Toscani	317.043,00	317.043,00
	80200630	RICOVERI ExtraRT	5.870.726,94	5.570.726,94
	80200260	AMBULAT. TSE (+Chir Amb)	1.488.746,00	1.488.746,00
	80200261	AMBULAT. Toscani	20.000,00	20.000,00
	80200290	AMBULAT. ExtraRT	367.000,00	367.000,00
	80200622	ATTIVITA' CONGIUNTA COVID 19	-	300.000,00
	Totale		11.632.471,94	11.632.471,94

ATTIVITA CONGIUNTA SVOLTA DAL 11 APRILE 2020 AL 30 GIUGNO 2020 (*)		
Tipologia di attività congiunta	Importo consumato su attività congiunta	Numero utenti presi in carico
Setting Cure Intermedie per pazienti affetti da COVID 19 - Riserva in favore della Ausl TSE di n. 20 posti letto per 69 giornate	163.944,00	25

Nuovo Tetto 2020 dopo recupero non consumato per attività congiunta
3.568.956,00
317.043,00
5.706.782,94
1.488.746,00
20.000,00
367.000,00
163.944,00
11.632.471,94

(*) Per Setting Cure Primarie COVID 19 previsto il proseguimento fino a 31.12.2020 in caso di attivazione da parte di Ausl Tse

(**) Il valore definitivo consumato per attività congiunta sarà disponibile al termine dei controlli sanitari e dopo applicazione delle tariffe Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947 - Tabella A - 1 ° Livello tariffario

Deliberazione DG n. del

**ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL**

Acquisto prestazioni accreditate di ricovero ospedaliero e

specialistiche ambulatoriali

TRA

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

E

La **Società Centro Chirurgico Toscano Srl**, con sede legale in Arezzo, Via dei Lecci n. 22 (C.F. e P.I.: 01952970513), di seguito denominata "*Società*", nella persona dell'Amministratore Unico e Legale Rappresentante, Dr. Stefano Tenti, nato a Arezzo il 17 Novembre 1955, domiciliato per la carica presso la suddetta;

RICHIAMATO

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

l'art. 8 bis comma 1, in virtù del quale le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità

sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies.

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

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

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

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

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

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

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

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

l'art. 29, comma 3, in virtù del quale gli scambi finanziari possono avvenire in forma diretta, sulla base di apposite 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, ancorché gestite tramite compensazioni regionali, è definita dalle convenzioni e dai rapporti tra Aziende Sanitarie e tra queste e le istituzioni private e non può comunque essere superiore alle tariffe massime definite dalla Regione;

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

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

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

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

la **Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947** “Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 1° ottobre 2016”;

la **Deliberazione Giunta Regionale del 4 agosto 2011, n. 723** “Procedure per l'applicazione della DGRT 722 del 4 Agosto 2011. Approvazione dell'adeguamento

del Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica strumentale e di laboratorio”;

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

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

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

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

La Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, recante “Determinazione dei tetti massimi per l’acquisto di prestazioni dalle strutture sanitarie private accreditate”, con la quale si definisce un nuovo modello di gestione dei rapporti con il privato accreditato, convenzionato per le attività ricomprese nei flussi informativi regionali SDO 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 Chirurgico Toscano Srl;
- definizione di tetti unici per soggetto erogatore privato, senza distinzione di tipologia di prestazione, casistica, complessità e provenienza paziente, che consentono il rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa vigente, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, prevedendo per la società Centro Chirurgico Toscano Srl un importo annuo di € 26.141.692;
- rinvio alle aziende sanitarie territorialmente competenti della sottoscrizione degli accordi contrattuali annuali, di cui al presente atto, attraverso il quale, tenuto conto della programmazione quali quantitativa complessiva dell’offerta,

	si orientano le attività degli erogatori privati convenzionati, e quindi anche per	
	la società Centro Chirurgico Toscano 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 Centro Chirurgico Toscano Srl, tramite i flussi informativi specifici	
	relativi all’assistenza specialistica ambulatoriale (SPA) ed all’assistenza	
	ospedaliera (SDO);	
	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:	
	<i>“Nel bilancio preventivo 2020 delle AUSL i costi complessivi per acquisto di</i>	
	<i>prestazioni da strutture sanitarie private accreditate non potranno essere</i>	
	<i>superiori ai limiti stabiliti dalla D.G.R. n. 1220 del 8 novembre 2020 e dal</i>	
	<i>relativo allegato. Peraltro, la suddetta DGR dovrebbe essere, a breve, oggetto di</i>	
	<i>una parziale modifica, che non dovrebbe però cambiare gli importi dei tetti</i>	
	<i>economici in maniera sostanziale. Se la modifica interverrà in tempo utile per</i>	
	<i>poterne tenere conto nel bilancio preventivo, si invitano le aziende sanitarie</i>	
	<i>interessate a considerare anche tale ulteriore indicazione, ma, si ripete, sarà</i>	
	<i>comunque del tutto accettabile basare la previsione sull’atto sopra citato. Si</i>	
	<i>rammenta che i tetti economici stabiliti dalla suddetta D.G.R. per ogni</i>	
	<i>soggetto convenzionato comprendono sia le attività di ricovero che quelle</i>	
	<i>ambulatoriali (laddove il soggetto sia convenzionato per entrambe le tipologie di</i>	
	<i>prestazioni) e indipendenti dalla provenienza del paziente”;</i>	
		Pagina 24 di 201
	7	

la **Deliberazione del Direttore Generale 23 dicembre 2019, n. 1438** “Rapporti contrattuali tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale - Proroga dal 1 gennaio 2020 al 30 giugno 2020”;

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. 6689 del 6 maggio 2019, per i seguenti processi assistenziali:

- il processo chirurgico nelle discipline di ortopedia e traumatologia, chirurgia generale, urologia, otorinolaringoiatria e oftalmologia erogato ad Arezzo nella sede di via dei Lecci 22, denominata Centro Chirurgico Toscano;
- processo area critica nella disciplina di anestesia e rianimazione nella sede denominata Centro Chirurgico Toscano in via dei Lecci, 22;
- il processo ambulatoriale nelle discipline di ortopedia e traumatologia, chirurgia generale, urologia, gastroenterologia e oftalmologia erogato nella sede di via dei Lecci, 22 e nelle discipline di ortopedia e traumatologia, chirurgia generale, urologia, gastroenterologia, oftalmologia e radiodiagnostica erogato nella sede via Eritrea, 33 ad Arezzo.

Che la Società rende noto di aver avviato il percorso di autorizzazione-accreditamento istituzionale ai sensi della Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 per

la disciplina di chirurgia vascolare e che è intenzionata a concludere il percorso di accreditamento istituzionale per la disciplina di neurochirurgia già autorizzata dalle competenti autorità del Comune di Arezzo;

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

Che le Parti, consapevoli dell'intesa tra Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale e AIOP Toscana per la redazione di uno schema di contratto unico regionale attualmente in corso di definizione, concordano nel definire la durata del presente atto dal 1 luglio 2020 al 31 dicembre 2020, in attesa del completamento dell'istruttorio regionale, precisando che qualora lo schema di contratto unico o altro analogo accordo dovesse sopravvenire in tempi anticipati rispetto a quanto previsto, il presente atto perde automaticamente efficacia per essere sostituito dalla nuova disciplina;

TUTTO CIO' RICHIAMATO E PREMESSO TRA LE PARTI COME SOPRA
COSTITUITE SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – PREMESSE

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

Art. 2 – OGGETTO

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

- prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime ordinario e diurno, ivi incluso il day surgery ove previsto, per le seguenti discipline: 009 Chirurgia Generale, 036 Ortopedia e Traumatologia, 038 Otorinolaringoiatria, 043 Urologia, riunite in un'unica AFO chirurgica;
- prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica strumentale;
- prestazioni di chirurgia ambulatoriale per l'attività di oftalmologia.

2. Il presente contratto è unico ed ha validità in ambito regionale e nazionale, in riferimento, rispettivamente alle prestazioni erogate per cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e per cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto sono eseguite presso le proprie strutture, ubicate in Arezzo, via dei Lecci 22 e via Eritrea, 33, individuate nel citato decreto di accreditamento istituzionale.

2. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte da personale qualificato, in possesso dei requisiti di legge e adeguatamente formato, che opera nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale,

senza determinare situazioni di incompatibilità previste dalla normativa nazionale e regionale vigente.

3. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte, 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.

4. La Società assicura che l'erogazione delle prestazioni di cui presente Accordo contrattuale avviene in conformità al Piano di prevenzione e contenimento del contagio da Coronavirus da essa predisposta e depositato agli atti dell'Azienda.

Art. 4 – PRESTAZIONI E VOLUMI DI ATTIVITA'

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

2. Per i cittadini residenti nel territorio di propria competenza, l'Azienda acquisisce prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, ordinario e diurno, secondo l'elenco **Allegato 2** al presente Accordo contrattuale a costituirne parte integrante e sostanziale.

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

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

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

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

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

	8. La Società è vincolata al rispetto delle determinazioni emanate a livello nazionale	
	e regionale in ordine all'appropriatezza delle prestazioni di ricovero ospedaliero e di	
	specialistica ambulatoriale.	
	9. La Società dichiara che, per capacità produttiva, è in grado di garantire il	
	soddisfacimento del fabbisogno manifestato dall'Azienda, per ciascuna delle attività	
	oggetto del presente Accordo contrattuale.	
	10. L'Azienda si riserva la facoltà di rimodulare, in accordo con la Società, 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.	
	11. La Società si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione	
	concordata allegata al presente atto e ad accettare e conformarsi alle eventuali	
	modifiche intervenute in corso d'anno, concordate con l'Azienda.	
	Art. 5 – TETTI ECONOMICI	
	1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di ricovero e di specialistica	
	ambulatoriale entro un tetto di spesa unico ed omnicomprensivo annuo pari a €	
	25.981.914, corrispondente al limite individuato dalla Deliberazione Giunta	
	regionale 8 novembre 2018, n. 1220, revisionato per esigenze aziendali in relazione	
	all'anno 2020, il quale consente il rispetto, a livello regionale e non di singola	
	azienda sanitaria, dei vincoli economici stabiliti dalla normativa vigente, richiamati	
	nelle premesse. L'articolazione complessiva del tetto di spesa unico ed	
	omnicomprensivo annuo di cui al presente articolo è rappresentata nell' Allegato 1 al	
	presente atto, quale parte integrante e sostanziale.	
	2. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, la Società orienta il	
	tetto di spesa unico ed omicomprensivo previsto dalla programmazione regionale,	
	per una quota pari a € 6.116.540 , in favore del soddisfacimento del proprio	
		Pagina 30 di 201
	13	

fabbisogno, rilevato in base all'analisi dei tempi di attesa per l'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale e della mobilità sanitaria passiva per l'attività di ricovero, infra ed extra-regionale, di cui € **5.119.445** per prestazioni di ricovero e € **997.095** per prestazioni specialistiche ambulatoriali. I sotto tetti di spesa individuati sono a loro volta articolati secondo la valorizzazione economica per singola disciplina per le attività di ricovero e per tipologia di prestazione per le attività di specialistica ambulatoriale, come rappresentato nell'**Allegato 2** al presente Accordo, a costituirne parte integrante e sostanziale.

3. La Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale per una quota pari a € **581.758**, di cui € **227.825** per prestazioni di ricovero e € **353.933** per prestazioni specialistiche ambulatoriali per far fronte ad eventuali richieste di ricovero provenienti da cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana, con particolare riferimento alle aree territoriali di confine.

4. La Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale, per una quota pari a € **19.283.616**, all'erogazione di prestazioni sanitarie in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie fuori regione, di cui € **19.083.616** per prestazioni di ricovero e € **200.000** per prestazioni specialistiche ambulatoriali (chirurgia della cataratta). Le Parti danno atto che il tetto di spesa annuo destinato alla presa in carico di utenti provenienti da altre regioni di cui al presente comma è stato utilizzato, in quota, per finanziare l'attività congiunta erogata durante lo stato di emergenza conseguente al contagio da Coronavirus, in virtù dell'Accordo contrattuale di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 371 del 23 marzo 2020 – Repertorio aziendale n. 2058 del 14 maggio 2020.

	5. Le Parti prendono atto che per le prestazioni specialistiche ambulatoriale, di cui al	
	Flusso SPA, la valorizzazione è da intendersi al lordo della compartecipazione alla	
	spesa sanitaria da parte del cittadino (la quota ricetta non è inclusa nei sotto-tetti di	
	spesa individuati).	
	6. Eventuali modifiche alla programmazione di cui al presente articolo, determinate	
	da esigenze della Società non programmate, potranno essere rese operative ad	
	invarianza di spesa, a seguito di espresso accordo tra le parti, da conseguire tramite	
	reciproco scambio di corrispondenza.	
	7. La programmazione concordata tra le Parti è sottoposta a verifica in corso d'anno	
	alle seguenti date: 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre. A tal fine la U.O.C. Privato	
	accreditato e Trasporti sanitari provvede alla elaborazione di apposito report	
	trimestrale, da sottoporre all'attenzione della Società, contenente le percentuali di	
	utilizzo dei sotto-tetti di spesa. Ciò al fine di assicurare il rispetto del budget	
	complessivo annuale e, in particolare, dei livelli di spesa previsti per i cittadini	
	residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.	
	8. L'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività	
	eseguita oltre i volumi finanziari assegnati, secondo le quantificazioni economiche	
	riportate nel presente articolo. La Società concorda che non vanterà alcun credito	
	eccedente tali tetti.	
	9. 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) ed all'assistenza ospedaliera (SDO);	
		Pagina 32 di 201

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

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

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

11. La Società si impegna a dare tempestiva comunicazione all'Azienda di eventuali scostamenti rispetto all'attività programmata nel corso dei vari mesi dell'anno, al fine di una puntuale nuova programmazione e negoziazione delle attività nell'ambito del tetto unico ed omnicomprensivo annuo.

12. La Società si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione aziendale, regionale e nazionale relative alle variazioni dei tetto unico ed omnicomprensivo annuo, di cui al presente articolo.

Art. 6 – TARIFFE

1. La Società accetta il sistema di tariffazione con DRGs previsto per l'attività di ricovero ospedaliero e il sistema di tariffazione di cui al nomenclatore tariffario regionale previsto per l'attività specialistica ambulatoriale. Qualora le tariffe previste da detti sistemi siano superati dal legislatore nel corso di vigenza del presente Accordo contrattuale, si procede ad una revisione delle tariffe di cui al presente articolo, in conformità alle nuove disposizioni.

2. Le tariffe per le prestazioni di ricovero ospedaliero sono contenute nella citata

Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947 – Tabelle B 2°

Livello tariffario - Tariffe massime da applicare sul territorio regionale per i presidi di ricovero che operano in regime di elezione programmata. Esse s'intendono comprensive di tutti i costi sostenuti per la produzione delle singole prestazioni di ricovero, ivi compresi gli oneri relativi alle endoprotesi, agli impianti protesici, ortesici ed ausiliari utilizzati per le prestazioni di ricovero ed alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, quando correlate ad un episodio di ricovero (preospedalizzazione e controlli post-ricovero). Per quest'ultima precisazione le prestazioni ambulatoriali erogate durante gli episodi di ricovero sono inserite nel Flusso Spa al campo 14 Accesso – cod. 05 pre-ricovero e 07 post ricovero, con posizione rispetto alla compensazione pari a 0.

3. Le tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono contenute nella citata Deliberazione Giunta Regionale del 4 agosto 2011, n.723. A dette prestazioni si applica la normativa vigente in materia di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente, comprensiva di ticket e di quota ricetta, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 24 maggio 2004, n. 493 e ss.mm.ii. La riscossione dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) e quota ricetta) da parte del cittadino può avvenire presso la sede della Società. Qualora sia attuata detta 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. Trattandosi di prestazioni di ricovero e cura le stesse ricadono nel regime di esenzione IVA ai sensi dell'Art. 10 del DPR 26 ottobre 1972, n. 633.

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

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

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

a. prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di convenzione, con onere a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, erogate con personale medico dipendente e/o strutturato nella Società, senza alcun onere a carico del cittadino escluso eventuale miglioramento alberghiero;

b. prestazioni di ricovero ospedaliero con onere totale a carico del cittadino;

c. prestazioni di ricovero ospedaliero con onere ripartito fra il Servizio Sanitario Nazionale e il cittadino (nella misura definita dai provvedimenti regionali che stabiliscono le tariffe per le prestazioni di ricovero), nel caso che questi scelga di avvalersi di personale medico dipendente della Società, operante in regime libero professionale, così come disciplinato dalla Deliberazione Giunta regionale 19 marzo 2001, n. 283 recante "Esercizio di attività libero professionale nelle istituzioni sanitarie private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale" e successive modifiche ed integrazioni.

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

- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera a) nulla è dovuto dal cittadino al personale medico messo a disposizione dalla Società;

-	scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera b) nulla è dovuto dal Servizio Sanitario Nazionale né al cittadino, a titolo di rimborso o altro, né alla Società;	
-	scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera c), il Servizio Sanitario Nazionale si assume solamente l'onere previsto dai provvedimenti regionali, rimanendo a completo e totale carico del cittadino l'onorario del personale che agisce in regime di libera professione ed eventuali altre spese.	
4.	La Società può, comunque, fornire al paziente che ne faccia esplicita richiesta particolari condizioni di comfort alberghiero, addebitandone l'onere al paziente stesso.	
5.	Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, in applicazione delle Deliberazione Giunta regionale del 20 luglio 2009, n. 638 "Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi d'attesa, in regime istituzionale sia ordinario che libero professionale. Tutela di diritto d'accesso all'assistito", l'accesso avviene tramite Registro di Prenotazione unico degli interventi chirurgici programmabili in regime ospedaliero e in conformità al Regolamento aziendale di gestione unica delle liste di attesa. Ciò al fine di assicurare un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche, indipendentemente dalla modalità scelta dall'assistito.	
6.	La Società si impegna ad adeguare le proprie modalità organizzative a quanto contenuto nel Regolamento aziendale di gestione unica delle liste di attesa. A tal fine la Società si impegna a comunicare le disponibilità di sedute operatorie programmate, tenuto conto del tetto economico di attività.	
7.	Nella predisposizione degli atti regolamentari del Registro di Prenotazione unico degli interventi chirurgici programmabili da parte dell'Azienda, quest'ultima, si impegna ad attivare uno specifico tavolo di raccordo per verificarne le compatibilità	
		Pagina 36 di 201

sanitarie, organizzative, amministrative e tecniche. Pertanto quanto previsto nei precedenti comma 5 e 6 sarà attuato successivamente alla sottoscrizione di un documento in cui siano concordate tali compatibilità.

Art. 8 – MODALITA’ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

1. Le prestazioni sono prenotate 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.

2. L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per tutte le tipologie di utenti avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata Cup aziendale.

La Società si impegna a comunicare/inserire la propria offerta.

3. Con l’inserimento della propria offerta nella procedura informatizzata Cup aziendale, l'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività. Qualsiasi variazione di palinsesto dovrà essere concordato con l’Azienda. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende da parte della Società.

4. Premesso che l’offerta di prestazioni ambulatoriali viene erogata previa programmazione di agende informatizzate Cup, la Società s'impegna comunque a provvedere alle attività di registrazione amministrativa della prestazione, in particolare per quanto riguarda la conferma dell'avvenuta erogazione. La non corretta registrazione dell'avvenuta erogazione di una prestazione comporta la sospensione del relativo pagamento.

Art. 9 – FLUSSI INFORMATIVI

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

2. Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, con l'inserimento dell'offerta della Società nel sistema CUP aziendale, la generazione dei flussi regionali avviene tramite il sistema informatico dell'Azienda. L'Azienda, tramite Estar, estrae i flussi informativi dell'attività resa dalla Società entro il giorno 5 di ogni mese, successivo alla chiusura del mese di riferimento.

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 regionali ed extra-regionali. L'Azienda si riserva di rivalersi sulla Società, qualora questa non ottemperi agli adempimenti previsti in materia di flussi informativi.

4. La Società si impegna a modificare i flussi informativi regionali delle prestazioni di ricovero ospedaliero, mediante inserimento nella procedura Web Gauss, a seguito dei controlli sanitari, entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo. Per l'ultimo trimestre tutte le rettifiche devono essere consolidate entro il termine di chiusura del flusso SDO.

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

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

Art. 10 – FATTURAZIONE

1. Dal 31 marzo 2015, come da Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55, la trasmissione delle fatture emesse deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. La Società è tenuta ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio dell'area aretina, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: RDA7DQ. La Società emette fatture fino a concorrenza dei tetti di spesa programmati. 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, emesse in coerenza con i tetti di spesa programmati, dovranno essere	
	inviata dalla Società all'Azienda entro il quinto giorno lavorativo del mese	
	successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite.	
	<i>a) Fatturazione prestazioni di ricovero</i>	
	3. Le fatture mensili emesse per l'attività di ricovero sono articolate e redatte in base	
	all'azienda sanitaria di residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine:	
	- residenti nell'Azienda, suddivisi per Zona-distretto. In ogni fattura elettronica, o	
	in una tabella riassuntiva allegata elettronicamente alla stessa, è indicato	
	chiaramente l'importo di spesa di ogni zona-distretto, al fine di consentire la	
	corretta registrazione della fattura stessa. A tal fine si indicano i codici di	
	ciascuna Zona-distretto da utilizzare in sede di redazione della fattura: Zona	
	Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana: R; Zona Amiata senese e	
	Val d'Orcia, Valdichiana senese: P; Zona Aretina, Casentino, Valtiberina: Q;	
	Zona dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana Aretina: G; Zona delle	
	Colline dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona Senese: D.	
	- residenti in altre aziende della Regione Toscana, suddivisi per Azienda Sanitaria	
	di provenienza;	
	- residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Per i residenti in altre regioni, è	
	necessario allegare e conservare in cartella clinica copia fotostatica della tessera	
	sanitaria a disposizione dell'Azienda per eventuali controlli;	
	- residenti in stati membri dell'Unione Europea, i cui oneri sono registrati al conto	
	economico dei residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Al fine di ottenere	
	la liquidazione delle competenze dovute, la Società è tenuta ad inviare la	
	documentazione necessaria per la richiesta di rimborso allo Stato di origine, con	
	richiamo al Modello E112 o tessera sanitaria europea. La mancata	
		Pagina 40 di 201
	23	

trasmissione della modulistica europea comporta la sospensione del pagamento della relativa prestazione.

- residenti all'estero in stati con i quali sussistono accordi di reciprocità nella presa in carico dell'utente, i cui oneri sono registrati al conto economico dei residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Al fine di ottenere la liquidazione delle competenze dovute, la Società è tenuta a trasmettere la documentazione necessaria affinché l'Azienda possa procedere alle richieste di rimborso. In considerazione della variabilità delle procedure internazionali di rimborso, l'Azienda provvede a comunicare la specifica documentazione necessaria ai fini del rimborso. La mancata trasmissione della documentazione sopra citata comporta la sospensione del pagamento della relativa prestazione.

4. La Società si impegna ad inviare contestualmente all'invio della fattura elettronica, la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi. In particolare dovrà essere trasmesso il Tabulato riepilogativo delle degenze, con l'indicazione dei seguenti elementi: numero della scheda di dimissione ospedaliera; cognome e nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale dell'utente; durata del ricovero, data di ingresso e data delle dimissioni; Drg di riferimento con relativo importo; onere del ricovero. La trasmissione del Tabulato riepilogativo avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 12.

5. In particolare, per le note di credito-fatture relative a verbali di controllo sanitari, il Tabulato riepilogativo allegato alla fattura dovrà contenere le seguenti informazioni aggiuntive: Drg e importo drg precedente al controllo; differenza importo tra Drg precedente al controllo e verbale; numero e data del verbale.

6. La Società si impegna ad inviare mensilmente all'Azienda la ricevuta di invio dati prodotta dalla procedura Web Gauss, per riscontro degli importi fatturati.

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

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

b) Fatturazione prestazioni specialistiche ambulatoriali

9. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è “*negoziato al lordo*” 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. Sono articolate e redatte sulla base dell'azienda sanitaria di residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine:

-	residenti nell'Azienda, suddivisi per zone. In ogni fattura elettronica, o in una tabella riassuntiva allegata elettronicamente alla stessa, deve essere chiaramente indicato l'importo di spesa di ogni zona-distretto, al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa. A tal fine si indicano i codici di ciascuna Zona-distretto da utilizzare in sede di redazione della fattura: Zona Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana: R; Zona Amiata senese e Val d'Orcia, Valdichiana senese: P; Zona Aretina, Casentino, Valtiberina: O; Zona
---	--

dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana Aretina: G; Zona delle Colline

dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona Senese: D.

- residenti in altre aziende della Regione Toscana;

- residenti in aziende sanitarie di altre regioni.

10. La Società si impegna ad inviare contestualmente all'invio della fattura la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi. In particolare dovranno essere trasmessi i Tabulati riepilogativi delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, con l'indicazione dei seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda USL di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; branca specialistica; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato; eventuali codici di esenzione; riepilogo da cui risulti il totale dei ticket e l'importo complessivo della quota ricetta riscossi, relativi al periodo, per ciascuna fattura emessa. La trasmissione del Tabulato riepilogativo avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 12.

11. La Società si impegna ad inviare all'Azienda copia delle prescrizioni mediche, su supporto informatico, per approfondimenti dei controlli amministrativi, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta. Qualora l'accesso alla prestazione specialistica sia avvenuto tramite ricetta dematerializzata, la copia della ricetta è sostituita dalla stampa della prenotazione, facendo firmare quest'ultima all'utente. La stampa della prenotazioni è disposta a cura della Società secondo le seguenti modalità: tramite accesso alla procedura di prenotazione Cup web oppure dal sito di Ausl Tse: <https://www.uslsudest.toscana.it/cosa-fare-per/prenotare-visite-ed-esami/ambito-aretino/ristampare-e-annullare-prenotazione->

	area-aretina. La trasmissione della Documentazione sanitaria inerente le prestazioni	
	specialistiche ambulatoriali avviene secondo le modalità indicate al successivo	
	comma 12.	
	12. 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 il portale AlFrescoShare	
	dell'Azienda, dove è possibile accedere ad una una cartella riservata in favore della	
	Società per caricare la documentazione. La Società assicura l'inserimento dei file	
	zippati, protetti da password avente le seguenti caratteristiche: lunghezza di almeno	
	8 caratteri con almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale. Il	
	file è nominato con la seguente struttura: mese_anno_nome istituto_note (es.	
	01_2020_IstitutoXXX_ricoveri), dove il mese è quello corrispondente alla	
	competenza della fatturazione. La Società è tenuta inoltre a comunicare i riferimenti	
	della persona da autorizzare per accedere al portale, con riferimento a: nome e	
	cognome; codice fiscale; email (per invio segnalazioni, recupero password,ecc.).	
	13. L'Azienda può richiedere ulteriori dati e informazione in relazione alle	
	prestazioni erogate dalla Società in virtù del presente Accordo contrattuale, previo	
	preavviso di 60 giorni dall'inizio della rilevazione.	
	14. La documentazione prodotta conseguentemente all'erogazione delle prestazioni	
	erogate in virtù del presente Accordo contrattuale è conservata in originale presso la	
	sede della Società, nel rispetto della vigente normativa in materia di archiviazione e	
	conservazione degli atti pubblici.	
	Art. 11 – PAGAMENTI	
	1. Il pagamento delle prestazioni erogate dalla Società avviene entro 60 giorni dalla	
	data di ricevimento delle fatture elettroniche da parte della Società medesima, a	
		Pagina 44 di 201

condizione che siano pervenuti all'Azienda, contestualmente alle fatture stesse, gli allegati e la documentazione richiesta al fine dell'effettuazione dei controlli amministrativi. Il ritardo nell'invio della documentazione necessaria ai fini dei controlli propedeutici al pagamento determina uno slittamento nei tempi di pagamento delle competenze dovute.

2. Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, la Società provvede a riversare all'Azienda gli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente (ticket) e a titolo di quota ricetta, di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda. Per ciascuna causale è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni ambulatoriali erogate. Per riversare correttamente gli importi in argomento, la Società si uniforma alle procedure aziendali vigenti, a tal fine rese note dagli Uffici competenti. L'Azienda provvede ad effettuare, in via ordinaria, periodici controlli sui valori riversati dalla Società. Qualora siano rilevate anomalie, la Società è tenuta a regolarizzare la propria posizione. Il meccanismo del riversamento degli importi in oggetto è superato nel momento in cui l'Azienda fornisce la Società di apposito poss per il pagamento senza contanti, da utilizzare in base ad indicazioni fornite dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie.

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

4. Ai sensi di quanto previsto dalla determinazione ex AVCP (ora ANAC) n. 4 del 7 luglio 2011, le prestazioni sanitarie oggetto del presente Accordo contrattuale non sono soggette agli obblighi di tracciabilità di cui all'art. 3, comma 1, Legge 13

	agosto 2010, n. 136, pertanto non è previsto il codice identificativo di gara (CIG).	
	Sono fatte salve diverse disposizioni normative o interpretative che dovessero	
	intervenire nel periodo di vigenza contrattuale. La Società si impegna, in ogni caso,	
	ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la	
	società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva, i cui riferimenti sono	
	comunicati all’Azienda tramite dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR n. 445 del	
	28 dicembre 2000 resa dal titolare o legale rappresentante, redatta su apposito	
	Modulo aziendale, che riferisce anche in merito alle generalità ed al codice fiscale	
	delle persone delegate ad operare sul conto corrente dedicato. La Società si impegna	
	a comunicare eventuali modifiche dovessero intervenire in merito alla dichiarazione	
	sostitutiva resa. Tutti i movimenti finanziari relativi al presente Accordo sono	
	registrati sul conto corrente dedicato ed effettuati esclusivamente tramite lo	
	strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento	
	idonei a consentire la tracciabilità delle operazioni.	
	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. 12 – CONTROLLI AMMINISTRATIVI	
	1. L’Azienda provvede al controllo amministrativo di I livello, di cui alla Procedura	
	Aziendale PA AFG-PAT-001, delle prestazioni di ricovero ospedaliero e delle	
	prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalla Società.	
	2. L’Azienda provvede al controllo amministrativo di II livello, di cui alla Procedura	
	Aziendale PA AFG-PAT-001, secondo le seguenti modalità:	
		Pagina 46 di 201
	29	

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

- per le prestazioni ambulatoriali, tramite copia delle prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta o tramite la stampa della prenotazioni firmata dall'utente in caso di ricetta dematerializzata.

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

4. Per la mensilità di dicembre, le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto dei tetti economici massimi previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e in altre regioni.

5. L'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti 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, secondo le seguenti modalità:

- per le prestazioni di ricovero, il confronto avviene tra i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti dal Flusso SDO, presenti nella

	procedura Web Gauss, come desunte dalla ricevuta mensile di invio dati	
	prodotta dalla procedura Web Gauss;	
	- per le prestazioni ambulatoriali, il confronto avviene tra i dati contenuti nella	
	fattura periodica e le prestazioni risultanti dal Flusso SPA, presenti nella	
	procedura Cup Aziendale;	
	6. 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.	
	7. 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, tramite	
	emissione di note di credito.	
	8. 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, di spettanza della Società non ancora poste in liquidazione.	
	Art. 13 – CONTROLLI SANITARI	
	1. L'Azienda esercita funzioni di vigilanza, monitoraggio e controllo sanitario sulla	
	qualità, quantità, efficacia, congruità e appropriatezza, clinica ed organizzativa, delle	
	prestazioni rese dalla Società, al fine di assicurare la tutela della salute e della	
	sicurezza dei pazienti nonché sulla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso	
		Pagina 48 di 201
	31	

per accertare il mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalle vigenti disposizioni in materia di autorizzazione-accreditamento. Resta ferma ogni altra competenza dell'Azienda in materia di igiene delle strutture sanitarie e di medicina del lavoro, riservata al Dipartimento di Prevenzione.

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

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

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

5. L'Azienda si riserva di rescindere l'Accordo contrattuale qualora dai sopralluoghi effettuati, da qualsiasi organo di vigilanza, ai sensi delle normative vigenti emergano

irregolarità relative ai requisiti richiesti dalle normative o qualora la Società non ottemperi ad eventuali prescrizioni ricevute.

6. La Società è sottoposta ai controlli esterni per la verifica dell’appropriatezza e della qualità delle prestazioni sanitarie erogate da parte del Team di Area Vasta, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale del 18 febbraio 2019, n.188, recante “DGR 1331/2016: approvazione Piano Annuale dei Controlli di appropriatezza e qualità cartella clinica-Sdo anni 2019-2020”. L’attività oggetto di controllo è prevalentemente quella di ricovero a carico totale o parziale del Servizio Sanitario Nazionale, ma possono essere previsti, se necessario, anche controlli sulle prestazioni ambulatoriali. In caso di rilievi, la Società provvede alla rettifica dei codici di diagnosi e procedure/interventi e al reinvio del file corretto (attraverso la procedura Gauss), entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo. Per l’ultimo trimestre tutte le rettifiche devono essere consolidate entro il termine di chiusura del flusso SDO.

7. Qualora in sede di controllo dell’attività da parte del Nucleo Operativo Controlli Sanitari istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 480 del 17 aprile 2019 si determini un diverso esito rispetto alle valutazioni operante dal Team di Area Vasta in attuazione della Deliberazione Giunta regionale del 18 febbraio 2019, n.188, è data prevalenza alla valutazione svolta dal Team.

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

9. La Società si impegna ad eseguire controlli interni sulle proprie prestazioni di ricovero, in attuazione delle Deliberazioni Giunta regionale del 29 ottobre 2013, n. 877 “Indicazioni sul sistema di controllo delle cartelle cliniche in attuazione del

DPCM 10/12/2009". Revoca DGR 697/2011" e del 9 dicembre 2014, n. 1140 "DGR 1163/2011 e DGR 877/2013: aggiornamento delle soglie minime di ammissibilità in regime di ricovero diurno dei Drg chirurgici e medici ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario e revisione delle modalità di calcolo del numero delle cartelle cliniche da controllare", con le quali si forniscono indicazioni in merito al sistema di controllo delle cartelle cliniche in attuazione del D.P.C.M. 10 dicembre 2009 e dove vengono indicate le soglie minime di ammissibilità in regime di ricovero diurno dei Drg medici e chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario e le modalità di calcolo del numero di cartelle da controllare per i Drg medici e chirurgici.

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

Art. 14 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE DEL SSN

1. La Società prende atto del principio di unicità del rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale sancito dell'art. 4, comma 7 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, che rende il personale dipendente e convenzionato incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente o di natura convenzionale con altri soggetti, incluse le strutture private convenzionate con il medesimo Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso. Inoltre, l'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale prevista dalla normativa vigente è

	esclusa in strutture private convenzionate con il medesimo Servizio sanitario nazionale, come ribadito anche dall'art. 1, comma 5, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662.	
	2. La Società prende altresì atto che la disciplina in materia di prevenzione della corruzione di cui alla Legge 8 novembre 2012, n. 190 ha inserito nell'art. 53, comma 16 ter del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, un vincolo per tutti i dipendenti, che, negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle Pubblica Amministrazione, di non poter svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.	
	3. Tenuto conto della normativa vigente in materia di incompatibilità del personale del Servizio Sanitario Nazionale, la Società si impegna a non utilizzare personale incompatibile per l'erogazione delle prestazioni di cui al presente atto e a documentare lo stato del proprio organico a regime, con il quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente, mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva scritta, resa da soggetti comunque operanti nella propria struttura, dalla quale risulti la situazione lavorativa degli stessi e a darne comunicazione all'Azienda alla data di stipula del presente Accordo contrattuale e successivamente entro il 31 gennaio di ogni anno.	
	4. La Società prende atto che l'accertata insussistenza della capacità di garantire le proprie prestazioni con personale incompatibile comporta la revoca dell'accreditamento e la risoluzione del presente Accordo contrattuale, con facoltà per l'Azienda di adire le azioni necessarie per ripetere le eventuali somme	
		Pagina 52 di 201

indebitamente erogate alla Società, nonché di informare gli organi ed autorità competente per la tutela del cittadino.

Art. 15 – 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. La Società si impegna a dare adeguata pubblicità agli utenti della Carta dei Servizi.

Art. 16 – 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 come le eventuali scelte libero professionali ed il maggior comfort alberghiero.

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 Toscana.

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. 17 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

1. Con la sottoscrizione del presente Accordo Contrattuale, l'Azienda nomina la Società quale Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (di seguito RGPD) per le operazioni di trattamento sui dati personali di cui l'Azienda è Titolare e di cui il Responsabile entra in possesso o a cui ha comunque accesso, nell'esecuzione delle attività oggetto del presente e dei compiti affidati ai sensi del contratto in essere tra le Parti

2. Le Parti disciplinano il trattamento dei dati tramite apposito contratto vincolante per il Responsabile, che individua la materia del trattamento, la durata, la natura e la finalità, il tipo di dati personali trattati e le categorie di interessati, gli obblighi e i diritti del Titolare del trattamento, come da schema allegato al presente atto, a costituirne parte integrante e sostanziale (**Allegato 4**).

2. La Società si impegna espressamente a non effettuare operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Azienda oltre quelli indicati dal presente Accordo, non rientrando tali operazioni tra quelle affidate alla Società.

3. I dati relativi ai soggetti che svolgono le attività di cui al presente Accordo ed a quelli che effettuano attività funzionali alla gestione amministrativa del rapporto convenzionale, saranno trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, adeguatezza, pertinenza e necessità di cui all'art.5, paragrafo 1 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR 679/2016). Le parti si danno reciprocamente atto che le persone che agiscono per loro conto sono state informate sull'utilizzo dei propri dati personali.

Art. 18 – RESPONSABILITA'

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

2. 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. 19 – RECESSO

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

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

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

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

Art. 20 – PENALITA' E RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

1. Eventuali inadempienze al presente Accordo contrattuale sono 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. In caso di non accoglimento delle controdeduzioni da parte dell'Azienda, il competente Ufficio aziendale procederà all'applicazione delle penalità commisurate al danno arrecato e graduate, in base alla gravità della violazione, da un minimo di € 400,00 ad un massimo di € 1.000,00 anche tramite compensazione con quanto dovuto alla Struttura per le prestazioni rese.

3. L'applicazione delle penali previste dal presente articolo non preclude il diritto dell'Azienda a richiedere il risarcimento degli eventuali danni derivanti dalla mancata o non conforme attività dovuta ai sensi del presente accordo. La richiesta e/o il pagamento delle penali di cui al presente articolo non costituisce esonero in alcun caso per la Struttura dall'adempimento dell'obbligazione per la quale è inadempiente e che ha fatto sorgere l'obbligo di pagamento della medesima penale.

4. 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. 21 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

1. Il presente Accordo contrattuale 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 Accordo;
- in caso di riscontrati inadeguati livelli quali-quantitativi del servizio (con obbligo della Struttura 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;
- la reiterata inosservanza da parte della Società, più volte comunicata dall'Azienda, dell'obbligo di programmare l'attività in modo da consentirne l'omogenea erogazione in dodicesimi durante l'intero arco dell'anno, nel rispetto della programmazione annuale e dei complessivi tetti di spesa stabiliti;

	- 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 o altra forma idonea	
	di garanzia 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. 22 – CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE	
	1. Ogni eventuale contestazione e/o controversia che dovesse insorgere fra le parti in	
	relazione all'interpretazione ed all'esecuzione della 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. 23 - DECORRENZA E VALIDITÀ'	
	1. Il presente Accordo contrattuale ha validità dal 1 luglio 2020 fino al 31 dicembre	
	2020, con possibilità di rinnovo per una ulteriore annualità, agli stessi patti e	
	condizioni. Qualora durante detto periodo intervenga la revisione della	
	Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220 o lo schema di contratto	
	unico regionale, come accennato nelle premesse, oppure entrambi contestualmente,	
	il presente atto decade per essere sostituito dalla nuova disciplina.	
	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	
		Pagina 58 di 201
	41	

raccomandata a/r ed è disposto agli stessi patti e condizioni, inclusa la revisione del tetto di spesa di cui alla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, disposta per l'anno 2020 per esigenze aziendali. Il rinnovo è formalizzazione con atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda.

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

4. I contenuti organizzativi ed economici del presente atto possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle Parti. Le eventuali modifiche all'Accordo contrattuale possono essere disposte mediante accordi integrativi, da approvare con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda.

5. 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, previa deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda.

Art. 24 – TRASPARENZA ED INTEGRITÀ

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

2. La Società è consapevole, accetta ed autorizza l'Azienda alla pubblicazione integrale del presente Accordo contrattuale e di tutti gli allegati sul portale della trasparenza dell'Azienda nonché alla pubblicazione dei dati previsti dalla vigente normativa. Si impegna altresì al rispetto delle vigenti disposizioni in materia di

trasparenza per la parte di competenza.

Art. 25 – 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 € 240. 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. 26 – REPERTORIO

1. Il presente Accordo contrattuale viene stipulato in forma di scrittura privata non autenticata, secondo le regole della sottoscrizione digitale, con firma elettronica.

2. Il presente Accordo contrattuale consta di n. 26 articoli, n. 44 pagine e n. 4 allegati, ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

3. Il presente atto, sottoscritto tra le parti, è trasmesso in copia alla Direzione regionale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale.

Letto, firmato e sottoscritto

L'AMMINISTRATORE UNICO

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TSE

Società Centro Chirurgico Toscano Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dr. Stefano Tenti)

(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

L'AMMINISTRATORE UNICO

IL DIRETTORE U.O.C. PA e TSE

Società Centro Chirurgico Toscano Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est

(Dr. Stefano Tenti)

(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

ALLEGATO 1 - PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2020

CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL

VOLUMI ECONOMICI

CONTO ECONOMICO	DESCRIZIONE ATTIVITA'	TETTO DI SPESA
RESIDENTI AUSL TOSCANA SUD EST		
80200600	Attività di ricovero residenti Ausl Toscana Sud Est	5.119.445
80200260	Attività specialistica e diagnostica residenti Ausl Toscana Sud Est	997.095
	TOTALE	6.116.540
RESIDENTI RESIDENTI TOSCANI		
80200601	Attività di ricovero residenti Regione Toscana	227.825
80200261	Attività specialistica e diagnostica residenti Regione Toscana	353.933
	TOTALE	581.758
RESIDENTI RESIDENTI EXTRA REGIONE		
80200630	Attività di ricovero residenti extra-regione	19.243.394
80200630	Attività di ricovero di alta complessità residenti extra-regione DI CUI	13.035.772
80200630	Attività di ricovero di bassa complessità residenti extra-regione DI CUI	6.207.622
80200290	Attività specialistica e diagnostica residenti extra-regione	200.000
	TOTALE	19.443.394
TOTALE COMPLESSIVO		25.981.914

Riduzione per finanziamento altre Strutture sanitarie accreditate convenzionate

I tetti di spesa sopra individuati costituiscono limiti massimi, come stabilito dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220. L'Azienda Usl Toscana Sud Est può definire importi anche inferiori rispetto a quelli valorizzati dal citato atto di programmazione regionale, motivando l'eventuale proposta di riduzione

A seguito di revisione della Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, prevista nel corso del 2020, la presente programmazione economica è rivista in conformità ai nuovi indirizzi regionali, al fine di adeguarsi alla rideterminazione dei tetti di spesa

E' prevista la possibilità di compensare le risorse tra le attività di ricovero e le attività specialistiche, a fronte di un fabbisogno rilevato, sia ad iniziativa della Ausl Toscana Sud Est che da parte delle Case di Cura convenzionate, nell'ambito del tetto di spesa complessivo previsto per ogni tipologia di utenti, previo specifico accordo da realizzare tramite scambio di posta elettronica, come avviene per prassi consolidata

ALLEGATO 2 - PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2020				
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL				
TIPOLOGIE DI ATTIVITA' PER RESIDENTI AUSL TOSCANA SUD EST				
ATTIVITA' DI RICOVERO				
Progetto speciale "Percorso integrato liste di attesa chirurgiche"		TARIFFA	VOLUME AA. 2020	COSTO
DRG 162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	€ 1.168	15	€ 17.520
DRG 055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	€ 1.485	20	€ 29.700
DRG 056	Rinoplastica	€ 2.573	20	€ 51.460
DRG 337	Prostatectomia transuretrale senza CC	€ 2.652	80	€ 212.160
				€ 310.840
Modalità di accesso aggiuntiva rispetto all'accesso diretto previsto dall'Art.7. Qualora l'Azienda non realizzi tale modalità, la Società può utilizzare le medesime risorse tramite accesso diretto				
PRINCIPALI DRG 'S finalizzati al recupero di mobilità sanitaria passiva				
Possibilità effettuare ricoveri per DRG diversi da quelli indicati in misura non superiore al 10% del totale complessivo				
Elasticità nel consumo dei tetti previsti per l'ortopedia e la chirurgia generale				
ORTOPEDIA PROTESICA				€ 4.314.685
Drg 491 Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori Drg 499 Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC Drg 500 Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC Drg 544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori Drg 545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio				
ORTOPEDIA NON PROTESICA				€ 706.080
Drg 211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni, senza cc Drg 223 Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con c Drg 224 Interventi maggiori su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni Drg 225 Interventi su piede Drg 503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione Drg 538 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC				
CHIRURGIA GENERALE				#RIF!
Drg 060 Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni Drg 158 Interventi su ano e stoma senza CC Drg 160 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc Drg 161 Ernia inguinale e femorale con cc Drg 227 Interventi sui tessuti molli senza CC Drg 288 Interventi per obesità (necessità di garantire un percorso integrato di valutazione preoperatoria e supporto nel periodo post operatorio) Drg 290 Interventi sulla tiroide (da escludere da queste tutta la patologia tumorale che rientra sempre nello stesso drg) Drg 311 Interventi per via transuretrale senza CC Drg 323 Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni Drg 335 Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC Drg 339 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni Drg 359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC Drg 494 Colectistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC				
ATTIVITA' AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA				
PRESTAZIONE	TARIFFA MEDIA	VOLUME AA. 2020	VOLUME SETT/MEDIO	COSTO
VISITA OCULISTICA	€ 22	1600	33	€ 35.200
VISITA GASTROENTEROLOGICA	€ 22	520	11	€ 11.440
VISITA ORTOPEDICA	€ 22	520	11	€ 11.440
VISITA UROLOGICA	€ 22	150	3	€ 3.300
RM	€ 130	870	18	€ 113.100
TC	€ 130	1300	27	€ 169.000
ECO-INT	€ 47	3800	79	€ 178.600
ECD-DIVA	€ 50	2800	58	€ 140.000
END_DIG	€ 125	520	11	€ 65.000
INTERVENTO CATARATTA	€ 900	300	6	€ 270.000
				€ 997.080

PROPOSTA DI PERCORSO CHIRURGICO INTEGRATO FRA AZIENDA USL TOSCANA SUDEST E PRIVATO ACCREDITATO – Presidio Ospedaliero “Ospedali Riuniti dell'Aretino”

1. Obiettivo del progetto

L'obiettivo del progetto è aumentare l'offerta chirurgica per i cittadini residenti nell'area vasta sud est integrando l'attività della struttura pubblica con quella privata garantendo il rispetto dei tempi di attesa per patologia non oncologica.

Il progetto vuole creare un percorso unico nella gestione delle liste di attesa garantendo al cittadino, quale sia l'ambito che ha determinato la proposta di intervento (pubblico, privato, libera professione intramoenia), il rispetto dei tempi di attesa previsti per patologia e la prossimità del luogo di cura.

Il prerequisito per l'attuazione di un percorso integrato è l'utilizzo di un'unica procedura informatizzata di gestione del percorso chirurgico. In attesa di definire la possibilità di installazione nelle postazioni di lavoro delle case di cura private accreditate della procedura informatizzata in uso presso l'azienda Usl Sudest, la procedura informatizzata verrà gestita dagli operatori dell'Azienda Usl Sudest nelle postazioni UPC identificate.

2. Termini e sigle

- UPC: ufficio di programmazione chirurgica
- RO: registro operatorio

3. Fasi del processo

3.1 Arruolamento

Il Chirurgo a seguito della visita chirurgica che può essere effettuata sia in regime istituzionale/intramoenia che in convenzione con le strutture private accreditate (*“da valutare l'apertura di apposite visite per percorso chirurgico”*) compila la proposta di intervento (modulistica Aziendale).

ARRUOLAMENTO	Vantaggi /opportunità	Svantaggi/problematiche
Arruolamento esclusivo da struttura pubblica	<ul style="list-style-type: none">- nessun cambiamento per la fase di arruolamento (facilità di gestione)• percorso gestito interamente nella struttura pubblica• l'utente non deve spostarsi dalla struttura di arruolamento per consegnare la proposta• L'UPC provinciale gestisce interamente la fase di inserimento della proposta e l'organizzazione del percorso	<ul style="list-style-type: none">- ridotta capacità di gestire la domanda che transita nel privato (che per piccoli interventi potrebbe usufruire del percorso solvente)- ridotta capacità di standardizzare i requisiti di arruolamento fra pubblico e privato
Arruolamento sia	- massima integrazione sia di percorso che di	- necessità per la struttura privata di

pubblico che privato	requisiti di arruolamento - eventuale riduzione dei tempi di attesa per la visita specialistica (se vi fossero) con condivisione delle agende delle visite. -	utilizzare la modulistica o condividere l'applicativo per la registrazione della proposta di intervento - definizione di univoci criteri di arruolamento, definizione della classe di priorità - lo specialista che valuta il paziente e redige la proposta di intervento può non essere il chirurgo “operatore” - la sede non è legata al chirurgo che effettua la visita di arruolamento ma all'organizzazione e gestione delle liste di attesa
----------------------	---	--

3.2 Accettazione proposta

A seguito della visita ambulatoriale e della consegna della proposta di intervento, l'assistito deve comunicare la volontà ad essere inserito in lista di attesa (fase di ACCETTAZIONE della proposta), che può avvenire:

- a. **contestualmente al momento della visita** - il paziente esprime immediatamente l'accettazione della proposta e la sottoscrive. Il chirurgo o la struttura invia la proposta direttamente all'UPC di riferimento che provvederà all'inserimento. Il tempo di attesa decorrerà dalla data di ricezione della proposta da parte dell'UPC.
- b. **successivamente al momento della visita** – il paziente ricevuto il modulo, entro un periodo massimo di 30 gg dalla compilazione della proposta, deve consegnarlo all'UPC di riferimento dichiarando la sua volontà ad essere inserito in lista di attesa.

All'atto dell'inserimento nella lista di programmazione, l'operatore dovrà informare il cittadino sulla possibilità di esprimere una preferenza sul luogo di cura nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dalla patologia e dalla classe di priorità assegnata.

L'assegnazione del luogo di cura sarà definita dalla UPC provinciale che terrà conto della classe di priorità, della complessità clinica e della zona di residenza del cittadino (variabili di scelta e definizione della sede da definire).

Due situazioni possibili:

- a- in fase di inserimento in lista di attesa l'UPC (viste le caratteristiche sopra indicate) può stabilire immediatamente il luogo di cura più appropriato – in questo caso comunica immediatamente al paziente il luogo di cura
- b- in fase di inserimento in lista di attesa non è possibile stabilire il luogo di cura – l'operatore informa l'utente che verrà ricontattato per comunicare la struttura che effettuerà l'intervento.

Nel caso il cittadino abbia optato per la libera professione intramoenia, dovrà essere annotato l'identificativo del medico scelto e l'attribuzione del luogo di cura sarà determinato dal luogo in cui opera il medico. Lo scorrimento della lista di attesa è regolata da apposito regolamento aziendale .

ACCETTAZIONE PROPOSTA	Vantaggi /opportunità	svantaggi/problematiche
esclusivo da struttura pubblica	<ul style="list-style-type: none"> - controllo delle liste di attesa - gestione della domanda garantendo i tempi di attesa massimi previsti - utilizzo delle strutture private per abbattere le liste di attesa e rispettando i tempi di attesa previsti per patologia - spostamento a richiesta di attività a rischio di superamento dei tempi di attesa. -Modulazione delle attività della struttura accreditata in relazione alle necessità su programmazione mensile - possibilità da parte dell'UPC di assegnare in fase di accettazione della proposta la struttura che effettuerà l'intervento 	<ul style="list-style-type: none"> - gestione di eventuali scelte del paziente che possono essere non corrispondenti alla programmazione per tempi di attesa o altro (la sede di intervento proposta è diversa da quella richiesta dal paziente) - criticità tra UPC e clinici nella gestione delle liste di attesa

3.3 Preospedalizzazione

La UPC, definito il luogo di cura appropriato, provvede a comunicarlo all'utente. Qualora questo rifiuti la proposta sarà informato sul presunto tempo di attesa previsto per la sede scelta. L'operatore registrerà nella procedura informatizzata l'avvenuto diniego da parte del paziente e l'eventuale preferenza del luogo di cura.

Una volta individuata la sede e accettata dall'utente, l'UPC comunicherà dove verranno espletate le attività di preospedalizzazione; nel caso della struttura privata sarà la stessa ad eseguire tutti gli esami previsti per la preospedalizzazione.

Se l'intervento viene effettuato nella struttura privata accreditata, l'operatore comunicherà alla struttura stessa i dati necessari per l'identificazione del paziente e di tutti quelli necessari per la definizione del caso clinico. La struttura privata provvederà a contattare l'utente che dovrà svolgere l'intervento per garantire le informazioni necessarie alla gestione del percorso e al ricovero.

PREOSPEDALIZZAZIONE	Vantaggi /opportunità	svantaggi/problematiche

Solo struttura pubblica		<ul style="list-style-type: none"> - aumento del carico di lavoro per la struttura pubblica - necessità di decurtare alla struttura privata la parte relativa al costo della preospedalizzazione - possibili criticità nella tempistica fra processo di preospedalizzazione e data di intervento - mancata gestione del paziente da parte degli anestesisti della casa di cura
Struttura pubblica e privata	<ul style="list-style-type: none"> - ogni struttura gestisce la parte di preparazione del paziente assicurando quanto previsto e condiviso per la tipologia di intervento - possibilità di rivalutare il paziente se la proposta proviene da altra struttura - il contatto con l'utente avviene prima dell'intervento 	<ul style="list-style-type: none"> - garantire ulteriori indagini non previste dal percorso standard di preospedalizzazione non gestibili dalla struttura privata

3.4 Sospensione

Situazione che si verifica quando l'assistito è impossibilitato ad effettuare la preospedalizzazione o l'intervento. La sospensione deve essere motivata da valutazioni cliniche (malattia e/o ricoveri intercorrente, completamenti diagnostici complessi richiesti dopo la preospedalizzazione..) e deve essere annotata da parte dell'UPC. Qualora si tratti di un paziente assegnato alla struttura privata accreditata, la stessa dovrà comunicare all'UPC di riferimento quanto necessario per registrare correttamente la sospensione.

Valutare: Nel caso di sospensione e quindi di conseguente visita di rivalutazione se il paziente è stato assegnato alla struttura privata è necessario che la visita sia effettuata da un chirurgo/anestesista della struttura pubblica?

SOSPENSIONE	Vantaggi /opportunità	svantaggi/problematiche
Solo struttura pubblica	<ul style="list-style-type: none"> • unicità nella gestione del processo di sospensione • certa tracciabilità e registrazione nel flusso RFC165 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo specialista può non esser quello della fase di arruolamento

Privato e pubblico	<ul style="list-style-type: none"> • L'utente ha come punto di riferimento la struttura che ha effettuato la preospedalizzazione • La struttura che effettua la rivalutazione è la stessa che ha gestito la preospedalizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Maggior complessità nella gestione delle liste di attesa • necessità di trasferimento dell'informazione dal privato al pubblico per la registrazione dell'informazione
--------------------	---	---

3.5 Rinvio

L'assistito non è disponibile ad intraprendere una delle fasi previste del percorso (es. preospedalizzazione o intervento) per motivi personali e comunque diversi da quelli che implicano una sospensione. E' necessario registrare da parte dell'UPC la data in cui si verifica il rinvio e la durata. La durata del rinvio viene sottratta dal calcolo del tempo di attesa. Qualora si tratti di un pz assegnato alla struttura privata accreditata, la stessa dovrà comunicare all'UPC di riferimento quando necessario per registrare correttamente la sospensione.

Proposta: la pratica della persona che rifiuta la struttura proposta come la prima disponibile per tipologia e classe di priorità possiamo pensare di trattarla come se fosse un rinvio?

RINVIO	Vantaggi /opportunità	svantaggi/problematiche
Solo struttura pubblica	<ul style="list-style-type: none"> • unicità nella gestione del processo di sospensione • certa tracciabilità e registrazione nel flusso RFC165 	<ul style="list-style-type: none"> • Per necessità di programmazione la sede potrebbe essere diversa da quella della prima assegnazione •
Privato e pubblico		<ul style="list-style-type: none"> • Lo specialista può non esser quello della fase di arruolamento

3.6 Intervento

L'intervento sarà effettuato nella sede di assegnazione individuata dall'UPC. Le informazioni necessarie al completamento del flusso informativo dove non sono reperibili dai sistemi informatici, devono essere trasmesse (via email, faxda definire) alla UPC che provvederà ad inserirle nell'applicativo specifico. La trasmissione deve avvenire il più precocemente possibile dalla chiusura del registro operatorio.

INTERVENTO	Vantaggi /opportunità	svantaggi/problematiche
Solo struttura pubblica	<ul style="list-style-type: none"> • Nessuna perdita di informazioni e chiusura corretta del flusso rfc 165 • integrazione procedura RO della struttura privata con il programma di gestione del percorso chirurgico previsto dalla struttura pubblica 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di inserire le informazioni inviate dalla struttura privata per completare il flusso RFC165 • necessità di tempo per l'integrazione dei software

4. Proposta volumi di attività

Per elaborare la proposta dei volumi di attività annuali da erogare presso le case di cura private accreditate sono state analizzate le liste di attesa degli stabilimenti ospedalieri del Presidio e sono state individuate le linee di produzione non oncologiche a maggiore criticità per le quali, un progetto di gestione unitaria con il privato accreditato, permetterebbe la garanzia di tempi di attesa congrui.

La tabella che segue riporta quanto sopra definito e le criticità correlate.

Linea di produzione	n. interventi/ anno	criticità	drg
Ernie inguinali	30	Coinvolgimento professionisti nel progetto	162*
Varici	50 intervento tradizionale 80 intervento radiofrequenza o miniinvasivo	Coinvolgimento professionisti nel progetto	119
Setto nasale	80	Coinvolgimento professionisti nel progetto	055 e 056
TURP	80		337*

*** non riportati i DRG omologhi determinati da eventuali diagnosi secondarie complicanti il drg. Questi se presenti dovranno essere valutati dai nocs Aziendali nei periodici controlli alle strutture private accreditate per stabilirne l'appropriatezza di codifica della SDO.**

ALLEGATO 3 - PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2020				
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL				
SICUREZZA E APPROPRIATEZZA DELLE CURE				
<div> <div> SOGLIE MINIME DI VOLUMI DI ATTIVITA' DM 70/2015 </div> <div> Interventi chirurgici per Ca mammella (attività non prevista)150 interventi annui Colecistectomia laparoscopica100 interventi annui Intervento chirurgico per frattura di femore75 interventi annui </div> </div> <div> SOGLIE DI RISCHIO DI ESITO DM 70/2015 </div> <div> Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorniminimo 70% Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore d di età > 65 aaminimo 60% </div>				
ARTRODESI VERTEBRALE: attuazione corretta procedura d'intervento in conformità alle indicazioni della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, di cui alla nota Prot. n. 0192232 del 9 maggio 2019 allegata				
DRG ESCLUSI PER TUTTE LE TIPOLOGIE DI UTENTI CON ONERI A CARICO DEL SSN				
DRG E DESCRIZIONE	MDC	TIPO	PESO	
001 - Craniotomia, età > 17 anni con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,42	
002 - Craniotomia, età > 17 anni senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,33	
003 - Craniotomia, età < 18 anni	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	2,30	
041 - Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	2 Malattie e disturbi occhio	C	4,06	
049 - Interventi maggiori sul capo e sul collo	3 Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	C	0,16	
075 - Interventi maggiori sul torace	4 Malattie e disturbi apparato respiratorio	C	2,396	
076 - Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	4 Malattie e disturbi apparato respiratorio	C	3,50	
077 - Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	4 Malattie e disturbi apparato respiratorio	C	1,499	
103 - Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	0 Nessun MDC	C	4,56	
104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo	c5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	6,062	
105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo	c5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,04	
106 - Bypass coronarico con PTCA	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	3,50	
108 - Altri interventi cardiotoracici	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,98	
110 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,85	
111 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,07	
117 - Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,49	
118 - Sostituzione di pacemaker cardiaco	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,41	
120 - Altri interventi sull'apparato circolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,49	
257 - Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	1,285	
258 - Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	1,22	
259 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	0,12	
260 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	6,18	
302 - Trapianto renale	11 Malattie e disturbi rene e vie urinarie	C	2,45	
370 - Parto cesareo con CC	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	6,69	
371 - Parto cesareo senza CC	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	5,09	
374 - Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	4,82	
375 - Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	914	
377 - Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	5,47	
381 - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	3,17	
394 - Altri interventi sugli organi emopoietici	16 Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	C	0,86	
401 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	0,21	
402 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	2,90	
406 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	c17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	6,45	
407 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	c17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	6,26	
408 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	3,46	
479 - Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,27	
480 - Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	0 Nessun MDC	C	3,88	
481 - Trapianto di midollo osseo	0 Nessun MDC	C	4,17	
484 - Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	24 Traumatismi multipli	C	0,89	
493 - Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	7 Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	C	3,71	solo se > 100 interventi
494 - Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	7 Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	C	889	solo se > 100 interventi
495 - Trapianto di polmone	0 Nessun MDC	C	6,83	
504 - Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di 22 Ustioni		C	6,61	
506 - Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma > 22 Ustioni		C	0,65	
507 - Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma > 22 Ustioni		C	5,62	
512 - Trapianto simultaneo di pancreas/rene	0 Nessun MDC	C	5,94	
513 - Trapianto di pancreas	0 Nessun MDC	C	2,70	
515 - Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,79	
518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	1,56	
525 - Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	9,932	
528 - Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	5,726	
529 - Interventi di anastomosi ventricolare con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	5,39	
530 - Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	6,97	
531 - Interventi sul midollo spinale con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	6,65	
532 - Interventi sul midollo spinale senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,48	
533 - Interventi vascolari extracranici con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	2,11	
534 - Interventi vascolari extracranici senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,45	
535 - Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, > 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	i5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,51	
536 - Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, > 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,35	
539 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	3,488	
540 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	3,83	
541 - Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica > 0 o > 0 Nessun MDC		C	3,48	
543 - Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta < 1 Malattie e disturbi sistema nervoso	c1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	6,64	
547 - Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,81	
548 - Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,89	
549 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	5,54	
550 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	1,66	
551 - Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o > 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,20	
552 - Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore > 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,13	
553 - Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,649	
554 - Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,54	
555 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore > 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	6,22	
556 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi > 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,64	
557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi < 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	cr5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	1,77	
558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi > 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,84	
577 - Inserzione di stent carotideo	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	3,17	
578 - Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	18 Malattie infettive e parassitarie	C	2,95	



Oggetto: DGR 1237/2014: “Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera. Revisione 2014”: indicazioni procedura intervento di Artrodesi Vertebrale

Spett.li	Direttori Sanitari Aziende sanitarie locali Aziende ospedaliero-universitarie
Spett.le	Rappresentante legale AIOP

Nelle more dell’aggiornamento della suddetta Delibera di Giunta, si forniscono le seguenti indicazioni per la corretta procedura dell’intervento di Artrodesi Vertebrale con invito a trasmetterle agli interessati:

- **Intervento classico**

prevede la fusione delle vertebre mediante l’utilizzo di dispositivi quali viti, uncini, barre e placche di metallo (acciaio, titanio) o non metalliche. Perché l’unione sia solida è necessario un innesto osseo, che può essere autologo, eterologo o sintetico, in questi casi i codici da utilizzare sono:

81.00-81.08 = L’indicazione dei codici di procedura 81.00-81.08 sarà considerata corretta nel caso in cui le fasi dell’intervento prevedano una artrodesi (fusione) ovvero una cruentazione delle lamine e delle basi delle apofisi spinose, con contestuale applicazione di innesto osseo autologo o di sintesi sulle superfici cruentate.

- **Chirurgia mininvasiva del rachide**

utilizza dispositivi di fissazione per processi spinosi, l’impiego di questi device può essere effettuato come completamento nella fusione inter- somatica (artrodesi), o come dispositivo di fissazione autonomo, in associazione quindi o meno con altri dispositivi intervertebrali, e con o senza innesto osseo.

8458-8459 = impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso.

L’indicazione del codice di procedura di artrodesi 81.08 sarà considerata ovviamente altrettanto corretta nel caso in cui le fasi di intervento prevedano, in associazione all’utilizzo di questi device, anche un’artrodesi posteriore (fusione), ovvero una cruentazione delle

lamine e delle basi delle apofisi spinose, con applicazione di innesto osseo autologo o di sintesi sulle superfici.

In assenza delle procedure sopradescritte per l'artrodesi, il DRG risultante dovrà essere il 500.

Si precisa inoltre che:

- ai fini del giudizio di congruenza dei codici di procedura impiegati sarà dirimente quindi la lettura dei verbali operatori, che dovranno contenere la descrizione chiara e particolareggiata della procedura attuata;
- l'indicazione all'intervento chirurgico deve essere sempre confermata nella refertazione dell'imaging preoperatoria;
- per le Indicazioni di utilizzo dei dispositivi interspinosi di tipo dinamico, si rimanda ai contenuti della Circolare Ministeriale n. 3354 del 23 gennaio 2015.

Il Dirigente

MTM/sc

Atto di nomina a Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (RGPD)

TRA

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

E

La **Società Centro Chirurgico Toscano Srl**, con sede legale in Arezzo, Via dei Lecci n. 22 (C.F. e P.I.: 01952970513), di seguito denominata "Società", nella persona dell'Amministratore Unico e Legale Rappresentante, Dr. Stefano Tenti, nato a Arezzo il 17 Novembre 1955, domiciliato per la carica presso la suddetta;

Premesso che:

- il Regolamento Europeo n. 2016/679 Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (di seguito RGPD), prevede all'art. 28 che i trattamenti svolti da parte di un Responsabile del trattamento per conto del Titolare del trattamento siano disciplinati da un contratto o altro atto giuridico vincolante per il Responsabile e che individui la materia del trattamento, la durata, la natura e la finalità, il tipo di dati personali trattati e le categorie di interessati, gli obblighi e i diritti del Titolare del trattamento;
- l'Azienda e il Fornitore hanno sottoscritto un contratto avente a oggetto: **Acquisto prestazioni accreditate di ricovero ospedaliero e specialistiche ambulatoriali**;
- ai fini dell'esecuzione di detto il Fornitore dovrà effettuare operazioni di trattamento dati personali per conto dell'Azienda;
- l'Azienda svolge il ruolo di Titolare del trattamento in relazione ai dati personali dalla stessa trattati stabilendo autonomamente le finalità, le modalità ed i mezzi del trattamento;
- tenuto conto delle attività di trattamento necessarie per dare esecuzione agli obblighi concordati tra le Parti, il Titolare del trattamento ritiene che il Fornitore è in possesso dei necessari requisiti di conoscenza specialistica, affidabilità e risorse tali da fornire sufficienti garanzie per mettere in atto misure tecniche ed organizzative adeguate a soddisfare i requisiti del RGPD e a garantire la tutela dei diritti degli interessati coinvolti nelle suddette attività di trattamento;
- l'Azienda, in qualità di Titolare del trattamento, intende nominare il Fornitore Centro Chirurgico Toscano Srl quale Responsabile del trattamento dati e quest'ultimo intende accettare tale nomina;

- con riferimento alla summenzionata nomina, con la sottoscrizione del presente documento

le Parti intendono regolare i reciproci rapporti in relazione al trattamento dei dati personali effettuato dal Fornitore per conto della Committente;

Tutto ciò premesso, alla luce di quanto precede, le Parti convengono e stipulano quanto segue:

ART. 1 (Oggetto, finalità e durata del trattamento)

Con la sottoscrizione del presente atto l'Azienda Usl Toscana sud est nomina CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL Srl Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 del RGDPR per le operazioni di trattamento sui dati personali di cui l'Azienda è Titolare e di cui il Responsabile entra in possesso o a cui ha comunque accesso, nell'esecuzione della propria attività contrattuale e dei compiti affidati ai sensi del contratto in essere tra le Parti.

Il Fornitore CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL Srl, con la sottoscrizione del presente atto di nomina, conferma la diretta e approfondita conoscenza degli obblighi che assume in relazione alle disposizioni normative e si impegna a procedere al trattamento dei dati personali attenendosi alle istruzioni ricevute dal Titolare attraverso la presente nomina.

Il Fornitore prende atto che l'incarico di effettuare le operazioni di trattamento dei dati personali quale Responsabile del trattamento è affidato per l'esclusiva ragione che il profilo societario è stato ritenuto idoneo a soddisfare i requisiti di conoscenza specialistica, affidabilità e risorse tali da fornire sufficienti garanzie per mettere in atto misure tecniche ed organizzative adeguate in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti della normativa vigente e garantisca la tutela dei diritti dell'interessato. Qualsiasi mutamento di tali requisiti che possa determinare incertezze sul mantenimento dei requisiti stessi deve essere comunicato al Titolare che può esercitare in piena autonomia e libertà di valutazione il diritto di recesso, senza penali o oneri a proprio carico.

Il presente atto di nomina ha validità per il tempo necessario ad eseguire le attività affidate al responsabile, e si considera venuto meno al termine delle attività stesse o qualora venga meno il rapporto con il Titolare.

Il Responsabile del trattamento, per l'espletamento delle operazioni affidategli dall'Azienda, tratta i seguenti tipi di dati :

DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO DA PARTE DEL FORNITORE;

- dati personali, di cui all'art. 4 n. 1 del GDPR;

CATEGORIE DI INTERESSATI [indicare quali tra i seguenti]:

- assistiti

NATURA DEL TRATTAMENTO

- informatico
- cartaceo

ART. 2 (Obblighi del Responsabile e modalità di trattamento)

Il Responsabile del trattamento, relativamente ai dati personali oggetto di trattamento, ha l'obbligo di attenersi alle istruzioni di seguito riportate e a quelle ulteriori impartite dal Titolare mediante procedure e/o comunicazioni specifiche.

Il Responsabile è tenuto a:

1. organizzare, gestire e supervisionare tutte le operazioni di trattamento di competenza attenendosi ai principi generali e alle disposizioni della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, ovvero, assicurare che i dati personali oggetto del trattamento siano:
 - trattati in modo lecito e secondo correttezza;
 - raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi; a tale riguardo, l'utilizzazione di dati personali e di dati identificativi dovrà essere ridotta al minimo, in modo da escludere il trattamento quando le finalità perseguite nei singoli casi possono essere realizzate mediante dati anonimi, ovvero adottando modalità che permettano di identificare gli interessati solo in caso di necessità;
 - esatti e, se necessario, aggiornati;
 - pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità del trattamento;
2. effettuare il trattamento dei dati con logiche e modalità strettamente ed esclusivamente correlate alle finalità di cui all'art. 1, per il tempo strettamente necessario per il perseguimento delle finalità connesse, garantendo il pieno rispetto delle istruzioni ricevute;
3. informare immediatamente l'Azienda qualora, a suo parere, l'applicazione di una sua istruzione possa violare, nel concreto contesto operativo, le disposizioni in materia di protezione dei dati personali;
4. tenere il Registro delle attività di trattamento, ex art. 30 par. 2 del RGPD;
5. conservare e custodire con diligenza, prudenza e perizia, i dati personali oggetto del trattamento;
6. mantenere riservati, non comunicare e diffondere a terzi i dati personali e le informazioni di cui è venuto a conoscenza per effetto del trattamento;
7. non utilizzare i dati personali e le informazioni, anche se in forma anonimizzata o pseudonimizzata, comprese le eventuali elaborazioni realizzate su disposizione dell'Azienda;
8. assistere l'Azienda nel garantire il rispetto degli obblighi relativi alla sicurezza del trattamento, alla notifica di una violazione dei dati personali all'Autorità di controllo, alla comunicazione di una violazione di dati personali all'interessato, alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati personali, alla consultazione preventiva dell'Autorità di controllo ove normativamente previsto;
9. attenersi alle specifiche disposizioni previste per il trasferimento di dati all'estero, qualora necessario, ed a non effettuare in alcun caso operazioni di diffusione dei dati stessi;
10. mettere a disposizione del Titolare del trattamento tutte le informazioni e i documenti necessari a dimostrare il rispetto degli obblighi previsti dalla vigente normativa per il Responsabile del trattamento dati;

Il Responsabile del trattamento, tenuto conto della natura del trattamento, si obbliga ad assistere il Titolare del trattamento con misure tecniche e organizzative adeguate, nella misura in cui ciò sia possibile, al fine di soddisfare l'obbligo del Titolare di dare seguito alle richieste per l'esercizio dei diritti dell'interessato (nella definizione dell'art. 4 del RGPD) previsti dal RGPD. Qualora il Responsabile riceva richieste da parte di interessati finalizzate all'esercizio dei propri diritti, esso dovrà:

- darne tempestiva comunicazione al Titolare con comunicazione di posta elettronica certificata allegando copia delle richieste;
- coordinarsi, ove necessario e per quanto di propria competenza, con le funzioni aziendali designate dal Titolare per gestire le relazioni con gli interessati;

- assistere e supportare il Titolare con misure tecniche e organizzative adeguate al fine di soddisfare l'obbligo del Titolare del trattamento di dare seguito alle richieste di esercizio dei diritti degli interessati, negli ambiti e nel contesto del ruolo in cui opera il Responsabile del trattamento.

ART. 3 (Soggetti autorizzati al trattamento dei dati)

Il Responsabile del trattamento si impegna:

- a individuare formalmente quali soggetti autorizzati al trattamento coloro che, a qualunque titolo, devono compiere per suo conto operazioni del trattamento e/o attuare compiti relativi alla protezione e alla libera circolazione dei dati limitando l'accesso e il trattamento ai soli dati necessari per lo svolgimento delle attività consentite rispetto alle mansioni svolte;
- a impartire per iscritto ai soggetti autorizzati, appropriate e complete istruzioni su come svolgere correttamente ed in modo lecito il trattamento,
- a vigilare regolarmente sulla puntuale osservanza delle istruzioni impartite da parte dei soggetti autorizzati, anche mediante verifiche periodiche;
- a curare la formazione specifica in materia di protezione dei dati personali dei soggetti autorizzati che operano sotto la sua responsabilità;
- a garantire che i propri dipendenti e/o collaboratori che operano a vario titolo nell'ambito del rapporto in essere con l'Azienda, siano dotati di esperienza, capacità e affidabilità con riferimento alla gestione dei sistemi informatici in particolare per quanto attiene alle misure di sicurezza previste dalla normativa in materia di protezione dei dati..

ART.4 (Responsabile della Protezione dei Dati)

Il Responsabile– ove tale obbligo si applichi anche al Responsabile stesso in base alle disposizioni dell'art. 37 del GDPR – si impegna a nominare e comunicare al Titolare il nominativo e i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati.

ART. 5 (Trasferimento verso paesi terzi o organizzazioni internazionali)

Il Responsabile si impegna a circoscrivere gli ambiti di circolazione e trattamento dei dati personali (es. memorizzazione, archiviazione, conservazione dei dati sui propri server) ai Paesi facenti parte dell'Unione Europea, con espresso divieto di trasferirli in Paesi extra UE che non garantiscano (o in assenza di) un livello adeguato di tutela, ovvero, in assenza di strumenti di tutela previsti dal Regolamento UE 2016/679 (Paese terzo giudicato adeguato dalla Commissione europea, clausole contrattuali modello, consenso degli interessati, ecc.).

Il Responsabile pertanto non dovrà trasferire o effettuare il trattamento dei dati personali del Titolare del trattamento al di fuori dell'Unione Europea per nessuna ragione, in assenza di autorizzazione scritta da parte della Committente.

Qualora, in corso di esecuzione del Contratto, la Committente rilasci tale autorizzazione, e venga pertanto effettuato un trasferimento di dati personali del Titolare del trattamento al di fuori dell'Unione Europea, tale trasferimento dovrà rispettare le previsioni di cui al Regolamento UE 2016/679.

Resta inteso fra le Parti che il Fornitore dovrà garantire che i metodi di trasferimento impiegati, ivi inclusa la conformità alle clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione Europea e sulla base dei presupposti indicati nella medesima decisione consentano il mantenimento di costanti e documentabili standard di validità per tutta la durata del presente atto di nomina.

Il Fornitore è obbligato a comunicare immediatamente alla Committente Titolare il verificarsi delle seguenti fattispecie:

- a) mancato rispetto delle clausole contrattuali standard di cui sopra;

- b) qualsiasi modifica dei metodi e delle finalità di trasferimento dei dati personali della Committente all'estero.

ART.6 (Misure di sicurezza)

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

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

ART.7 (Controlli)

Il Responsabile si impegna a consentire al Titolare la verifica del rispetto del presente atto di nomina. Il Responsabile si impegna a supervisionare e controllare direttamente i soggetti da esso designati per le operazioni di trattamento. Il Responsabile riconosce al Titolare il diritto di effettuare controlli relativamente alle operazioni aventi ad oggetto il Trattamento dei dati personali ed a tal fine il Titolare, ove lo reputi opportuno, potrà disporre verifiche a campione o attività di audit avvalendosi di personale espressamente incaricato a tale scopo. Il Responsabile si impegna a mettere a disposizione in qualunque momento e dietro richiesta del Titolare del trattamento tutte le informazioni necessarie per dimostrare il rispetto degli obblighi di cui alla presente nomina e a contribuire alle attività di controllo, comprese eventuali ispezioni realizzate dal Titolare del Trattamento o altro soggetto incaricato. Tutti i controlli potranno essere effettuati periodicamente in base a metodologie concordate tra le Parti.

ART.8 (Nomina dei sub Responsabili del trattamento)

Il Responsabile del trattamento è autorizzato ricorrere, ai sensi di quanto previsto dall'art. 28 par. 4 del RGPD, ad altro soggetto (di seguito sub Responsabile del trattamento) per l'esecuzione di specifiche attività di trattamento per conto dell'Azienda, disciplinando il rapporto con atto giuridico o contratto teso a circoscrivere i rispettivi ambiti di responsabilità e facendo sottoscrivere al sub Responsabile le medesime condizioni applicate nel presente atto di nomina adottando nei confronti dello stesso gli stessi obblighi in materia di protezione di dati personali già in capo al Responsabile del trattamento e derivanti dalla sottoscrizione del presente atto di nomina.

Il Responsabile del trattamento dovrà assicurare che il sub Responsabile del trattamento offra garanzie sufficienti di affidabilità e riservatezza e metta in atto misure tecniche ed organizzative adeguate in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti del RGPD e che restituisca [*ovvero cancelli*] i dati personali oggetto dei trattamenti e le eventuali copie al termine della prestazione del servizio.

Il sub Responsabile del trattamento potrà trattare i dati personali nella misura in cui il trattamento sia strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto in essere tra le Parti ed in ogni caso nel rispetto del presente atto di nomina, restando inteso tra le Parti che il sub Responsabile sarà inoltre obbligato al rispetto delle limitazioni cui il Fornitore è tenuto.

Qualora l'eventuale sub Responsabile, esecutore del trattamento, ometta di adempiere ai propri obblighi in materia di protezione dei dati personali, il Responsabile dichiara di espressamente e garantisce di mantenere l'intera responsabilità dell'adempimento degli obblighi di tale soggetto.

Il Responsabile del trattamento dovrà trasmettere all'Azienda la denominazione del sub Responsabile del trattamento, nonché di ogni altra modifica riguardante l'aggiunta o la sostituzione con altri sub Responsabili del trattamento, dando al Titolare la possibilità di opporsi.

ART.9 (Responsabilità)

Il Responsabile del trattamento risponde per il danno causato dal trattamento se non ha adempiuto agli obblighi del RGPD specificatamente diretti al responsabile del trattamento, o ha agito in modo difforme o contrario rispetto alle istruzioni offerte dall'Azienda.

Il Responsabile del trattamento si obbliga a tenere manlevata ed indenne l'Azienda da ogni responsabilità o danno, anche nei confronti di terzi, e da qualunque somma che il Responsabile del trattamento dovesse essere condannato a pagare, derivante direttamente o indirettamente da fatti attivi o omissivi ad esso imputabili esclusivamente, commessi anche dai dipendenti e/o collaboratori che operano a vario titolo come autorizzati al trattamento dei dati, ivi inclusi i danni derivanti dalla perdita, sottrazione, deterioramento e/o distruzione dei dati trattati.

Il Responsabile del trattamento conserva nei confronti dell'Azienda l'intera responsabilità dell'adempimento degli obblighi del sub Responsabile del trattamento, qualora quest'ultimo ometta di adempiere agli obblighi in materia di protezione dei dati disciplinati nel RGPD o nel presente atto.

ART. 10 (Violazione dei dati personali c.d. *data breach*)

In eventuali casi di violazione dei dati personali consistenti nella violazione di sicurezza che comporti accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati e tali da mettere a rischio i diritti e le libertà degli individui i cui dati personali sono trattati dal Responsabile per conto del Titolare del trattamento, il Responsabile deve:

1. informare il Titolare, con comunicazione da inviarsi all'indirizzo PEC dello stesso, , tempestivamente e in ogni caso non oltre le 24 ore dalla scoperta dell'evento, di essere venuto a conoscenza di una violazione allegando alla comunicazione la scheda segnalazione evento (allegato 1. al presente atto)) recante le seguenti dettagliate informazioni:
 - la natura della violazione dei dati personali, compresi, ove possibile, le categorie e il numero approssimativo di interessati in questione, nonché le categorie e il numero approssimativo di registrazioni dei dati personali in questione;
 - il nome e i dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati o di altro punto di contatto presso il Responsabile da cui ottenere maggiori informazioni;
 - le probabili conseguenze della violazione dei dati personali;
 - le misure adottate per mitigare i rischi;

Tali informazioni, o alcune di esse, qualora non possano essere fornite contestualmente, possono essere trasmesse al Titolare in fasi successive, senza ulteriore ingiustificato ritardo.

2. fornire ove possibile assistenza al Titolare del trattamento per far fronte alla violazione e alle sue conseguenze soprattutto in capo agli interessati coinvolti;

3. attivarsi per mitigare, ove possibile, gli effetti delle violazioni proponendo tempestive azioni correttive al Titolare ed attuando tempestivamente tutte le azioni correttive approvate e/o richieste dal Titolare stesso;

ART. 11 (Valutazione di impatto sulla protezione dei dati)

Con riferimento agli artt. 35 e 36 del GDPR, il Responsabile si impegna, su richiesta, ad assistere il Titolare nelle attività necessarie all'assolvimento degli obblighi previsti dai succitati articoli, sulle base delle informazioni in proprio possesso, in ragione dei trattamenti svolti in qualità di Responsabile del trattamento, ivi incluse le informazioni relative agli eventuali trattamenti effettuati dai sub - Responsabili.

Art.12. (Restituzione e cancellazione dei dati)

In caso di cessazione del contratto/convenzione, Il Responsabile provvede, a scelta e su richiesta del Titolare, alla restituzione dei dati, comprese le eventuali copie di backup e tutta la documentazione cartacea, oppure alla integrale cancellazione/distruzione degli stessi, rilasciando in ogni caso attestazione scritta che presso di se non ne sussiste copia alcuna.

In caso di richiesta scritta del Titolare, il Responsabile è tenuto a indicare le modalità tecniche e le procedure utilizzate per la cancellazione/distruzione.

Sono fatti salvi eventuali obblighi di conservazione previsti dalla normativa, obblighi che il Responsabile è tenuto a motivare impegnandosi a non compiere sui dati conservati, e a non consentire ai propri sub-Responsabili, operazioni di trattamento per qualsivoglia ulteriore finalità.

ART.14 (Accettazione della nomina)

Con la sottoscrizione del presente atto, ai sensi dell'art.28 del Regolamento UE 2016/679, il Responsabile accetta la propria nomina, in relazione ai dati personali la cui conoscenza risulta essere indispensabile per l'adempimento delle obbligazioni di cui al Contratto in essere tra le Parti. Il Responsabile è a conoscenza degli obblighi previsti dal Regolamento UE 2016/679 e dal D.Lgs. n.196/2003 *"Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE"*, e dovrà attenersi per lo svolgimento dei compiti assegnatigli alle previsioni e ai compiti contenuti nel presente atto di nomina. La presente nomina avrà durata fino alla cessazione, per qualsivoglia motivo, del Contratto in essere tra le Parti.

L'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

Il Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari

Dott.ssa Elisabetta Lucaroni

(firmato digitalmente)

CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL

L'Amministratore Unico

Dr. Stefano Tenti

(firmato digitalmente)

Deliberazione DG n. del

**ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E
SOCIETA' ASSISI PROJECT SPA**

Acquisto prestazioni accreditate di ricovero ospedaliero e

specialistiche ambulatoriali

TRA

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

E

La **Società Assisi Project Spa**, con sede legale in Viale Carso n. 14, 00198 Roma, (C.F. e P.I.: 08531211004), di seguito denominata "Società", nella persona dal Legale rappresentante, Dott. Paolo Rosati, nato a Roma il 22 Luglio 1949, domiciliato per la carica presso la suddetta;

RICHIAMATO

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

l'art. 8 bis comma 1, in virtù del quale le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità

sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti

di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi

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

quinquies.

l'art. 8 bis comma 2, in virtù del quale i cittadini esercitano la libera scelta del luogo

di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati

definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita

prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario

nazionale.

l'art. 8 bis comma 3, in virtù del quale a realizzazione di strutture sanitarie e

l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio

sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario

nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui

all'articolo 8-ter, dell'accREDITAMENTO istituzionale di cui all'articolo 8-quater,

nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies.

l'art. 8 quater comma 1, in virtù del quale l'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato

dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che

ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di

qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione

regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

l'art. 8 quater comma 2, in virtù del quale la qualità di soggetto accreditato non

costituisce vincolo per le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale a

corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi

contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies.

	l'art.8 quinquies, comma 1, il quale prevede che le Regioni possano definire	
	l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuare i soggetti	
	interessati, definendo le responsabilità riservate alla regione e quelle attribuite alle	
	unità sanitarie locali.	
	l'art. 8 quinquies comma 2, in virtù del quale la regione e le unità sanitarie locali,	
	anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono	
	accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle	
	private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro	
	organizzazioni rappresentative a livello regionale;	
	la Legge Regione Toscana 24 febbraio 2005, n. 40 , recante “Disciplina del	
	Servizio Sanitario Regionale”, ed in particolare:	
	l'art. 29, comma 1, in virtù del quale le prestazioni erogate all'assistito nell'ambito	
	dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, sono finanziariamente a carico	
	dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione pubblica o	
	privata, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha	
	eventualmente provveduto all'erogazione, è remunerata nella misura conseguente	
	all'applicazione del sistema tariffario definito dalla regione;	
	l'art. 29, comma 3, in virtù del quale gli scambi finanziari possono avvenire in forma	
	diretta, sulla base di apposite 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, 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;	
		Pagina 83 di 201
	3	

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

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

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

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

la **Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947** “Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 1° ottobre 2016”;

la **Deliberazione Giunta Regionale del 4 agosto 2011, n. 723** “Procedure per l'applicazione della DGRT 722 del 4 Agosto 2011. Approvazione dell'adeguamento

	del Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali	
	di diagnostica strumentale e di laboratorio”;	
	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”, cosiddetta, ed in particolare l’art. 15, comma 14,	
	il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie	
	da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per	
	l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a	
	decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel	
	2011;	
	la Legge 6 agosto 2015, n. 125 , recante “Conversione in legge, con modificazioni,	
	del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78”, che all’art.9 quater comma 7 ha imposto	
	alle Regioni ed agli enti del SSN una ridefinizione dei tetti di spesa annui degli	
	erogatori privati accreditati per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, pari ad	
	un ulteriore 1% rispetto al valore soglia previsto per il 2014, portando di fatto il tetto	
	per le prestazioni di specialistica ambulatoriale al 3% rispetto all’importo sostenuto	
	nel 2011;	
	la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio	
	annuale e pluriennale dello Stato”, (legge di stabilità 2016), che all’art.1 comma	
	574, ha modificato l’art.15 c.14 del D.L.95/2012, prevedendo che le parole: «A tutti	
	i singoli contratti e a tutti i singoli accordi» fossero sostituite da: «Ai contratti e agli	
	accordi», con una conseguente applicazione del limite introdotto dalla spending	
	review non più ai singoli contratti ma all’insieme degli stessi ed una riconduzione	
	della dimensione di verifica del rispetto dei limiti normativi a livello complessivo	
	regionale piuttosto che di singola azienda;	
		Pagina 85 di 201
	5	

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

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Assisi Project Spa;
- definizione di tetti unici per soggetto erogatore privato, senza distinzione di tipologia di prestazione, casistica, complessità e provenienza paziente, che consentono il rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa vigente, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, prevedendo per la società Assisi Project Spa un importo annuo di € 19.418.561;
- 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 Assisi Project 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 Assisi Project Spa, tramite i flussi informativi specifici relativi	
	all’assistenza specialistica ambulatoriale (SPA) ed all’assistenza ospedaliera	
	(SDO);	
	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:	
	<i>“Nel bilancio preventivo 2020 delle AUSL i costi complessivi per acquisto di</i>	
	<i>prestazioni da strutture sanitarie private accreditate non potranno essere</i>	
	<i>superiori ai limiti stabiliti dalla D.G.R. n. 1220 del 8 novembre 2020 e dal</i>	
	<i>relativo allegato. Peraltro, la suddetta DGR dovrebbe essere, a breve, oggetto di</i>	
	<i>una parziale modifica, che non dovrebbe però cambiare gli importi dei tetti</i>	
	<i>economici in maniera sostanziale. Se la modifica interverrà in tempo utile per</i>	
	<i>poterne tenere conto nel bilancio preventivo, si invitano le aziende sanitarie</i>	
	<i>interessate a considerare anche tale ulteriore indicazione, ma, si ripete, sarà</i>	
	<i>comunque del tutto accettabile basare la previsione sull’atto sopra citato. Si</i>	
	<i>rammenta che i tetti economici stabiliti dalla suddetta D.G.R. per ogni</i>	
	<i>soggetto convenzionato comprendono sia le attività di ricovero che quelle</i>	
	<i>ambulatoriali (laddove il soggetto sia convenzionato per entrambe le tipologie di</i>	
	<i>prestazioni) e indipendenti dalla provenienza del paziente”;</i>	
	la Deliberazione del Direttore Generale 23 dicembre 2019, n. 1438 “Rapporti	
		Pagina 87 di 201
	7	

contrattuali tra Azienda Usl Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale - Proroga dal 1 gennaio 2020 al 30 giugno 2020”;

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. 4577 del 30 marzo 2018, per il processo medico nelle discipline di medicina generale, cardiologia, angiologia e otorinolaringoiatria, erogato nella struttura di ricovero ospedaliero San Giuseppe Hospital, ubicata a Arezzo, via Aurelio Saffi 33;

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 10195 del 7 luglio 2017, per il processo ambulatoriale nelle discipline di radiologia e cardiologia e per il processo chirurgico nelle discipline di chirurgia generale, ortopedia e traumatologia e otorinolaringoiatria, entrambi erogati nella struttura di ricovero ospedaliero San Giuseppe Hospital, ubicata a Arezzo, via Aurelio Saffi 33;

Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 10607 del 26 giugno 2019, per il processo ambulatoriale erogato nella struttura di ricovero a ciclo continuo e diurno per acuti la Casa di cura San Giuseppe Hospital, ubicata a Arezzo in via Aurelio Saffi, 33 nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione;

Che la Società si rende disponibile a garantire l’offerta della propria collaborazione, per la quantità e la qualità delle prestazioni inserite nel presente Accordo Contrattuale, afferenti ai Flussi regionali SDO e SPA, considerato che il privato convenzionato è parte integrante dell’offerta complessiva regionale e come tale oggetto di politiche di programmazione sanitaria coerenti con quelle che regolano l’erogazione dei servizi nelle strutture pubbliche a partire da un’analisi dell’offerta complessiva regionale in rapporto ai fabbisogni della popolazione residente, in conformità ai principi individuati dalla citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220;

Che le Parti, consapevoli dell’intesa tra Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale e AIOP Toscana per la redazione di uno schema di contratto unico regionale attualmente in corso di definizione, concordano nel definire la durata del presente atto dal 1 luglio 2020 al 31 dicembre 2020, in attesa del completamento dell’istruttorio regionale, precisando che qualora lo schema di contratto unico o altro analogo accordo dovesse sopravvenire in tempi anticipati rispetto a quanto previsto, il presente atto perde automaticamente efficacia per essere sostituito dalla nuova disciplina;

**TUTTO CIO’ RICHIAMATO E PREMESSO TRA LE PARTI COME SOPRA
COSTITUITE SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**

Art. 1 – PREMESSE

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

Art. 2 – OGGETTO

1. L’Azienda, in virtù del presente Accordo Contrattuale, affida alla Società, nell’ambito del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo annuo definito dalla

programmazione sanitaria regionale richiamata in premessa, l'erogazione delle seguenti prestazioni sanitarie in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda:

- prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime ordinario e diurno (ivi incluso il day surgery e la chirurgia ambulatoriale) per le seguenti discipline: chirurgia generale, ortopedia e traumatologia e otorinolaringoiatria;
- prestazioni specialistiche ambulatoriali nelle discipline di radiologia e cardiologia.

2. Il presente contratto è unico ed ha validità in ambito regionale e nazionale, in riferimento, rispettivamente alle prestazioni erogate per cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e per cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto sono eseguite presso la propria struttura, Casa di cura San Giuseppe Hospital, ubicata a Arezzo in via Aurelio Saffi, 33, individuate nel citato decreto di accreditamento istituzionale.

2. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte da personale qualificato, in possesso dei requisiti di legge e adeguatamente formato, che opera nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale, senza determinare situazioni di incompatibilità previste dalla normativa nazionale e regionale vigente.

3. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte, 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.

4. La Società assicura che l'erogazione delle prestazioni di cui presente Accordo contrattuale avviene in conformità al Piano di prevenzione e contenimento del contagio da Coronavirus da essa predisposta e depositato agli atti dell'Azienda.

Art. 4 – PRESTAZIONI E VOLUMI DI ATTIVITA'

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

2. Per i cittadini residenti nel territorio di propria competenza, l'Azienda acquisisce prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, ordinario e diurno, secondo l'elenco **Allegato 2** al presente Accordo contrattuale a costituirne parte integrante e sostanziale.

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

4. Per motivi di sicurezza e nel rispetto dei requisiti di appropriatezza, la Società riconosce come esclusi dalla propria attività complessiva i Drg's inseriti nell'Allegato 2 al presente Accordo, quale parte integrante e sostanziale.

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

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

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

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

9.	La Società dichiara che, per capacità produttiva, è in grado di garantire il soddisfacimento del fabbisogno manifestato dall’Azienda, per ciascuna delle attività oggetto del presente Accordo contrattuale.	
10.	L’Azienda si riserva la facoltà di rimodulare, in accordo con la Società, 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.	
11.	La Società si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione concordata allegata al presente atto e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute in corso d’anno, concordate con l’Azienda.	
	Art. 5 – TETTI ECONOMICI	
1.	La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale entro un tetto di spesa unico ed omnicomprensivo annuo massimo pari a € 19.299.875, corrispondente al limite individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, revisionato per esigenze aziendali in relazione all’anno 2020, il quale consente il rispetto, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, dei vincoli economici stabiliti dalla normativa vigente, richiamati nelle premesse. L’articolazione complessiva del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo annuo di cui al presente articolo è rappresentata nell’ Allegato 1 al presente atto, quale parte integrante e sostanziale.	
2.	Per i cittadini residenti nell’ambito territoriale dell’Azienda, la Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale, per una quota pari a € 5.770.349 , in favore del soddisfacimento del proprio fabbisogno, rilevato in base all’analisi dei tempi di attesa per l’attività di ricovero e specialistica ambulatoriale e della mobilità sanitaria passiva per l’attività di ricovero, infra ed extra-regionale, di cui € 4.779.741 per prestazioni di ricovero e €	
		Pagina 93 di 201

990.609 per prestazioni specialistiche ambulatoriali. I sotto tetti di spesa individuati sono a loro volta articolati secondo la valorizzazione economica per singola disciplina per le attività di ricovero e per tipologia di prestazione per le attività di specialistica ambulatoriale, come rappresentato nell' **Allegato 2** al presente Accordo, a costituirne parte integrante e sostanziale. Le Parti danno atto della possibilità di rinnovo degli Accordi contrattuali di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 371 del 23 marzo 2020 – Repertorio aziendale n. 2057 del 14 maggio 2020 e alla Deliberazione del Direttore Generale n. 424 del 7 aprile 2020 – Repertorio aziendale n. 2059 del 14 maggio 2020, per gli aspetti relativi alle attività di Cure Intermedie e Riabilitazione extra-ospedaliera in regime residenziale a decorrere dal 1 agosto 2020. A tal fine l'Allegato 1 indicata le modalità di finanziamento delle attività in oggetto.

3. La Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale per una quota pari a € **1.065.748**, di cui € **1.044.964** per prestazioni di ricovero e € **20.784** per prestazioni specialistiche ambulatoriali per far fronte ad eventuali richieste di ricovero provenienti da cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana, con particolare riferimento alle aree territoriali di confine.

4. La Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale, per una quota pari a € **12.463.777**, all'erogazione di prestazioni sanitarie in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie fuori regione, di cui € **12.451.777** per prestazioni di ricovero e € **12.000** per prestazioni specialistiche ambulatoriali. Le Parti danno atto che il tetto di spesa annuo destinato alla presa in carico di utenti provenienti da altre regioni di cui al presente comma è stato utilizzato, in quota, per finanziare l'attività congiunta

erogata durante lo stato di emergenza conseguente al contagio da Coronavirus, e quindi fino al 31 luglio 2020, in virtù degli Accordi contrattuali di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 371 del 23 marzo 2020 – Repertorio aziendale n. 2057 del 14 maggio 2020 e alla Deliberazione del Direttore Generale n. 424 del 7 aprile 2020 – Repertorio aziendale n. 2059 del 14 maggio 2020.

5. Le Parti prendono atto che per le prestazioni specialistiche ambulatoriale, di cui al Flusso SPA, la valorizzazione è da intendersi al lordo della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino (la quota ricetta non è inclusa nei sotto-tetti di spesa individuati).

6. Eventuali modifiche alla programmazione di cui al presente articolo, determinate da esigenze della Società non programmate, potranno essere rese operative ad invarianza di spesa, a seguito di espresso accordo tra le parti, da conseguire tramite reciproco scambio di corrispondenza.

7. La programmazione concordata tra le Parti è sottoposta a verifica in corso d'anno alle seguenti date: 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre. A tal fine la U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari provvede alla elaborazione di apposito report trimestrale, da sottoporre all'attenzione della Società, contenente le percentuali di utilizzo dei sotto-tetti di spesa. Ciò al fine di assicurare il rispetto del budget complessivo annuale e, in particolare, dei livelli di spesa previsti per i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

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

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

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

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

11. La Società si impegna a dare tempestiva comunicazione all'Azienda di eventuali scostamenti rispetto all'attività programmata nel corso dei vari mesi dell'anno, al fine di una puntuale nuova programmazione e negoziazione delle attività nell'ambito del tetto unico ed omnicomprensivo annuo.

12. La Società si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di programmazione aziendale, regionale e nazionale relative alle variazioni dei tetto unico ed omnicomprensivo annuo, di cui al presente articolo.

Art. 6 – TARIFFE

1. La Società accetta il sistema di tariffazione con DRGs previsto per l'attività di ricovero ospedaliero e il sistema di tariffazione di cui al nomenclatore tariffario

regionale previsto per l'attività specialistica ambulatoriale. Qualora le tariffe previste da detti sistemi siano superati dal legislatore nel corso di vigenza del presente Accordo contrattuale, si procede ad una revisione delle tariffe di cui al presente articolo, in conformità alle nuove disposizioni.

2. Le tariffe per le prestazioni di ricovero ospedaliero sono contenute nella citata Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947 – Tabelle B 2° Livello tariffario - Tariffe massime da applicare sul territorio regionale per i presidi di ricovero che operano in regime di elezione programmata. Esse s'intendono comprensive di tutti i costi sostenuti per la produzione delle singole prestazioni di ricovero, ivi compresi gli oneri relativi alle endoprotesi, agli impianti protesici, ortesici ed ausiliari utilizzati per le prestazioni di ricovero ed alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, quando correlate ad un episodio di ricovero (preospedalizzazione e controlli post-ricovero). Per quest'ultima precisazione le prestazioni ambulatoriali erogate durante gli episodi di ricovero non sono inserite nel flusso informativo SPA. Per quest'ultima precisazione le prestazioni ambulatoriali erogate durante gli episodi di ricovero sono inserite nel Flusso Spa al campo 14 Accesso – cod. 05 pre-ricovero e 07 post ricovero, con posizione rispetto alla compensazione pari a 0.

3. Le tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono contenute nella citata Deliberazione Giunta Regionale del 4 agosto 2011, n.723. A dette prestazioni si applica la normativa vigente in materia di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente, comprensiva di ticket e di quota ricetta, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 24 maggio 2004, n. 493 e ss.mm.ii. La riscossione dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) e quota ricetta) da parte del cittadino può avvenire presso la sede della Società. Qualora sia

attuata detta 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. Trattandosi di prestazioni di ricovero e cura le stesse ricadono nel regime di esenzione IVA ai sensi dell'Art. 10 del DPR 26 ottobre 1972, n. 633.

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

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

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

a. prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di convenzione, con onere a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, erogate con personale medico dipendente e/o strutturato nella Società, senza alcun onere a carico del cittadino escluso eventuale miglioramento alberghiero;

b. prestazioni di ricovero ospedaliero con onere totale a carico del cittadino;

c. prestazioni di ricovero ospedaliero con onere ripartito fra il Servizio Sanitario Nazionale e il cittadino (nella misura definita dai provvedimenti regionali che stabiliscono le tariffe per le prestazioni di ricovero), nel caso che questi scelga di avvalersi di personale medico dipendente della Società, operante in regime libero professionale, così come disciplinato dalla Deliberazione Giunta regionale 19 marzo 2001, n. 283 recante "Esercizio di attività libero professionale nelle istituzioni sanitarie private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale" e successive modifiche ed integrazioni.

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

- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera a) nulla è dovuto dal cittadino al personale medico messo a disposizione dalla Società;
- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera b) nulla è dovuto dal Servizio Sanitario Nazionale né al cittadino, a titolo di rimborso o altro, né alla Società;
- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera c), il Servizio Sanitario Nazionale si assume solamente l'onere previsto dai provvedimenti regionali, rimanendo a completo e totale carico del cittadino l'onorario del personale che agisce in regime di libera professione ed eventuali altre spese.

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

5. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, in applicazione delle Deliberazione Giunta regionale del 20 luglio 2009, n. 638 "Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi d'attesa, in regime istituzionale sia ordinario che libero professionale. Tutela di diritto d'accesso all'assistito", l'accesso avviene tramite Registro di Prenotazione unico degli interventi chirurgici programmabili in regime ospedaliero e in conformità al Regolamento aziendale di gestione unica delle liste di attesa. Ciò al fine di assicurare un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche, indipendentemente dalla modalità scelta dall'assistito.

6. La Società si impegna ad adeguare le proprie modalità organizzative a quanto contenuto nel Regolamento aziendale di gestione unica delle liste di attesa. A tal fine la Società si impegna a comunicare le disponibilità di sedute operatorie programmate, tenuto conto del tetto economico di attività.

7. Nella predisposizione degli atti regolamentari del Registro di Prenotazione unico degli interventi chirurgici programmabili da parte dell'Azienda, quest'ultima, si impegna ad attivare uno specifico tavolo di raccordo per verificarne le compatibilità sanitarie, organizzative, amministrative e tecniche. Pertanto quanto previsto nei precedenti comma 5 e 6 sarà attuato successivamente alla sottoscrizione di un documento in cui siano concordate tali compatibilità

Art. 8 – MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

1. Le prestazioni sono prenotate 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.

2. L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per tutte le tipologie di utenti avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata Cup aziendale. La Società si impegna a comunicare/inserire la propria offerta.

3. Con l'inserimento della propria offerta nella procedura informatizzata Cup aziendale, l'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività. Qualsiasi variazione di palinsesto dovrà essere concordato con l'Azienda. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende da parte della Società.

4. Premesso che l'offerta di prestazioni ambulatoriali viene erogata previa programmazione di agende informatizzate Cup, la Società s'impegna comunque a provvedere alle attività di registrazione amministrativa della prestazione, in particolare per quanto riguarda la conferma dell'avvenuta erogazione. La non corretta registrazione dell'avvenuta erogazione di una prestazione comporta la sospensione del relativo pagamento.

Art. 9 – FLUSSI INFORMATIVI

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

2. Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, con l'inserimento dell'offerta della Società nel sistema CUP aziendale, la generazione dei flussi regionali avviene tramite il sistema informatico dell'Azienda. L'Azienda, tramite Estar, estrae i flussi

informativi dell'attività resa dalla Società entro il giorno 5 di ogni mese, successivo alla chiusura del mese di riferimento.

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 regionali ed extra-regionali. L'Azienda si riserva di rivalersi sulla Società, qualora questa non ottemperi agli adempimenti previsti in materia di flussi informativi.

4. La Società si impegna a modificare i flussi informativi regionali delle prestazioni di ricovero ospedaliero, mediante inserimento nella procedura Web Gauss, a seguito dei controlli sanitari, entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo. Per l'ultimo trimestre tutte le rettifiche devono essere consolidate entro il termine di chiusura del flusso SDO.

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

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

Art. 10 – FATTURAZIONE

- residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Per i residenti in altre regioni, è necessario allegare e conservare in cartella clinica copia fotostatica della tessera sanitaria a disposizione dell'Azienda per eventuali controlli;
 - residenti in stati membri dell'Unione Europea, i cui oneri sono registrati al conto economico dei residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Al fine di ottenere la liquidazione delle competenze dovute, la Società è tenuta ad inviare la documentazione necessaria per la richiesta di rimborso allo Stato di origine, con riferimento al Modello E112 o tessera sanitaria europea. La mancata trasmissione della modulistica europea comporta la sospensione del pagamento della relativa prestazione.
 - residenti all'estero in stati con i quali sussistono accordi di reciprocità nella presa in carico dell'utente, i cui oneri sono registrati al conto economico dei residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Al fine di ottenere la liquidazione delle competenze dovute, la Società è tenuta a trasmettere la documentazione necessaria affinché l'Azienda possa procedere alle richieste di rimborso. In considerazione della variabilità delle procedure internazionali di rimborso, l'Azienda provvede a comunicare la specifica documentazione necessaria ai fini del rimborso. La mancata trasmissione della documentazione sopra citata comporta la sospensione del pagamento della relativa prestazione.
4. La Società si impegna ad inviare contestualmente all'invio della fattura elettronica, la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi. In particolare dovrà essere trasmesso il Tabulato riepilogativo delle degenze, con l'indicazione dei seguenti elementi: numero della scheda di dimissione ospedaliera; cognome e nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale dell'utente;

durata del ricovero, data di ingresso e data delle dimissioni; Drg di riferimento con relativo importo; onere del ricovero. La trasmissione del Tabulato riepilogativo avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 12.

5. In particolare, per le note di credito-fatture relative a verbali di controllo sanitari, il Tabulato riepilogativo allegato alla fattura dovrà contenere le seguenti informazioni aggiuntive: Drg e importo drg precedente al controllo; differenza importo tra Drg precedente al controllo e verbale; numero e data del verbale.

6. La Società si impegna ad inviare mensilmente all'Azienda la ricevuta di invio dati prodotta dalla procedura Web Gauss, per riscontro degli importi fatturati.

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

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

b) Fatturazione prestazioni specialistiche ambulatoriali

9. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è “*negoziato al lordo*” 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. Sono articolate e redatte sulla base dell'azienda sanitaria di residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine:

- residenti nell'Azienda, suddivisi per zone. In ogni fattura elettronica, o in una tabella riassuntiva allegata elettronicamente alla stessa, deve essere chiaramente indicato l'importo di spesa di ogni zona-distretto, al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa. A tal fine si indicano i codici di ciascuna Zona-distretto da utilizzare in sede di redazione della fattura: Zona Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana: R; Zona Amiata senese e Val d'Orcia, Valdichiana senese: P; Zona Aretina, Casentino, Valtiberina: Q; Zona dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana Aretina: G; Zona delle Colline dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona Senese: D.

- residenti in altre aziende della Regione Toscana;

- residenti in aziende sanitarie di altre regioni.

10. La Società si impegna ad inviare contestualmente all'invio della fattura la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi. In particolare dovranno essere trasmessi i Tabulati riepilogativi delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, con l'indicazione dei seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda USL di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; branca specialistica; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato; eventuali codici di esenzione; riepilogo da cui risulti il totale dei ticket e l'importo complessivo della quota ricetta riscossi, relativi al periodo, per ciascuna fattura emessa. La trasmissione del Tabulato riepilogativo avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 12.

11. La Società si impegna ad inviare all'Azienda copia delle prescrizioni mediche, su supporto informatico, per approfondimenti dei controlli amministrativi, con il

timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta. Qualora l'accesso alla prestazione specialistica sia avvenuto tramite ricetta dematerializzata, la copia della ricetta è sostituita dalla stampa della prenotazione, facendo firmare quest'ultima all'utente. La stampa della prenotazioni è disposta a cura della Società secondo le seguenti modalità: tramite accesso alla procedura di prenotazione Cup web oppure dal sito di Ausl Tse: <https://www.uslsudest.toscana.it/cosa-fare-per/prenotare-visite-ed-esami/ambito-aretino/ristampare-e-annullare-prenotazione-area-aretina>. La trasmissione della Documentazione sanitaria inerente le prestazioni specialistiche ambulatoriali avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 12.

12. 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 il portale AlfrescoShare dell'Azienda, dove è possibile accedere ad una cartella riservata in favore della Società per caricare la documentazione. La Società assicura l'inserimento dei file zippati, protetti da password avente le seguenti caratteristiche: lunghezza di almeno 8 caratteri con almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale. Il file è nominato con la seguente struttura: mese_anno_nome istituto_note (es. 01_2020_IstitutoXXX_ricoveri), dove il mese è quello corrispondente alla competenza della fatturazione. La Società è tenuta inoltre a comunicare i riferimenti della persona da autorizzare per accedere al portale, con riferimento a: nome e cognome; codice fiscale; email (per invio segnalazioni, recupero password, ecc.).

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

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

Art. 11 – PAGAMENTI

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

2. Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, la Società provvede a riversare all'Azienda gli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente (ticket) e a titolo di quota ricetta, di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda. Per ciascuna causale è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni ambulatoriali erogate. Per riversare correttamente gli importi in argomento, la Società si uniforma alle procedure aziendali vigenti, a tal fine rese note dagli Uffici competenti. L'Azienda provvede ad effettuare, in via ordinaria, periodici controlli sui valori riversati dalla Società. Qualora siano rilevate anomalie, la Società è tenuta a regolarizzare la propria posizione. Il meccanismo del riversamento degli importi in oggetto è superato nel momento in cui l'Azienda fornisce la Società di apposito poss per il pagamento

senza contanti, da utilizzare in base ad indicazioni fornite dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie.

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

4. Ai sensi di quanto previsto dalla determinazione ex AVCP (ora ANAC) n. 4 del 7 luglio 2011, le prestazioni sanitarie oggetto del presente Accordo contrattuale non sono soggette agli obblighi di tracciabilità di cui all'art. 3, comma 1, Legge 13 agosto 2010, n. 136, pertanto non è previsto il codice identificativo di gara (CIG). Sono fatte salve diverse disposizioni normative o interpretative che dovessero intervenire nel periodo di vigenza contrattuale. La Società si impegna, in ogni caso, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva, i cui riferimenti sono comunicati all'Azienda tramite dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 resa dal titolare o legale rappresentante, redatta su apposito Modulo aziendale, che riferisce anche in merito alle generalità ed al codice fiscale delle persone delegate ad operare sul conto corrente dedicato. La Società si impegna a comunicare eventuali modifiche dovessero intervenire in merito alla dichiarazione sostitutiva resa. Tutti i movimenti finanziari relativi al presente Accordo sono registrati sul conto corrente dedicato ed effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la tracciabilità delle operazioni.

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. 12 – CONTROLLI AMMINISTRATIVI

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

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

- per le prestazioni di ricovero, tramite la ricevuta di invio dati prodotta dalla procedura Web Gauss e copia delle prescrizioni mediche di richiesta dei ricoveri ospedalieri, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda;
- per le prestazioni ambulatoriali, tramite copia delle prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta o tramite la stampa della prenotazioni firmata dall'utente in caso di ricetta dematerializzata.

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

4. Per la mensilità di dicembre, le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto dei tetti economici massimi previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e in altre regioni.

recuperare gli importi dovuti, con azione di rivalsa sul pagamento delle fatture giacenti, di spettanza della Società non ancora poste in liquidazione.

Art. 13 – CONTROLLI SANITARI

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

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

3. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari redige un verbale di verifica in base al quale la Società è tenuta ad emettere nota di credito per gli importi relativi alle prestazioni ritenute non appropriate ed adeguare, di conseguenza, il flusso informativo regionale SDO o SPA. La Società emette nota di credito entro 10 giorni dalla richiesta, trascorsi inutilmente i quali l'Azienda 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. L'Azienda si riserva di rescindere l'Accordo contrattuale qualora dai sopralluoghi effettuati, da qualsiasi organo di vigilanza, ai sensi delle normative vigenti emergano irregolarità relative ai requisiti richiesti dalle normative o qualora la Società non ottemperi ad eventuali prescrizioni ricevute.

6. La Società è sottoposta ai controlli esterni per la verifica dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni sanitarie erogate da parte del Team di Area Vasta, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale del 18 febbraio 2019, n.188, recante "DGR 1331/2016: approvazione Piano Annuale dei Controlli di appropriatezza e qualità cartella clinica-Sdo anni 2019-2020". L'attività oggetto di controllo è prevalentemente quella di ricovero a carico totale o parziale del Servizio Sanitario Nazionale, ma possono essere previsti, se necessario, anche controlli sulle prestazioni ambulatoriali. In caso di rilievi, la Società provvede alla rettifica dei codici di diagnosi e procedure/interventi e al reinvio del file corretto (attraverso la procedura Gauss), entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo. Per l'ultimo trimestre tutte le rettifiche devono essere consolidate entro il termine di chiusura del flusso SDO.

7. Qualora in sede di controllo dell'attività da parte del Nucleo Operativo Controlli Sanitari istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 480 del 17 aprile 2019 si determini un diverso esito rispetto alle valutazioni operante dal Team di Area Vasta in attuazione della Deliberazione Giunta regionale del 18 febbraio 2019, n.188, è data prevalenza alla valutazione svolta dal Team.

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

9. La Società si impegna ad eseguire controlli interni sulle proprie prestazioni di ricovero, in attuazione delle Deliberazioni Giunta regionale del 29 ottobre 2013, n. 877 "Indicazioni sul sistema di controllo delle cartelle cliniche in attuazione del DPCM 10/12/2009". Revoca DGR 697/2011" e del 9 dicembre 2014, n. 1140 "DGR 1163/2011 e DGR 877/2013: aggiornamento delle soglie minime di ammissibilità in regime di ricovero diurno dei Drg chirurgici e medici ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario e revisione delle modalità di calcolo del numero delle cartelle cliniche da controllare", con le quali si forniscono indicazioni in merito al sistema di controllo delle cartelle cliniche in attuazione del D.P.C.M. 10 dicembre 2009 e dove vengono indicate le soglie minime di ammissibilità in regime di ricovero diurno dei Drg medici e chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario e le modalità di calcolo del numero di cartelle da controllare per i Drg medici e chirurgici.

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

Art. 14 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE DEL SSN

1. La Società prende atto del principio di unicità del rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale sancito dall'art. 4, comma 7 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, che rende il personale dipendente e convenzionato incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente o di natura convenzionale con altri soggetti,

incluse le strutture private convenzionate con il medesimo Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso. Inoltre, l'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale prevista dalla normativa vigente è esclusa in strutture private convenzionate con il medesimo Servizio sanitario nazionale, come ribadito anche dall'art. 1, comma 5, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662.

2. La Società prende altresì atto che la disciplina in materia di prevenzione della corruzione di cui alla Legge 8 novembre 2012, n. 190 ha inserito nell'art. 53, comma 16 ter del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, un vincolo per tutti i dipendenti, che, negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle Pubblica Amministrazione, di non poter svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

3. Tenuto conto della normativa vigente in materia di incompatibilità del personale del Servizio Sanitario Nazionale, la Società si impegna a non utilizzare personale incompatibile per l'erogazione delle prestazioni di cui al presente atto e a documentare lo stato del proprio organico a regime, con il quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente, mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva scritta, resa da soggetti comunque operanti nella propria struttura, dalla quale risulti la situazione lavorativa degli stessi e a darne comunicazione

all'Azienda alla data di stipula del presente Accordo contrattuale e successivamente entro il 31 gennaio di ogni anno.

4. La Società prende atto che l'accertata insussistenza della capacità di garantire le proprie prestazioni con personale incompatibile comporta la revoca dell'accreditamento e la risoluzione del presente Accordo contrattuale, con facoltà per l'Azienda 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. 15 – 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. La Società si impegna a dare adeguata pubblicità agli utenti della Carta dei Servizi.

Art. 16 – 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 come le eventuali scelte libero professionali ed il maggior comfort alberghiero.

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 Toscana.		
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. 17 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI		
1. Con la sottoscrizione del presente Accordo Contrattuale, l'Azienda nomina la		
Società quale Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento		
Generale sulla Protezione dei Dati (di seguito RGPD) per le operazioni di		
trattamento sui dati personali di cui l'Azienda è Titolare e di cui il Responsabile		
entra in possesso o a cui ha comunque accesso, nell'esecuzione delle attività oggetto		
del presente e dei compiti affidati ai sensi del contratto in essere tra le Parti		
2. Le Parti disciplinano il trattamento dei dati tramite apposito contratto vincolante		
per il Responsabile, che individua la materia del trattamento, la durata, la natura e la		
finalità, il tipo di dati personali trattati e le categorie di interessati, gli obblighi e i		
diritti del Titolare del trattamento, come da schema allegato al presente atto, a		
costituirne parte integrante e sostanziale (Allegato 4).		
2. La Società si impegna espressamente a non effettuare operazioni di		
comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti		
terzi diversi dall'Azienda oltre quelli indicati dal presente Accordo, non rientrando		
tali operazioni tra quelle affidate alla Società.		
3. I dati relativi ai soggetti che svolgono le attività di cui al presente Accordo ed a		
		Pagina 117 di 201
	37	

quelli che effettuano attività funzionali alla gestione amministrativa del rapporto convenzionale, saranno trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, adeguatezza, pertinenza e necessità di cui all'art.5, paragrafo 1 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR 679/2016). Le parti si danno reciprocamente atto che le persone che agiscono per loro conto sono state informate sull'utilizzo dei propri dati personali.

Art. 18 – RESPONSABILITA'

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

2. 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. 19 – RECESSO

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

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

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

Art. 20 – PENALITA' E RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

1. Eventuali inadempienze al presente Accordo contrattuale sono 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. In caso di non accoglimento delle controdeduzioni da parte dell'Azienda, il competente Ufficio aziendale procederà all'applicazione delle penalità commisurate al danno arrecato e graduate, in base alla gravità della violazione, da un minimo di € 400,00 ad un massimo di € 1.000,00 anche tramite compensazione con quanto dovuto alla Struttura per le prestazioni rese.

3. L'applicazione delle penali previste dal presente articolo non preclude il diritto dell'Azienda a richiedere il risarcimento degli eventuali danni derivanti dalla mancata o non conforme attività dovuta ai sensi del presente accordo. La richiesta e/o il pagamento delle penali di cui al presente articolo non costituisce esonero in alcun caso per la Struttura dall'adempimento dell'obbligazione per la quale è inadempiente e che ha fatto sorgere l'obbligo di pagamento della medesima penale.

4. 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. 21 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

1. Il presente Accordo contrattuale 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 Accordo;
- in caso di riscontrati inadeguati livelli quali-quantitativi del servizio (con obbligo della Struttura di garantire la continuità del servizio nel rispetto di tutte le obbligazioni nascenti dal contratto) e di gravi e ripetuti ed irrisolti disservizi,

condizioni. Qualora durante detto periodo intervenga la revisione della Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220 o lo schema di contratto unico regionale, come accennato nelle premesse, oppure entrambi contestualmente, il presente atto decade per essere sostituito dalla nuova disciplina.

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, inclusa la revisione del tetto di spesa di cui alla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, disposta per l'anno 2020 per esigenze aziendali. Il rinnovo è formalizzazione con atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda.

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

4. I contenuti organizzativi ed economici del presente atto possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle Parti. Le eventuali modifiche all'Accordo contrattuale possono essere disposte mediante accordi integrativi, da approvare con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda.

5. 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, previa deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda.

Art. 24 – TRASPARENZA ED INTEGRITÀ

1. La Società dichiara di aver preso visione del codice etico dell'Azienda approvato

	con Deliberazione del Direttore Generale n. 1234 del 10 novembre 2016 e di	
	accettarne il contenuto per quanto applicabile e condividerne i principi.	
	2. La Società è consapevole, accetta ed autorizza l’Azienda alla pubblicazione	
	integrale del presente Accordo contrattuale e di tutti gli allegati sul portale della	
	trasparenza dell’Azienda nonché alla pubblicazione dei dati previsti dalla vigente	
	normativa. Si impegna altresì al rispetto delle vigenti disposizioni in materia di	
	trasparenza per la parte di competenza.	
	Art. 25 – 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 € 240. 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. 26 – REPERTORIO	
	1. Il presente Accordo contrattuale viene stipulato in forma di scrittura privata non	
	autenticata, secondo le regole della sottoscrizione digitale, con firma elettronica.	
		Pagina 123 di 201
	43	

2. Il presente Accordo contrattuale consta di n. 26 articoli, n. 44 pagine e n. 4 allegati, ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

3. Il presente atto, sottoscritto tra le parti, è trasmesso in copia alla Direzione regionale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale.

Letto, firmato e sottoscritto

Il Legale Rappresentante

Il Direttore U.O.C. PA e TS

Assisi Project Spa

Azienda UsI Toscana Sud Est

(Dott. Paolo Rosati)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

Il Legale Rappresentante

Il Direttore U.O.C. PA e TS

Assisi Project Spa

Azienda UsI Toscana Sud Est

(Dott. Paolo Rosati)

(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

ALLEGATO 1 - PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2020					
ASSISI PROJECT SPA					
VOLUMI ECONOMICI					
CONTO ECONOMICO		DESCRIZIONE ATTIVITA'		TETTO DI SPESA	
RESIDENTI AUSL TOSCANA SUD EST					
80200600	Attività di ricovero residenti Ausl Toscana Sud Est		4.779.741		
80200260	Attività specialistica e diagnostica residenti Ausl Toscana Sud Est		990.609		
	TOTALE		5.770.349		
RESIDENTI RESIDENTI TOSCANI					
80200601	Attività di ricovero residenti Regione Toscana		1.044.964		
80200261	Attività specialistica e diagnostica residenti Regione Toscana		20.784		
	TOTALE		1.065.748		
RESIDENTI RESIDENTI EXTRA REGIONE					
80200630	Attività di ricovero residenti extra-regione		12.570.464		
80200630	Attività di ricovero di alta complessità residenti extra-regione DI CUI		10.570.464		
80200630	Attività di ricovero di bassa complessità residenti extra-regione DI CUI		2.000.000		
80200290	Attività specialistica e diagnostica residenti extra-regione		12.000		
	TOTALE		12.463.777		
TOTALE COMPLESSIVO			19.299.875		
I tetti di spesa sopra individuati costituiscono limiti massimi, come stabilito dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220. L'Azienda Usl Toscana Sud Est può definire importi anche inferiori rispetto a quelli valorizzati dal citato atto di programmazione regionale, motivando l'eventuale proposta di riduzione					
A seguito di revisione della Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, prevista nel corso del 2020, la presente programmazione economica è rivista in conformità ai nuovi indirizzi regionali, al fine di adeguarsi alla rideterminazione dei tetti di spesa					
E' prevista la possibilità di compensare le risorse tra le attività di ricovero e le attività specialistiche, a fronte di un fabbisogno rilevato, sia ad iniziativa della Ausl Toscana Sud Est che da parte delle Case di Cura convenzionate, nell'ambito del tetto di spesa complessivo previsto per ogni tipologia di utenti, previo specifico accordo da realizzare tramite scambio di posta elettronica, come avviene per prassi consolidata					

118.687	1.881.313
---------	-----------

Riduzione per finanziamento altre Strutture sanitarie accreditate convenzionate

ALLEGATO 1 - PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2020				
ASSISI PROJECT SPA				
TIPOLOGIE DI ATTIVITA' PER RESIDENTI AUSL TOSCANA SUD EST				
ATTIVITA DI RICOVERO				
Progetto speciale "Percorso integrato liste di attesa chirurgiche"		TARIFFA	VOLUME AA. 2020	COSTO
Drg 162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	€ 1.168	15	€ 17.520
Drg 119	Legatura e stripping di vene	€ 1.402	130	€ 182.260
Drg 055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	€ 1.485	20	€ 29.700
Drg 056	Rinoplastica	€ 2.573	20	€ 51.460
				€ 280.940
Modalità di accesso aggiuntiva rispetto all'accesso diretto previsto dall'Art.7. Qualora l'Azienda non realizzi tale modalità, la Società può utilizzare le medesime risorse tramite accesso diretto				
PRINCIPALI DRG 'S finalizzati al recupero di mobilità sanitaria passiva				
Possibilità effettuare ricoveri per DRG diversi da quelli indicati in misura non superiore al 10% del totale complessivo				
Elasticità nel consumo dei tetti previsti per l'ortopedia e la chirurgia generale				
MEDICINA GENERALE				€ 150.000
Dimissioni da Pronto soccorso - Remunerazione in base a tariffa Drg e registrazione nel flusso regionale SDO - Percorso DA DEFINIRE (in attesa risorse destinate ad attività di chirurgia generale) - DAL 01.08.2020 DA DESTINARE A RINNOVO ACCORDI CONTRATTUALI REPERTORIO N. 2058/2020 E N. 2059/2020 (CURE INTERMEDIE E RIABILITAZIONE EXTRA-OSPEDALIERA RESIDENZIALE)				
ORTOPEDIA PROTESICA				€ 3.640.000
Drg 491 Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori Drg 499 Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC Drg 500 Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC Drg 544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori Drg 545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio				
ORTOPEDIA NON PROTESICA				€ 306.080
Drg 211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni, senza cc Drg 223 Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con c Drg 224 Interventi maggiori su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni Drg 225 Interventi su piede Drg 503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione Drg 538 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC				
CHIRURGIA GENERALE				€ 402.721
Drg 060 Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni Drg 158 Interventi su ano e stoma senza CC Drg 160 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc Drg 161 Ernia inguinale e femorale con cc Drg 162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc Drg 227 Interventi sui tessuti molli senza CC Drg 261 Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale Drg 288 Interventi per obesità (eccetto bariatrica) Drg 290 Interventi sulla tiroide (da escludere da queste tutta la patologia tumorale che rientra sempre nello stesso drg) Drg 359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC Drg 439 Trapianti di pelle per traumatismo				
RIABILITAZIONE				#RIF!
MDC 08 Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (in attesa risorse destinate ad attività di ortopedia protesica) - DAL 01.08.2020 DA DESTINARE A RINNOVO ACCORDI CONTRATTUALI REPERTORIO N. 2058/2020 E N. 2059/2020 (CURE INTERMEDIE E RIABILITAZIONE EXTRA-OSPEDALIERA RESIDENZIALE)				
ATTIVITA' AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA				
PRESTAZIONE	TARIFFA MEDIA	VOLUME AA. 2020	VOLUME SETT/MEDIO	COSTO
VISITA CARDIOLOGICA	22	1200	25	€ 26.400
CONSULENZA CARDIOLOGICA	65	624	13	€ 40.560
ECD CARDIACO	60	864	18	€ 51.840
HOLTER CARDIACO	62	288	6	€ 17.856
ECG DA SFORZO CICLOERGOM.	56	288	6	€ 16.128
ECO-INTERNISTICA	47	10704	223	€ 503.088
ECO-PRO_TRANSRETTALE	50	144	3	€ 7.200
ECD-DIVA	50	3552	74	€ 177.600
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	125	288	6	€ 36.000
VISITA ORTOPEDICA	22	720	15	€ 15.840
CHI-AMBU. INTERV. MINORI	290	192	4	€ 55.680
EMG	88	480	10	€ 42.417
				€ 990.609

PROPOSTA DI PERCORSO CHIRURGICO INTEGRATO FRA AZIENDA USL TOSCANA SUDEST E PRIVATO ACCREDITATO – Presidio Ospedaliero “Ospedali Riuniti dell'Aretino”

1. Obiettivo del progetto

L'obiettivo del progetto è aumentare l'offerta chirurgica per i cittadini residenti nell'area vasta sud est integrando l'attività della struttura pubblica con quella privata garantendo il rispetto dei tempi di attesa per patologia non oncologica.

Il progetto vuole creare un percorso unico nella gestione delle liste di attesa garantendo al cittadino, quale sia l'ambito che ha determinato la proposta di intervento (pubblico, privato, libera professione intramoenia), il rispetto dei tempi di attesa previsti per patologia e la prossimità del luogo di cura.

Il prerequisito per l'attuazione di un percorso integrato è l'utilizzo di un'unica procedura informatizzata di gestione del percorso chirurgico. In attesa di definire la possibilità di installazione nelle postazioni di lavoro delle case di cura private accreditate della procedura informatizzata in uso presso l'azienda Usl Sudest, la procedura informatizzata verrà gestita dagli operatori dell'Azienda Usl Sudest nelle postazioni UPC identificate.

2. Termini e sigle

- UPC: ufficio di programmazione chirurgica
- RO: registro operatorio

3. Fasi del processo

3.1 Arruolamento

Il Chirurgo a seguito della visita chirurgica che può essere effettuata sia in regime istituzionale/intramoenia che in convenzione con le strutture private accreditate (*“da valutare l'apertura di apposite visite per percorso chirurgico”*) compila la proposta di intervento (modulistica Aziendale).

ARRUOLAMENTO	Vantaggi /opportunità	Svantaggi/problematiche
Arruolamento esclusivo da struttura pubblica	<ul style="list-style-type: none">- nessun cambiamento per la fase di arruolamento (facilità di gestione)• percorso gestito interamente nella struttura pubblica• l'utente non deve spostarsi dalla struttura di arruolamento per consegnare la proposta• L'UPC provinciale gestisce interamente la fase di inserimento della proposta e l'organizzazione del percorso	<ul style="list-style-type: none">- ridotta capacità di gestire la domanda che transita nel privato (che per piccoli interventi potrebbe usufruire del percorso solvente)- ridotta capacità di standardizzare i requisiti di arruolamento fra pubblico e privato
Arruolamento sia	- massima integrazione sia di percorso che di	- necessità per la struttura privata di

pubblico che privato	requisiti di arruolamento - eventuale riduzione dei tempi di attesa per la visita specialistica (se vi fossero) con condivisione delle agende delle visite. -	utilizzare la modulistica o condividere l'applicativo per la registrazione della proposta di intervento - definizione di univoci criteri di arruolamento, definizione della classe di priorità - lo specialista che valuta il paziente e redige la proposta di intervento può non essere il chirurgo “operatore” - la sede non è legata al chirurgo che effettua la visita di arruolamento ma all'organizzazione e gestione delle liste di attesa
----------------------	---	--

3.2 Accettazione proposta

A seguito della visita ambulatoriale e della consegna della proposta di intervento, l'assistito deve comunicare la volontà ad essere inserito in lista di attesa (fase di ACCETTAZIONE della proposta), che può avvenire:

- a. **contestualmente al momento della visita** - il paziente esprime immediatamente l'accettazione della proposta e la sottoscrive. Il chirurgo o la struttura invia la proposta direttamente all'UPC di riferimento che provvederà all'inserimento. Il tempo di attesa decorrerà dalla data di ricezione della proposta da parte dell'UPC.
- b. **successivamente al momento della visita** – il paziente ricevuto il modulo, entro un periodo massimo di 30 gg dalla compilazione della proposta, deve consegnarlo all'UPC di riferimento dichiarando la sua volontà ad essere inserito in lista di attesa.

All'atto dell'inserimento nella lista di programmazione, l'operatore dovrà informare il cittadino sulla possibilità di esprimere una preferenza sul luogo di cura nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dalla patologia e dalla classe di priorità assegnata.

L'assegnazione del luogo di cura sarà definita dalla UPC provinciale che terrà conto della classe di priorità, della complessità clinica e della zona di residenza del cittadino (variabili di scelta e definizione della sede da definire).

Due situazioni possibili:

- a- in fase di inserimento in lista di attesa l'UPC (viste le caratteristiche sopra indicate) può stabilire immediatamente il luogo di cura più appropriato – in questo caso comunica immediatamente al paziente il luogo di cura
- b- in fase di inserimento in lista di attesa non è possibile stabilire il luogo di cura – l'operatore informa l'utente che verrà ricontattato per comunicare la struttura che effettuerà l'intervento.

Nel caso il cittadino abbia optato per la libera professione intramoenia, dovrà essere annotato l'identificativo del medico scelto e l'attribuzione del luogo di cura sarà determinato dal luogo in cui opera il medico. Lo scorrimento della lista di attesa è regolata da apposito regolamento aziendale .

ACCETTAZIONE PROPOSTA	Vantaggi /opportunità	svantaggi/problematiche
esclusivo da struttura pubblica	<ul style="list-style-type: none"> - controllo delle liste di attesa - gestione della domanda garantendo i tempi di attesa massimi previsti - utilizzo delle strutture private per abbattere le liste di attesa e rispettando i tempi di attesa previsti per patologia - spostamento a richiesta di attività a rischio di superamento dei tempi di attesa. -Modulazione delle attività della struttura accreditata in relazione alle necessità su programmazione mensile - possibilità da parte dell'UPC di assegnare in fase di accettazione della proposta la struttura che effettuerà l'intervento 	<ul style="list-style-type: none"> - gestione di eventuali scelte del paziente che possono essere non corrispondenti alla programmazione per tempi di attesa o altro (la sede di intervento proposta è diversa da quella richiesta dal paziente) - criticità tra UPC e clinici nella gestione delle liste di attesa

3.3 Preospedalizzazione

La UPC, definito il luogo di cura appropriato, provvede a comunicarlo all'utente. Qualora questo rifiuti la proposta sarà informato sul presunto tempo di attesa previsto per la sede scelta. L'operatore registrerà nella procedura informatizzata l'avvenuto diniego da parte del paziente e l'eventuale preferenza del luogo di cura.

Una volta individuata la sede e accettata dall'utente, l'UPC comunicherà dove verranno espletate le attività di preospedalizzazione; nel caso della struttura privata sarà la stessa ad eseguire tutti gli esami previsti per la preospedalizzazione.

Se l'intervento viene effettuato nella struttura privata accreditata, l'operatore comunicherà alla struttura stessa i dati necessari per l'identificazione del paziente e di tutti quelli necessari per la definizione del caso clinico. La struttura privata provvederà a contattare l'utente che dovrà svolgere l'intervento per garantire le informazioni necessarie alla gestione del percorso e al ricovero.

PREOSPEDALIZZAZIONE	Vantaggi /opportunità	svantaggi/problematiche

Solo struttura pubblica		<ul style="list-style-type: none"> - aumento del carico di lavoro per la struttura pubblica - necessità di decurtare alla struttura privata la parte relativa al costo della preospedalizzazione - possibili criticità nella tempistica fra processo di preospedalizzazione e data di intervento - mancata gestione del paziente da parte degli anestesisti della casa di cura
Struttura pubblica e privata	<ul style="list-style-type: none"> - ogni struttura gestisce la parte di preparazione del paziente assicurando quanto previsto e condiviso per la tipologia di intervento - possibilità di rivalutare il paziente se la proposta proviene da altra struttura - il contatto con l'utente avviene prima dell'intervento 	<ul style="list-style-type: none"> - garantire ulteriori indagini non previste dal percorso standard di preospedalizzazione non gestibili dalla struttura privata

3.4 Sospensione

Situazione che si verifica quando l'assistito è impossibilitato ad effettuare la preospedalizzazione o l'intervento. La sospensione deve essere motivata da valutazioni cliniche (malattia e/o ricoveri intercorrente, completamenti diagnostici complessi richiesti dopo la preospedalizzazione..) e deve essere annotata da parte dell'UPC. Qualora si tratti di un paziente assegnato alla struttura privata accreditata, la stessa dovrà comunicare all'UPC di riferimento quanto necessario per registrare correttamente la sospensione.

Valutare: Nel caso di sospensione e quindi di conseguente visita di rivalutazione se il paziente è stato assegnato alla struttura privata è necessario che la visita sia effettuata da un chirurgo/anestesista della struttura pubblica?

SOSPENSIONE	Vantaggi /opportunità	svantaggi/problematiche
Solo struttura pubblica	<ul style="list-style-type: none"> • unicità nella gestione del processo di sospensione • certa tracciabilità e registrazione nel flusso RFC165 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo specialista può non esser quello della fase di arruolamento

Privato e pubblico	<ul style="list-style-type: none"> • L'utente ha come punto di riferimento la struttura che ha effettuato la preospedalizzazione • La struttura che effettua la rivalutazione è la stessa che ha gestito la preospedalizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Maggior complessità nella gestione delle liste di attesa • necessità di trasferimento dell'informazione dal privato al pubblico per la registrazione dell'informazione
--------------------	---	---

3.5 Rinvio

L'assistito non è disponibile ad intraprendere una delle fasi previste del percorso (es. preospedalizzazione o intervento) per motivi personali e comunque diversi da quelli che implicano una sospensione. E' necessario registrare da parte dell'UPC la data in cui si verifica il rinvio e la durata. La durata del rinvio viene sottratta dal calcolo del tempo di attesa. Qualora si tratti di un pz assegnato alla struttura privata accreditata, la stessa dovrà comunicare all'UPC di riferimento quando necessario per registrare correttamente la sospensione.

Proposta: la pratica della persona che rifiuta la struttura proposta come la prima disponibile per tipologia e classe di priorità possiamo pensare di trattarla come se fosse un rinvio?

RINVIO	Vantaggi /opportunità	svantaggi/problematiche
Solo struttura pubblica	<ul style="list-style-type: none"> • unicità nella gestione del processo di sospensione • certa tracciabilità e registrazione nel flusso RFC165 	<ul style="list-style-type: none"> • Per necessità di programmazione la sede potrebbe essere diversa da quella della prima assegnazione •
Privato e pubblico		<ul style="list-style-type: none"> • Lo specialista può non esser quello della fase di arruolamento

3.6 Intervento

L'intervento sarà effettuato nella sede di assegnazione individuata dall'UPC. Le informazioni necessarie al completamento del flusso informativo dove non sono reperibili dai sistemi informatici, devono essere trasmesse (via email, faxda definire) alla UPC che provvederà ad inserirle nell'applicativo specifico. La trasmissione deve avvenire il più precocemente possibile dalla chiusura del registro operatorio.

INTERVENTO	Vantaggi /opportunità	svantaggi/problematiche
Solo struttura pubblica	<ul style="list-style-type: none"> • Nessuna perdita di informazioni e chiusura corretta del flusso rfc 165 • integrazione procedura RO della struttura privata con il programma di gestione del percorso chirurgico previsto dalla struttura pubblica 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di inserire le informazioni inviate dalla struttura privata per completare il flusso RFC165 • necessità di tempo per l'integrazione dei software

4. Proposta volumi di attività

Per elaborare la proposta dei volumi di attività annuali da erogare presso le case di cura private accreditate sono state analizzate le liste di attesa degli stabilimenti ospedalieri del Presidio e sono state individuate le linee di produzione non oncologiche a maggiore criticità per le quali, un progetto di gestione unitaria con il privato accreditato, permetterebbe la garanzia di tempi di attesa congrui.

La tabella che segue riporta quanto sopra definito e le criticità correlate.

Linea di produzione	n. interventi/ anno	criticità	drg
Ernie inguinali	30	Coinvolgimento professionisti nel progetto	162*
Varici	50 intervento tradizionale 80 intervento radiofrequenza o miniinvasivo	Coinvolgimento professionisti nel progetto	119
Setto nasale	80	Coinvolgimento professionisti nel progetto	055 e 056
TURP	80		337*

*** non riportati i DRG omologhi determinati da eventuali diagnosi secondarie complicanti il drg. Questi se presenti dovranno essere valutati dai nocs Aziendali nei periodici controlli alle strutture private accreditate per stabilirne l'appropriatezza di codifica della SDO.**

ALLEGATO 3 - PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2020

ASSISI PROJECT SPA

SICUREZZA E APPROPRIATEZZE DELLE CURE

SOGLIE MINIME DI VOLUMI DI ATTIVITA' DM 70/2015

Interventi chirurgici per Ca mammella (attività non prevista)	150 interventi annui
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui

SOGLIE DI RISCHIO DI ESITO DM 70/2015

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età > 65 aa	minimo 60%

ARTRODESI VERTEBRALE: attuazione corretta procedura d'intervento in conformità alle indicazioni della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, di cui alla nota Prot. n. 0192232 del 9 maggio 2019 allegata

DRG ESCLUSI PER TUTTE LE TIPOLOGIE DI UTENTI CON ONERI A CARICO DEL SSN

DRG E DESCRIZIONE	MDC	TIPO	PESO
001 - Craniotomia, età > 17 anni con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,42
002 - Craniotomia, età > 17 anni senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,33
003 - Craniotomia, età < 18 anni	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	2,30
041 - Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	2 Malattie e disturbi occhio	C	4,06
049 - Interventi maggiori sul capo e sul collo	3 Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	C	0,16
075 - Interventi maggiori sul torace	4 Malattie e disturbi apparato respiratorio	C	2,396
076 - Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	4 Malattie e disturbi apparato respiratorio	C	3,50
077 - Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	4 Malattie e disturbi apparato respiratorio	C	1,499
103 - Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	0 Nessun MDC	C	4,56
104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo	c5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	6,062
105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,04
106 - Bypass coronarico con PTCA	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	3,50
108 - Altri interventi cardiotoracici	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,98
110 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,85
111 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,07
117 - Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,49
118 - Sostituzione di pacemaker cardiaco	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,41
120 - Altri interventi sull'apparato circolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,49
257 - Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	1,285
258 - Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	1,22
259 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	0,12
260 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	6,18
302 - Trapianto renale	11 Malattie e disturbi rene e vie urinarie	C	2,45
370 - Parto cesareo con CC	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	6,69
371 - Parto cesareo senza CC	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	5,09
374 - Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	4,82
375 - Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	914
377 - Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	5,47
381 - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	3,17
394 - Altri interventi sugli organi emopoietici	16 Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	C	0,86
401 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	0,21
402 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	2,90
406 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	6,45
407 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	6,26
408 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	3,46
479 - Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,27
480 - Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	0 Nessun MDC	C	3,88
481 - Trapianto di midollo osseo	0 Nessun MDC	C	4,17
484 - Craniotomia per traumasmi multipli rilevanti	24 Traumatismi multipli	C	0,89
493 - Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	7 Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	C	3,71
494 - Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	7 Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	C	889
495 - Trapianto di polmone	0 Nessun MDC	C	6,83
504 - Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di 22 Ustioni	0 Nessun MDC	C	6,61
506 - Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma > 22 Ustioni	0 Nessun MDC	C	0,65
507 - Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma > 22 Ustioni	0 Nessun MDC	C	5,62
512 - Trapianto simultaneo di pancreas/rene	0 Nessun MDC	C	5,94
513 - Trapianto di pancreas	0 Nessun MDC	C	2,70
515 - Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,79
518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	1,56
525 - Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	9,932
528 - Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	5,726
529 - Interventi di anastomosi ventricolare con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	5,39
530 - Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	6,97
531 - Interventi sul midollo spinale con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	6,65
532 - Interventi sul midollo spinale senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,48
533 - Interventi vascolari extracranici con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	2,11
534 - Interventi vascolari extracranici senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,45
535 - Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, < 15 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,51
536 - Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, > 15 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,35
539 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	3,488
540 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	3,83
541 - Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica > o = 40 Nessun MDC	0 Nessun MDC	C	3,48
543 - Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta < 1 Malattie e disturbi sistema nervoso	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	6,64
547 - Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,81
548 - Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,59
549 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	1,56
550 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	5,64
551 - Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di < 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,20
552 - Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore > 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,13
553 - Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,649
554 - Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,54
555 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore > 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	6,22
556 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi > 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,64
557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi < 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	1,77
558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi > 5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,84
577 - Inserzione di stent carotideo	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,17
578 - Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	18 Malattie infettive e parassitarie	C	2,2

solo se > 100 interventi

solo se > 100 interventi



Oggetto: DGR 1237/2014: “Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera. Revisione 2014”: indicazioni procedura intervento di Artrodesi Vertebrale

Spett.li Direttori Sanitari
 Aziende sanitarie locali
 Aziende ospedaliero-universitarie

Spett.le Rappresentante legale AIOP

Nelle more dell’aggiornamento della suddetta Delibera di Giunta, si forniscono le seguenti indicazioni per la corretta procedura dell’intervento di Artrodesi Vertebrale con invito a trasmetterle agli interessati:

- **Intervento classico**

prevede la fusione delle vertebre mediante l’utilizzo di dispositivi quali viti, uncini, barre e placche di metallo (acciaio, titanio) o non metalliche. Perché l’unione sia solida è necessario un innesto osseo, che può essere autologo, eterologo o sintetico, in questi casi i codici da utilizzare sono:

81.00-81.08 = L’indicazione dei codici di procedura 81.00-81.08 sarà considerata corretta nel caso in cui le fasi dell’intervento prevedano una artrodesi (fusione) ovvero una cruentazione delle lamine e delle basi delle apofisi spinose, con contestuale applicazione di innesto osseo autologo o di sintesi sulle superfici cruentate.

- **Chirurgia mininvasiva del rachide**

utilizza dispositivi di fissazione per processi spinosi, l’impiego di questi device può essere effettuato come completamento nella fusione inter- somatica (artrodesi), o come dispositivo di fissazione autonomo, in associazione quindi o meno con altri dispositivi intervertebrali, e con o senza innesto osseo.

8458-8459 = impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso.

L’indicazione del codice di procedura di artrodesi 81.08 sarà considerata ovviamente altrettanto corretta nel caso in cui le fasi di intervento prevedano, in associazione all’utilizzo di questi device, anche un’artrodesi posteriore (fusione), ovvero una cruentazione delle

lamine e delle basi delle apofisi spinose, con applicazione di innesto osseo autologo o di sintesi sulle superfici.

In assenza delle procedure sopradescritte per l'artrodesi, il DRG risultante dovrà essere il 500.

Si precisa inoltre che:

- ai fini del giudizio di congruenza dei codici di procedura impiegati sarà dirimente quindi la lettura dei verbali operatori, che dovranno contenere la descrizione chiara e particolareggiata della procedura attuata;
- l'indicazione all'intervento chirurgico deve essere sempre confermata nella refertazione dell'imaging preoperatoria;
- per le Indicazioni di utilizzo dei dispositivi interspinosi di tipo dinamico, si rimanda ai contenuti della Circolare Ministeriale n. 3354 del 23 gennaio 2015.

Il Dirigente

MTM/sc

Atto di nomina a Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (RGPD)

TRA

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

E

La **Società Assisi Project Spa**, con sede legale in Viale Carso n. 14, 00198 Roma, (C.F. e P.I.: 08531211004), di seguito denominata "Società", nella persona del Legale rappresentante, Dott. Paolo Rosati, nato a Roma il 22 Luglio 1949, domiciliato per la carica presso la suddetta;

Premesso che:

- il Regolamento Europeo n. 2016/679 Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (di seguito RGPD), prevede all'art. 28 che i trattamenti svolti da parte di un Responsabile del trattamento per conto del Titolare del trattamento siano disciplinati da un contratto o altro atto giuridico vincolante per il Responsabile e che individui la materia del trattamento, la durata, la natura e la finalità, il tipo di dati personali trattati e le categorie di interessati, gli obblighi e i diritti del Titolare del trattamento;
- l'Azienda e il Fornitore hanno sottoscritto un contratto avente a oggetto: **Acquisto prestazioni accreditate di ricovero ospedaliero e specialistiche ambulatoriali**;
- ai fini dell'esecuzione di detto il Fornitore dovrà effettuare operazioni di trattamento dati personali per conto dell'Azienda;
- l'Azienda svolge il ruolo di Titolare del trattamento in relazione ai dati personali dalla stessa trattati stabilendo autonomamente le finalità, le modalità ed i mezzi del trattamento;
- tenuto conto delle attività di trattamento necessarie per dare esecuzione agli obblighi concordati tra le Parti, il Titolare del trattamento ritiene che il Fornitore è in possesso dei necessari requisiti di conoscenza specialistica, affidabilità e risorse tali da fornire sufficienti garanzie per mettere in atto misure tecniche ed organizzative adeguate a soddisfare i requisiti del RGPD e a garantire la tutela dei diritti degli interessati coinvolti nelle suddette attività di trattamento;
- l'Azienda, in qualità di Titolare del trattamento, intende nominare il Fornitore **Assisi Project Spa** quale Responsabile del trattamento dati e quest'ultimo intende accettare tale nomina;

- con riferimento alla summenzionata nomina, con la sottoscrizione del presente documento

le Parti intendono regolare i reciproci rapporti in relazione al trattamento dei dati personali effettuato dal Fornitore per conto della Committente;

Tutto ciò premesso, alla luce di quanto precede, le Parti convengono e stipulano quanto segue:

ART. 1 (Oggetto, finalità e durata del trattamento)

Con la sottoscrizione del presente atto l'Azienda Usl Toscana sud est nomina **Assisi Project Spa** Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 del RGPD per le operazioni di trattamento sui dati personali di cui l'Azienda è Titolare e di cui il Responsabile entra in possesso o a cui ha comunque accesso, nell'esecuzione della propria attività contrattuale e dei compiti affidati ai sensi del contratto in essere tra le Parti.

Il Fornitore **Assisi Project Spa**, con la sottoscrizione del presente atto di nomina, conferma la diretta e approfondita conoscenza degli obblighi che assume in relazione alle disposizioni normative e si impegna a procedere al trattamento dei dati personali attenendosi alle istruzioni ricevute dal Titolare attraverso la presente nomina.

Il Fornitore prende atto che l'incarico di effettuare le operazioni di trattamento dei dati personali quale Responsabile del trattamento è affidato per l'esclusiva ragione che il profilo societario è stato ritenuto idoneo a soddisfare i requisiti di conoscenza specialistica, affidabilità e risorse tali da fornire sufficienti garanzie per mettere in atto misure tecniche ed organizzative adeguate in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti della normativa vigente e garantisca la tutela dei diritti dell'interessato. Qualsiasi mutamento di tali requisiti che possa determinare incertezze sul mantenimento dei requisiti stessi deve essere comunicato al Titolare che può esercitare in piena autonomia e libertà di valutazione il diritto di recesso, senza penali o oneri a proprio carico.

Il presente atto di nomina ha validità per il tempo necessario ad eseguire le attività affidate al responsabile, e si considera venuto meno al termine delle attività stesse o qualora venga meno il rapporto con il Titolare.

Il Responsabile del trattamento, per l'espletamento delle operazioni affidategli dall'Azienda, tratta i seguenti tipi di dati :

DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO DA PARTE DEL FORNITORE;

- dati personali, di cui all'art. 4 n. 1 del GDPR;

CATEGORIE DI INTERESSATI *[indicare quali tra i seguenti]*:

- assistiti

NATURA DEL TRATTAMENTO

- informatico
- cartaceo

ART. 2 (Obblighi del Responsabile e modalità di trattamento)

Il Responsabile del trattamento, relativamente ai dati personali oggetto di trattamento, ha l'obbligo di attenersi alle istruzioni di seguito riportate e a quelle ulteriori impartite dal Titolare mediante procedure e/o comunicazioni specifiche.

Il Responsabile è tenuto a:

1. organizzare, gestire e supervisionare tutte le operazioni di trattamento di competenza attenendosi ai principi generali e alle disposizioni della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, ovvero, assicurare che i dati personali oggetto del trattamento siano:
 - trattati in modo lecito e secondo correttezza;
 - raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi; a tale riguardo, l'utilizzazione di dati personali e di dati identificativi dovrà essere ridotta al minimo, in modo da escludere il trattamento quando le finalità perseguite nei singoli casi possono essere realizzate mediante dati anonimi, ovvero adottando modalità che permettano di identificare gli interessati solo in caso di necessità;
 - esatti e, se necessario, aggiornati;
 - pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità del trattamento;
2. effettuare il trattamento dei dati con logiche e modalità strettamente ed esclusivamente correlate alle finalità di cui all'art. 1, per il tempo strettamente necessario per il perseguimento delle finalità connesse, garantendo il pieno rispetto delle istruzioni ricevute;
3. informare immediatamente l'Azienda qualora, a suo parere, l'applicazione di una sua istruzione possa violare, nel concreto contesto operativo, le disposizioni in materia di protezione dei dati personali;
4. tenere il Registro delle attività di trattamento, ex art. 30 par. 2 del RGPD;
5. conservare e custodire con diligenza, prudenza e perizia, i dati personali oggetto del trattamento;
6. mantenere riservati, non comunicare e diffondere a terzi i dati personali e le informazioni di cui è venuto a conoscenza per effetto del trattamento;
7. non utilizzare i dati personali e le informazioni, anche se in forma anonimizzata o pseudonimizzata, comprese le eventuali elaborazioni realizzate su disposizione dell'Azienda;
8. assistere l'Azienda nel garantire il rispetto degli obblighi relativi alla sicurezza del trattamento, alla notifica di una violazione dei dati personali all'Autorità di controllo, alla comunicazione di una violazione di dati personali all'interessato, alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati personali, alla consultazione preventiva dell'Autorità di controllo ove normativamente previsto;
9. attenersi alle specifiche disposizioni previste per il trasferimento di dati all'estero, qualora necessario, ed a non effettuare in alcun caso operazioni di diffusione dei dati stessi;
10. mettere a disposizione del Titolare del trattamento tutte le informazioni e i documenti necessari a dimostrare il rispetto degli obblighi previsti dalla vigente normativa per il Responsabile del trattamento dati;

Il Responsabile del trattamento, tenuto conto della natura del trattamento, si obbliga ad assistere il Titolare del trattamento con misure tecniche e organizzative adeguate, nella misura in cui ciò sia possibile, al fine di soddisfare l'obbligo del Titolare di dare seguito alle richieste per l'esercizio dei diritti dell'interessato (nella definizione dell'art. 4 del RGPD) previsti dal RGPD. Qualora il Responsabile riceva richieste da parte di interessati finalizzate all'esercizio dei propri diritti, esso dovrà:

- darne tempestiva comunicazione al Titolare con comunicazione di posta elettronica certificata allegando copia delle richieste;
- coordinarsi, ove necessario e per quanto di propria competenza, con le funzioni aziendali designate dal Titolare per gestire le relazioni con gli interessati;

- assistere e supportare il Titolare con misure tecniche e organizzative adeguate al fine di soddisfare l'obbligo del Titolare del trattamento di dare seguito alle richieste di esercizio dei diritti degli interessati, negli ambiti e nel contesto del ruolo in cui opera il Responsabile del trattamento.

ART. 3 (Soggetti autorizzati al trattamento dei dati)

Il Responsabile del trattamento si impegna:

- a individuare formalmente quali soggetti autorizzati al trattamento coloro che, a qualunque titolo, devono compiere per suo conto operazioni del trattamento e/o attuare compiti relativi alla protezione e alla libera circolazione dei dati limitando l'accesso e il trattamento ai soli dati necessari per lo svolgimento delle attività consentite rispetto alle mansioni svolte;
- a impartire per iscritto ai soggetti autorizzati, appropriate e complete istruzioni su come svolgere correttamente ed in modo lecito il trattamento,
- a vigilare regolarmente sulla puntuale osservanza delle istruzioni impartite da parte dei soggetti autorizzati, anche mediante verifiche periodiche;
- a curare la formazione specifica in materia di protezione dei dati personali dei soggetti autorizzati che operano sotto la sua responsabilità;
- a garantire che i propri dipendenti e/o collaboratori che operano a vario titolo nell'ambito del rapporto in essere con l'Azienda, siano dotati di esperienza, capacità e affidabilità con riferimento alla gestione dei sistemi informatici in particolare per quanto attiene alle misure di sicurezza previste dalla normativa in materia di protezione dei dati..

ART.4 (Responsabile della Protezione dei Dati)

Il Responsabile— ove tale obbligo si applichi anche al Responsabile stesso in base alle disposizioni dell'art. 37 del GDPR – si impegna a nominare e comunicare al Titolare il nominativo e i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati.

ART. 5 (Trasferimento verso paesi terzi o organizzazioni internazionali)

Il Responsabile si impegna a circoscrivere gli ambiti di circolazione e trattamento dei dati personali (es. memorizzazione, archiviazione, conservazione dei dati sui propri server) ai Paesi facenti parte dell'Unione Europea, con espresso divieto di trasferirli in Paesi extra UE che non garantiscano (o in assenza di) un livello adeguato di tutela, ovvero, in assenza di strumenti di tutela previsti dal Regolamento UE 2016/679 (Paese terzo giudicato adeguato dalla Commissione europea, clausole contrattuali modello, consenso degli interessati, ecc.).

Il Responsabile pertanto non dovrà trasferire o effettuare il trattamento dei dati personali del Titolare del trattamento al di fuori dell'Unione Europea per nessuna ragione, in assenza di autorizzazione scritta da parte della Committente.

Qualora, in corso di esecuzione del Contratto, la Committente rilasci tale autorizzazione, e venga pertanto effettuato un trasferimento di dati personali del Titolare del trattamento al di fuori dell'Unione Europea, tale trasferimento dovrà rispettare le previsioni di cui al Regolamento UE 2016/679.

Resta inteso fra le Parti che il Fornitore dovrà garantire che i metodi di trasferimento impiegati, ivi inclusa la conformità alle clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione Europea e sulla base dei presupposti indicati nella medesima decisione consentano il mantenimento di costanti e documentabili standard di validità per tutta la durata del presente atto di nomina.

Il Fornitore è obbligato a comunicare immediatamente alla Committente Titolare il verificarsi delle seguenti fattispecie:

- a) mancato rispetto delle clausole contrattuali standard di cui sopra;

- b) qualsiasi modifica dei metodi e delle finalità di trasferimento dei dati personali della Committente all'estero.

ART.6 (Misure di sicurezza)

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

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

ART.7 (Controlli)

Il Responsabile si impegna a consentire al Titolare la verifica del rispetto del presente atto di nomina . Il Responsabile si impegna a supervisionare e controllare direttamente i soggetti da esso designati per le operazioni di trattamento. Il Responsabile riconosce al Titolare il diritto di effettuare controlli relativamente alle operazioni aventi ad oggetto il Trattamento dei dati personali ed a tal fine il Titolare, ove lo reputi opportuno, potrà disporre verifiche a campione o attività di audit avvalendosi di personale espressamente incaricato a tale scopo. Il Responsabile si impegna a mettere a disposizione in qualunque momento e dietro richiesta del Titolare del trattamento tutte le informazioni necessarie per dimostrare il rispetto degli obblighi di cui alla presente nomina e a contribuire alle attività di controllo, comprese eventuali ispezioni realizzate dal Titolare del Trattamento o altro soggetto incaricato. Tutti i controlli potranno essere effettuati periodicamente in base a metodologie concordate tra le Parti.

ART.8 (Nomina dei sub Responsabili del trattamento)

Il Responsabile del trattamento è autorizzato ricorrere, ai sensi di quanto previsto dall'art. 28 par. 4 del RGPD, ad altro soggetto (di seguito sub Responsabile del trattamento) per l'esecuzione di specifiche attività di trattamento per conto dell'Azienda, disciplinando il rapporto con atto giuridico o contratto teso a circoscrivere i rispettivi ambiti di responsabilità e facendo sottoscrivere al sub Responsabile le medesime condizioni applicate nel presente atto di nomina adottando nei confronti dello stesso gli stessi obblighi in materia di protezione di dati personali già in capo al Responsabile del trattamento e derivanti dalla sottoscrizione del presente atto di nomina.

Il Responsabile del trattamento dovrà assicurare che il sub Responsabile del trattamento offra garanzie sufficienti di affidabilità e riservatezza e metta in atto misure tecniche ed organizzative adeguate in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti del RGPD e che restituisca *[ovvero cancelli]* i dati personali oggetto dei trattamenti e le eventuali copie al termine della prestazione del servizio.

Il sub Responsabile del trattamento potrà trattare i dati personali nella misura in cui il trattamento sia strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto in essere tra le Parti ed in ogni caso nel rispetto del presente atto di nomina, restando inteso tra le Parti che il sub Responsabile sarà inoltre obbligato al rispetto delle limitazioni cui il Fornitore è tenuto.

Qualora l'eventuale sub Responsabile, esecutore del trattamento, ometta di adempiere ai propri obblighi in materia di protezione dei dati personali, il Responsabile dichiara di espressamente e garantisce di mantenere l'intera responsabilità dell'adempimento degli obblighi di tale soggetto.

Il Responsabile del trattamento dovrà trasmettere all'Azienda la denominazione del sub Responsabile del trattamento, nonché di ogni altra modifica riguardante l'aggiunta o la sostituzione con altri sub Responsabili del trattamento, dando al Titolare la possibilità di opporsi.

ART.9 (Responsabilità)

Il Responsabile del trattamento risponde per il danno causato dal trattamento se non ha adempiuto agli obblighi del RGPD specificatamente diretti al responsabile del trattamento, o ha agito in modo difforme o contrario rispetto alle istruzioni offerte dall'Azienda.

Il Responsabile del trattamento si obbliga a tenere manlevata ed indenne l'Azienda da ogni responsabilità o danno, anche nei confronti di terzi, e da qualunque somma che il Responsabile del trattamento dovesse essere condannato a pagare, derivante direttamente o indirettamente da fatti attivi o omissivi ad esso imputabili esclusivamente, commessi anche dai dipendenti e/o collaboratori che operano a vario titolo come autorizzati al trattamento dei dati, ivi inclusi i danni derivanti dalla perdita, sottrazione, deterioramento e/o distruzione dei dati trattati.

Il Responsabile del trattamento conserva nei confronti dell'Azienda l'intera responsabilità dell'adempimento degli obblighi del sub Responsabile del trattamento, qualora quest'ultimo ometta di adempiere agli obblighi in materia di protezione dei dati disciplinati nel RGPD o nel presente atto.

ART. 10 (Violazione dei dati personali c.d. *data breach*)

In eventuali casi di violazione dei dati personali consistenti nella violazione di sicurezza che comporti accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati e tali da mettere a rischio i diritti e le libertà degli individui i cui dati personali sono trattati dal Responsabile per conto del Titolare del trattamento, il Responsabile deve:

1. informare il Titolare, con comunicazione da inviarsi all'indirizzo PEC dello stesso, , tempestivamente e in ogni caso non oltre le 24 ore dalla scoperta dell'evento, di essere venuto a conoscenza di una violazione allegando alla comunicazione la scheda segnalazione evento (allegato 1. al presente atto)) recante le seguenti dettagliate informazioni:
 - la natura della violazione dei dati personali, compresi, ove possibile, le categorie e il numero approssimativo di interessati in questione, nonché le categorie e il numero approssimativo di registrazioni dei dati personali in questione;
 - il nome e i dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati o di altro punto di contatto presso il Responsabile da cui ottenere maggiori informazioni;
 - le probabili conseguenze della violazione dei dati personali;
 - le misure adottate per mitigare i rischi;

Tali informazioni, o alcune di esse, qualora non possano essere fornite contestualmente, possono essere trasmesse al Titolare in fasi successive, senza ulteriore ingiustificato ritardo.

2. fornire ove possibile assistenza al Titolare del trattamento per far fronte alla violazione e alle sue conseguenze soprattutto in capo agli interessati coinvolti;

3. attivarsi per mitigare, ove possibile, gli effetti delle violazioni proponendo tempestive azioni correttive al Titolare ed attuando tempestivamente tutte le azioni correttive approvate e/o richieste dal Titolare stesso;

ART. 11 (Valutazione di impatto sulla protezione dei dati)

Con riferimento agli artt. 35 e 36 del GDPR, il Responsabile si impegna, su richiesta, ad assistere il Titolare nelle attività necessarie all'assolvimento degli obblighi previsti dai succitati articoli, sulle base delle informazioni in proprio possesso, in ragione dei trattamenti svolti in qualità di Responsabile del trattamento, ivi incluse le informazioni relative agli eventuali trattamenti effettuati dai sub - Responsabili.

Art.12. (Restituzione e cancellazione dei dati)

In caso di cessazione del contratto/convenzione, Il Responsabile provvede, a scelta e su richiesta del Titolare, alla restituzione dei dati, comprese le eventuali copie di backup e tutta la documentazione cartacea, oppure alla integrale cancellazione/distruzione degli stessi, rilasciando in ogni caso attestazione scritta che presso di se non ne sussiste copia alcuna.

In caso di richiesta scritta del Titolare, il Responsabile è tenuto a indicare le modalità tecniche e le procedure utilizzate per la cancellazione/distruzione.

Sono fatti salvi eventuali obblighi di conservazione previsti dalla normativa, obblighi che il Responsabile è tenuto a motivare impegnandosi a non compiere sui dati conservati, e a non consentire ai propri sub-Responsabili, operazioni di trattamento per qualsivoglia ulteriore finalità.

ART.14 (Accettazione della nomina)

Con la sottoscrizione del presente atto, ai sensi dell'art.28 del Regolamento UE 2016/679, il Responsabile accetta la propria nomina, in relazione ai dati personali la cui conoscenza risulta essere indispensabile per l'adempimento delle obbligazioni di cui al Contratto in essere tra le Parti. Il Responsabile è a conoscenza degli obblighi previsti dal Regolamento UE 2016/679 e dal D.Lgs. n.196/2003 *"Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE"*, e dovrà attenersi per lo svolgimento dei compiti assegnatigli alle previsioni e ai compiti contenuti nel presente atto di nomina. La presente nomina avrà durata fino alla cessazione, per qualsivoglia motivo, del Contratto in essere tra le Parti.

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

Il Direttore U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari

(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

ASSISI PROJECT SPA

Il Legale Rappresentante

(Dott. Paolo Rosati)

(firmato digitalmente)

Deliberazione DG n. del

**ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E
RUGANI HOSPITAL SRL**

*Acquisto prestazioni accreditate di ricovero ospedaliero e
specialistiche ambulatoriali, prestazioni per persone in condizione di stato
vegetativo e in stato di minima coscienza – Acquisto prestazioni di cure intermedie*

Covid 19

TRA

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

E

La Società Rugani Hospital Srl, con sede legale in Monteriggioni, 53035, Via S.R. 222 Chiantigiana Località Colombaio (C.F. e P.I.: 01243020524), di seguito denominata "Società", nella persona dal Legale rappresentante, Dr. Alessandro Callai, nato a Monteroni d'Arbia il 6 novembre 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 bis comma 2, in virtù del quale i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale.

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

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

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

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

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

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

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

l'art. 29, comma 3, in virtù del quale gli scambi finanziari possono avvenire in forma diretta, sulla base di apposite 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, ancorché gestite tramite compensazioni regionali, è definita dalle convenzioni e dai rapporti tra Aziende Sanitarie e tra queste e le istituzioni private e non può comunque essere superiore alle tariffe massime definite dalla Regione;

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

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

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

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

	la Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947	
	“Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 1° ottobre 2016”;	
	la Deliberazione Giunta Regionale del 4 agosto 2011, n. 723 “Procedure per l'applicazione della DGRT 722 del 4 Agosto 2011. Approvazione dell'adeguamento del Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica strumentale e di laboratorio”;	
	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”, cosiddetta, ed in particolare l’art. 15, comma 14, il quale ha applicato ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi, a decorrere dall'anno 2014, del 2% rispetto al corrispondente importo sostenuto nel 2011;	
	la Legge 6 agosto 2015, n. 125 , recante “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78”, che all’art.9 quater comma 7 ha imposto alle Regioni ed agli enti del SSN una ridefinizione dei tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, pari ad un ulteriore 1% rispetto al valore soglia previsto per il 2014, portando di fatto il tetto per le prestazioni di specialistica ambulatoriale al 3% rispetto all’importo sostenuto nel 2011;	
	la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”, (legge di stabilità 2016), che all’art.1 comma 574, ha modificato l’art.15 c.14 del D.L.95/2012, prevedendo che le parole: «A tutti	
		Pagina 148 di 201
	5	

i singoli contratti e a tutti i singoli accordi» fossero sostituite da: «Ai contratti e agli accordi», con una conseguente applicazione del limite introdotto dalla spending review non più ai singoli contratti ma all’insieme degli stessi ed una riconduzione della dimensione di verifica del rispetto dei limiti normativi a livello complessivo regionale piuttosto che di singola azienda;

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

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

- individuazione dei singoli soggetti abilitati ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, tra i quali figura la società Rugani Hospital Srl;
- definizione di tetti unici per soggetto erogatore privato, senza distinzione di tipologia di prestazione, casistica, complessità e provenienza paziente, che consentono il rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa vigente, a

	livello regionale e non di singola azienda sanitaria, prevedendo per la società	
	Rugani Hospital Srl un importo annuo di € 11.704.007;	
	- rinvio alle aziende sanitarie territorialmente competenti della sottoscrizione	
	degli accordi contrattuali annuali, di cui al presente atto, attraverso il quale,	
	tenuto conto della programmazione quali quantitativa complessiva dell’offerta,	
	si orientano le attività degli erogatori privati convenzionati, e quindi anche per	
	la società Rugani Hospital Srl, tenendo in considerazione l’offerta pubblica già	
	presente nel territorio, le liste di attesa ed i livelli di fuga interregionali;	
	- centralizzazione a livello regionale, e non più di singola azienda sanitaria, della	
	valutazione del rispetto dei vincoli previsti dalla normativa, e quindi anche della	
	società Rugani Hospital Srl, tramite i flussi informativi specifici relativi	
	all’assistenza specialistica ambulatoriale (SPA) ed all’assistenza ospedaliera	
	(SDO);	
	La Deliberazione Giunta regionale 10 dicembre 2018, n. 1374 , recante “DGR n.	
	309/2018 Organizzazione di setting di assistenza residenziale territoriale per persone	
	con grave disabilità conseguente a patologia neurologica acquisita al termine della	
	fase acuta-sub acuta e per persone in fase di esiti: ridefinizione tariffe dei setting	
	unità per stati vegetativi e speciali unità di accoglienza permanente e sostituzione	
	allegato A”, con la quale si definiscono i percorsi assistenziali per le gravi	
	cerebrolesioni acquisite (GCA), ivi inclusi gli aspetti di diagnosi, cura e assistenza	
	delle persone in condizione di stato vegetativo (SV) e in stato di minima coscienza	
	(SMC), prevedendo due specifici setting residenziali, denominati rispettivamente	
	Unità per Stati Vegetativi (USV) e Speciali Unità di Accoglienza Permanente	
	(SUAP), normate nella sezione D.6 e nella sezione D.7 del Regolamento in materia	
	di autorizzazione e accreditamento, i cui oneri sono posti a totale carico del Servizio	
		Pagina 150 di 201
	7	

sanitario nazionale;

la **nota del 20 dicembre 2019**, della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione

Sociale, recante Linee guida per la redazione del 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”;

la **Deliberazione del Direttore Generale 23 dicembre 2019, n. 1438** “Rapporti contrattuali tra Azienda UsI Toscana Sud Est e Strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale - Proroga dal 1 gennaio 2020 al 30 giugno 2020”;

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. 10145 del 10 luglio 2017, per i seguenti processi erogati nella struttura ubicata a Monteriggioni, in via SR222 Chiantigiana, 49 - Loc. Colombaio:	
	- processo chirurgico nelle discipline di chirurgia generale, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria e urologia;	
	- processo riabilitazione nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione;	
	- processo ambulatoriale nella disciplina di radiodiagnostica;	
	Che la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 18804 del 20 dicembre 2017, per il processo ambulatoriale nella disciplina di gastroenterologia erogato nella struttura ubicata a Monteriggioni, in via SR222 Chiantigiana, 49 - Loc. Colombaio;	
	Che con Deliberazione del Direttore Generale 29 dicembre 2016, n. 1409, recante “Linee di indirizzo per la contrattazione tra Ausl Toscana Sud Est e Strutture private accreditate – Triennio 2017-2019”, era stato evidenziato il fabbisogno di posti letto in cod. 56 da dedicare alla riabilitazione neurologica per la Zona-Distretto Senese, ove ricoverare pazienti residenti in ambito aziendale in dimissione da ospedali dell’Area Vasta o da posti letto di riabilitazione ospedaliera classificati in cod. 75, come confermato dalla revisione della dotazione dei posti letto dedicati ai percorsi riabilitativi nel loro complesso, predisposta per l’intera Azienda Usl Toscana Sud Est dal Dipartimento tecnico scientifico Riabilitazione, in data 6 dicembre 2018	
	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	
		Pagina 152 di 201

Contrattuale, afferenti ai Flussi regionali SDO e SPA, considerato che il privato convenzionato è parte integrante dell'offerta complessiva regionale e come tale oggetto di politiche di programmazione sanitaria coerenti con quelle che regolano l'erogazione dei servizi nelle strutture pubbliche a partire da un'analisi dell'offerta complessiva regionale in rapporto ai fabbisogni della popolazione residente, in conformità ai principi individuati dalla citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220;

Che presso la sede della Società è già operativa un'area dedicata a pazienti in stato vegetativo persistente, fino ad un massimo di n. 10 posti letto, il cui fabbisogno è confermato dalla revisione della dotazione dei posti letto dedicati al percorso per le gravi cerebrolesioni acquisite (GCA), predisposta per l'intera Azienda Usl Toscana Sud Est dal Dipartimento tecnico scientifico Riabilitazione, in data 6 dicembre 2018, disponibile in atti, la cui organizzazione e funzionamento potranno essere validamente regolamentati in base alla normativa introdotta con Deliberazione Giunta regionale 26 marzo 2018, n. 309 e ss.mm.ii.;

Che le Parti, consapevoli dell'intesa tra Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale e AIOP Toscana per la redazione di uno schema di contratto unico regionale attualmente in corso di definizione, concordano nel definire la durata del presente atto dal 1 luglio 2020 al 31 dicembre 2020, in attesa del completamento dell'istruttorio regionale, precisando che qualora lo schema di contratto unico o altro analogo accordo dovesse sopravvenire in tempi anticipati rispetto a quanto previsto, il presente atto perde automaticamente efficacia per essere sostituito dalla nuova disciplina;

TUTTO CIO' RICHIAMATO E PREMESSO TRA LE PARTI COME SOPRA
COSTITUITE SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – PREMESSE

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

Art. 2 – OGGETTO

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

- prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime ordinario e diurno, ivi incluso il day surgery ove previsto, per le seguenti discipline: 009 Chirurgia Generale, 036 Ortopedia e Traumatologia, 038 Otorinolaringoiatria, 043 Urologia, 056 Recupero e Riabilitazione Funzionale per MDC1 Malattie e disturbi del sistema nervoso e per MDC 8 Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo;
- prestazioni di chirurgia ambulatoriale per l'attività di oftalmologia;
- prestazioni specialistiche ambulatoriali, per le seguenti attività: oftalmologia, risonanza magnetica nucleare, tomografia assiale computerizzata, ecografie internistiche, ecocardiografie, radiografia tradizionale, gastroenterologia.

2. Il presente contratto è unico ed ha validità in ambito regionale e nazionale, in riferimento, rispettivamente alle prestazioni erogate per cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e per cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto sono eseguite presso la propria struttura, ubicata in Monteriggioni, in via SR222 Chiantigiana, 49 - Loc. Colombaio, individuata nei citati decreti di accreditamento istituzionale.

2. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte da personale qualificato, in possesso dei requisiti di legge e adeguatamente formato, che opera nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale, senza determinare situazioni di incompatibilità previste dalla normativa nazionale e regionale vigente.

3. La Società assicura inoltre che le prestazioni oggetto del presente contratto sono svolte, 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.

4. La Società assicura che l'erogazione delle prestazioni di cui presente Accordo contrattuale avviene in conformità al Piano di prevenzione e contenimento del contagio da Coronavirus da essa predisposta e depositato agli atti dell'Azienda.

Art. 4 – PRESTAZIONI E VOLUMI DI ATTIVITA'

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

2. Per i cittadini residenti nel territorio di propria competenza, l'Azienda acquisisce prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, ordinario e diurno, secondo l'elenco

Allegato 2 al presente Accordo contrattuale a costituirne parte integrante e sostanziale.

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

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

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

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

7. Per i Drg 006 Liberazione del tunnel carpale e per il Drg 039 Intervento di cataratta, convertiti a suo tempo in prestazioni ambulatoriali per effetto della Deliberazione Giunta regionale del 22 luglio 2002, n. 771, la prestazioni erogate in

favore di residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e di residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana avvengono nel setting assistenziale ambulatoriale, così come quelle effettuate in favore di residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni.

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

9. La Società dichiara che, per capacità produttiva, è in grado di garantire il soddisfacimento del fabbisogno manifestato dall'Azienda, per ciascuna delle attività oggetto del presente Accordo contrattuale.

10. L'Azienda si riserva la facoltà di rimodulare, in accordo con la Società, 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.

11. La Società si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione concordata allegata al presente atto e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute in corso d'anno, concordate con l'Azienda.

Art. 5 – TETTI ECONOMICI

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale entro un tetto di spesa unico ed omnicomprensivo annuo massimo pari a € 11.632.472, corrispondente al limite individuato dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, revisionato per esigenze aziendali in relazione all'anno 2020, il quale consente il rispetto, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, dei vincoli economici stabiliti dalla normativa vigente, richiamati nelle premesse. L'articolazione complessiva del tetto di spesa unico ed omnicomprensivo annuo di cui al presente articolo è rappresentata nell'**Allegato 1** al

presente atto, quale parte integrante e sostanziale.

2. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, la Società orienta il tetto di spesa unico ed omicomprensivo previsto dalla programmazione regionale, per una quota pari a € **5.057.702**, in favore del soddisfacimento del proprio fabbisogno, rilevato in base all'analisi dei tempi di attesa per l'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale e della mobilità sanitaria passiva per l'attività di ricovero, infra ed extra-regionale, di cui € **3.568.956** per prestazioni di ricovero e € **1.488.746** per prestazioni specialistiche ambulatoriali. I sotto tetti di spesa individuati sono a loro volta articolati secondo la valorizzazione economica per singola disciplina per le attività di ricovero e per tipologia di prestazione per le attività di specialistica ambulatoriale, come rappresentato nell'**Allegato 2** al presente Accordo, a costituirne parte integrante e sostanziale.

3. La Società orienta il tetto di spesa unico ed omicomprensivo previsto dalla programmazione regionale per una quota pari a € **337.043**, di cui € **317.043** per prestazioni di ricovero e € **20.000** per prestazioni specialistiche ambulatoriali per far fronte ad eventuali richieste di ricovero provenienti da cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana, con particolare riferimento alle aree territoriali di confine.

4. La Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dalla programmazione regionale, per una quota pari a € **6.237.727**, all'erogazione di prestazioni sanitarie in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie fuori regione, di cui € **5.870.727** per prestazioni di ricovero e € **367.000** per prestazioni specialistiche ambulatoriali (chirurgia della cataratta). Le Parti danno atto che il tetto di spesa annuo destinato alla presa in carico di utenti provenienti da altre regioni di cui al presente comma è stato utilizzato, in quota, per finanziare

l'attività congiunta erogata durante lo stato di emergenza conseguente al contagio da Coronavirus, in virtù dell'Accordo contrattuale di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 430 del 9 aprile 2020 – Repertorio aziendale n. 2062 del 14 maggio 2020.

5. Le Parti prendono atto che per le prestazioni specialistiche ambulatoriale, di cui al Flusso SPA, la valorizzazione è da intendersi al lordo della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino (la quota ricetta non è inclusa nei sotto-tetti di spesa individuati).

6. Eventuali modifiche alla programmazione di cui al presente articolo, determinate da esigenze della Società non programmate, potranno essere rese operative ad invarianza di spesa, a seguito di espresso accordo tra le parti, da conseguire tramite reciproco scambio di corrispondenza.

7. La programmazione concordata tra le Parti è sottoposta a verifica in corso d'anno alle seguenti date: 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre. A tal fine la U.O.C. Privato accreditato e Trasporti sanitari provvede alla elaborazione di apposito report trimestrale, da sottoporre all'attenzione della Società, contenente le percentuali di utilizzo dei sotto-tetti di spesa. Ciò al fine di assicurare il rispetto del budget complessivo annuale e, in particolare, dei livelli di spesa previsti per i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

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

9. 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) ed all’assistenza ospedaliera (SDO);	
	- è tesa a valutare il rispetto dei limiti quantitativi assegnati alla Società e la	
	coerenza della casistica erogata rispetto a quella contrattualmente prevista.	
	9. La Società si impegna ad assicurare coerenza fra quanto indicato nei flussi	
	informativi regionali, SDO e SPA, e gli importi fatturati all’Azienda, la quale	
	provvede a registrarli nei conti economici di pertinenza dell’assistenza specialistica	
	ambulatoriale e dell’assistenza ospedaliera da privato.	
	10. La Società garantisce, nell'arco dell'intero anno solare, l'omogenea distribuzione	
	in ragione mensile delle prestazioni concordate nell'ambito dei tetti economici	
	massimi, in conformità alla programmazione annuale definita, fatte salve le	
	eventuali modifiche intervenute in corso d’anno, previo accordo tra le parti.	
	11. La Società si impegna a dare tempestiva comunicazione all’Azienda di eventuali	
	scostamenti rispetto all’attività programmata nel corso dei vari mesi dell’anno, al	
	fine di una puntuale nuova programmazione e negoziazione delle attività nell’ambito	
	del tetto unico ed omnicomprensivo annuo.	
	12. La Società si impegna ad uniformarsi alle eventuali indicazioni di	
	programmazione aziendale, regionale e nazionale relative alle variazioni dei tetto	
	unico ed omnicomprensivo annuo, di cui al presente articolo.	
	Art. 6 – TARIFFE	
	1. La Società accetta il sistema di tariffazione con DRGs previsto per l’attività di	
	ricovero ospedaliero e il sistema di tariffazione di cui al nomenclatore tariffario	
	regionale previsto per l’attività specialistica ambulatoriale. Qualora le tariffe	
		Pagina 160 di 201
	17	

previste da detti sistemi siano superati dal legislatore nel corso di vigenza del presente Accordo contrattuale, si procede ad una revisione delle tariffe di cui al presente articolo, in conformità alle nuove disposizioni.

2. Le tariffe per le prestazioni di ricovero ospedaliero sono contenute nella citata Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947 – Tabelle B 2° Livello tariffario - Tariffe massime da applicare sul territorio regionale per i presidi di ricovero che operano in regime di elezione programmata. Esse s'intendono comprensive di tutti i costi sostenuti per la produzione delle singole prestazioni di ricovero, ivi compresi gli oneri relativi alle endoprotesi, agli impianti protesici, ortesici ed ausiliari utilizzati per le prestazioni di ricovero ed alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, quando correlate ad un episodio di ricovero (preospedalizzazione e controlli post-ricovero). Per quest'ultima precisazione le prestazioni ambulatoriali erogate durante gli episodi di ricovero sono inserite nel Flusso Spa al campo 14 Accesso – cod. 05 pre-ricovero e 07 post ricovero, con posizione rispetto alla compensazione pari a 0.

3. Le tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono contenute nella citata Deliberazione Giunta Regionale del 4 agosto 2011, n.723. A dette prestazioni si applica la normativa vigente in materia di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente, comprensiva di ticket e di quota ricetta, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 24 maggio 2004, n. 493 e ss.mm.ii. La riscossione dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) e quota ricetta) da parte del cittadino può avvenire presso la sede della Società. Qualora sia attuata detta 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. Trattandosi di prestazioni di ricovero e cura le stesse ricadono nel regime di esenzione IVA ai sensi dell'Art. 10 del DPR 26 ottobre 1972, n. 633.

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

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

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

a. prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di convenzione, con onere a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, erogate con personale medico dipendente e/o strutturato nella Società, senza alcun onere a carico del cittadino escluso eventuale miglioramento alberghiero;

b. prestazioni di ricovero ospedaliero con onere totale a carico del cittadino;

c. prestazioni di ricovero ospedaliero con onere ripartito fra il Servizio Sanitario Nazionale e il cittadino (nella misura definita dai provvedimenti regionali che stabiliscono le tariffe per le prestazioni di ricovero), nel caso che questi scelga di avvalersi di personale medico dipendente della Società, operante in regime libero professionale, così come disciplinato dalla Deliberazione Giunta regionale 19 marzo 2001, n. 283 recante "Esercizio di attività libero professionale nelle istituzioni sanitarie private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale" e successive modifiche ed integrazioni.

3. L'opzione è espressa sottoscrivendo apposito modello in uso presso la Società, da conservare all'interno della cartella clinica per i necessari controlli. Il modello adottato dovrà contenere indicazioni rese in maniera evidente, intelligibile ed

incontrovertibile, in modo tale che l'utente, all'atto della sottoscrizione, sia reso consapevole della possibilità di opzione e del fatto che:

- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera a) nulla è dovuto dal cittadino al personale medico messo a disposizione dalla Società;
- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera b) nulla è dovuto dal Servizio Sanitario Nazionale né al cittadino, a titolo di rimborso o altro, né alla Società;
- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera c), il Servizio Sanitario Nazionale si assume solamente l'onere previsto dai provvedimenti regionali, rimanendo a completo e totale carico del cittadino l'onorario del personale che agisce in regime di libera professione ed eventuali altre spese.

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

5. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, in applicazione delle Deliberazione Giunta regionale del 20 luglio 2009, n. 638 "Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi d'attesa, in regime istituzionale sia ordinario che libero professionale. Tutela di diritto d'accesso all'assistito", l'accesso avviene tramite Registro di Prenotazione unico degli interventi chirurgici programmabili in regime ospedaliero e in conformità al Regolamento aziendale di gestione unica delle liste di attesa. Ciò al fine di assicurare un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche, indipendentemente dalla modalità scelta dall'assistito.

6. La Società si impegna ad adeguare le proprie modalità organizzative a quanto contenuto nel Regolamento aziendale di gestione unica delle liste di attesa. A tal

fine la Società si impegna a comunicare le disponibilità di sedute operatorie programmate, tenuto conto del tetto economico di attività.

7. Nella predisposizione degli atti regolamentari del Registro di Prenotazione unico degli interventi chirurgici programmabili da parte dell'Azienda, quest'ultima, si impegna ad attivare uno specifico tavolo di raccordo per verificarne le compatibilità sanitarie, organizzative, amministrative e tecniche. Pertanto quanto previsto nei precedenti comma 5 e 6 sarà attuato successivamente alla sottoscrizione di un documento in cui siano concordate tali compatibilità.

Art. 8 – MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

1. Le prestazioni sono prenotate 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.

2. L'accesso alla prestazioni specialistiche ambulatoriali per tutte le tipologie di utenti avviene mediante prenotazione con procedura informatizzata Cup aziendale. La Società si impegna a comunicare/inserire la propria offerta.

3. Con l'inserimento della propria offerta nella procedura informatizzata Cup aziendale, l'Azienda e la Società concertano la programmazione annuale dell'attività sulla scorta della quale il Cup aziendale gestisce le agende, al fine di garantire il rispetto del tetto economico di attività. Qualsiasi variazione di palinsesto dovrà essere concordato con l'Azienda. Non sono ammesse variazioni unilaterali delle agende da parte della Società.

4. Premesso che l'offerta di prestazioni ambulatoriali viene erogata previa programmazione di agende informatizzate Cup, la Società s'impegna comunque a

provvedere alle attività di registrazione amministrativa della prestazione, in particolare per quanto riguarda la conferma dell'avvenuta erogazione. La non corretta registrazione dell'avvenuta erogazione di una prestazione comporta la sospensione del relativo pagamento.

Art. 9 – FLUSSI INFORMATIVI

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

2. Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, con l'inserimento dell'offerta della Società nel sistema CUP aziendale, la generazione dei flussi regionali avviene tramite il sistema informatico dell'Azienda. L'Azienda, tramite Estar, estrae i flussi informativi dell'attività resa dalla Società entro il giorno 5 di ogni mese, successivo alla chiusura del mese di riferimento. In relazione a farmaci erogati in favore di pazienti residenti in altre regioni che accedono alle prestazioni specialistiche

	ambulatoriali, la Società è tenuta alla compilazione del Flusso FED, secondo il	
	tracciato secondo il tracciato e le specifiche previste dalla Regione Toscana e	
	consultabili presso il sito https://www.regione.toscana.it/flussi-informativi .	
	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 regionali ed extra-regionali.	
	L'Azienda si riserva di rivalersi sulla Società, qualora questa non ottemperi agli	
	adempimenti previsti in materia di flussi informativi.	
	4. La Società si impegna a modificare i flussi informativi regionali delle prestazioni	
	di ricovero ospedaliero, mediante inserimento nella procedura Web Gauss, a seguito	
	dei controlli sanitari, entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al	
	controllo. Per l'ultimo trimestre tutte le rettifiche devono essere consolidate entro il	
	termine di chiusura del flusso SDO.	
	5. La Società trasmette alla competente struttura di Estar, entro il 20 gennaio di ogni	
	anno, la compilazione dei flussi informativi ministeriali tramite i Modelli STS,	
	validi per le strutture sanitarie extra-ospedaliere, con riferimento all'attività di	
	specialistica ambulatoriale (dati anagrafici della struttura, apparecchiature	
	biomediche, attività svolta), e i Modelli HSP validi per le strutture di ricovero (dati	
	anagrafici della struttura, posti letto, apparecchiature biomediche, attività svolta).	
	6. La Società è tenuta alla corretta compilazione e secondo la tempistica prevista del	
	conto annuale del personale delle strutture private convenzionate in favore della	
	Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della	
	statistica del Ministero della Salute. In caso di inadempimento l'Azienda è	
	autorizzata a sospendere i pagamenti dalla data del termine per l'adempimento.	
	Art. 10 – FATTURAZIONE	
		Pagina 166 di 201

1. Dal 31 marzo 2015, come da Decreto Ministeriale del 3 aprile 2013, n. 55, la trasmissione delle fatture emesse deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. La Società è tenuta ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio dell'area senese, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: ZXFD74. La Società emette fatture fino a concorrenza dei tetti di spesa programmati. 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, emesse in coerenza con i tetti di spesa programmati, dovranno essere inviate dalla Società all'Azienda entro il quinto giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite.

a) Fatturazione prestazioni di ricovero

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

- residenti nell'Azienda, suddivisi per Zone-distretto. In ogni fattura elettronica, o in una tabella riassuntiva allegata elettronicamente alla stessa, è indicato chiaramente l'importo di spesa di ogni zona-distretto, al fine di consentire la corretta registrazione della fattura stessa. A tal fine si indicano i codici di ciascuna Zona-distretto da utilizzare in sede di redazione della fattura: Zona Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana: R; Zona Amiata senese e Val d'Orcia, Valdichiana senese: P; Zona Aretina, Casentino, Valtiberina: Q; Zona dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana Aretina: G; Zona delle Colline dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona Senese: D.
- residenti in altre aziende della Regione Toscana, suddivisi per Azienda Sanitaria di provenienza;

	- residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Per i residenti in altre regioni, è	
	necessario allegare e conservare in cartella clinica copia fotostatica della tessera	
	sanitaria a disposizione dell'Azienda per eventuali controlli;	
	- residenti in stati membri dell'Unione Europea, i cui oneri sono registrati al conto	
	economico dei residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Al fine di ottenere	
	la liquidazione delle competenze dovute, la Società è tenuta ad inviare la	
	documentazione necessaria per la richiesta di rimborso allo Stato di origine, con	
	riferimento al Modello E112 o tessera sanitaria europea. La mancata	
	trasmissione della modulistica europea comporta la sospensione del pagamento	
	della relativa prestazione.	
	- residenti all'estero in stati con i quali sussistono accordi di reciprocità nella	
	presa in carico dell'utente, i cui oneri sono registrati al conto economico dei	
	residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Al fine di ottenere la liquidazione	
	delle competenze dovute, la Società è tenuta a trasmettere la documentazione	
	necessaria affinché l'Azienda possa procedere alle richieste di rimborso. In	
	considerazione della variabilità delle procedure internazionali di rimborso,	
	l'Azienda provvede a comunicare la specifica documentazione necessaria ai fini	
	del rimborso. La mancata trasmissione della documentazione sopra citata	
	comporta la sospensione del pagamento della relativa prestazione.	
	4. La Società si impegna ad inviare contestualmente all'invio della fattura	
	elettronica, la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli	
	amministrativi. In particolare dovrà essere trasmesso il Tabulato riepilogativo delle	
	degenze, con l'indicazione dei seguenti elementi: numero della scheda di dimissione	
	ospedaliera; cognome e nome dell'utente; comune di residenza anagrafica	
	dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale dell'utente;	
		Pagina 168 di 201

durata del ricovero, data di ingresso e data delle dimissioni; Drg di riferimento con relativo importo; onere del ricovero. La trasmissione del Tabulato riepilogativo avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 12.

5. In particolare, per le note di credito-fatture relative a verbali di controllo sanitari, il Tabulato riepilogativo allegato alla fattura dovrà contenere le seguenti informazioni aggiuntive: Drg e importo drg precedente al controllo; differenza importo tra Drg precedente al controllo e verbale; numero e data del verbale.

6. La Società si impegna ad inviare mensilmente all'Azienda la ricevuta di invio dati prodotta dalla procedura Web Gauss, per riscontro degli importi fatturati.

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

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

b) Fatturazione prestazioni specialistiche ambulatoriali

9. Le fatture mensili per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è “negoziato al lordo” 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. Sono articolate e redatte sulla base dell'azienda sanitaria di residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine:

	- residenti nell'Azienda, suddivisi per zone. In ogni fattura elettronica, o in una	
	tabella riassuntiva allegata elettronicamente alla stessa, deve essere chiaramente	
	indicato l'importo di spesa di ogni zona-distretto, al fine di consentire la corretta	
	registrazione della fattura stessa. A tal fine si indicano i codici di ciascuna Zona-	
	distretto da utilizzare in sede di redazione della fattura: Zona Amiata	
	Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana: R; Zona Amiata senese e Val	
	d'Orcia, Valdichiana senese: P; Zona Aretina, Casentino, Valtiberina: Q; Zona	
	dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana Aretina: G; Zona delle Colline	
	dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona Senese: D.	
	- residenti in altre aziende della Regione Toscana;	
	- residenti in aziende sanitarie di altre regioni.	
	10. La Società si impegna ad inviare contestualmente all'invio della fattura la	
	documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi. In	
	particolare dovranno essere trasmessi i Tabulati riepilogativi delle prestazioni	
	specialistiche ambulatoriali erogate, con l'indicazione dei seguenti elementi:	
	cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice	
	Azienda USL di residenza dell'utente; codice fiscale e/o ID regionale dell'utente;	
	codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; branca specialistica; codice	
	tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato; eventuali	
	codici di esenzione; riepilogo da cui risulti il totale dei ticket e l'importo	
	complessivo della quota ricetta riscossi, relativi la periodo, per ciascuna fattura	
	emessa. La trasmissione del Tabulato riepilogativo avviene secondo le modalità	
	indicate al successivo comma 12.	
	11. La Società si impegna ad inviare all'Azienda copia delle prescrizioni mediche,	
	su supporto informatico, per approfondimenti dei controlli amministrativi, con il	
		Pagina 170 di 201
	27	

timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta. Qualora l'accesso alla prestazione specialistica sia avvenuto tramite ricetta dematerializzata, la copia della ricetta è sostituita dalla stampa della prenotazione, facendo firmare quest'ultima all'utente. La stampa della prenotazioni è disposta a cura della Società secondo le seguenti modalità: tramite accesso alla procedura di prenotazione Cup web oppure dal sito di Ausl Tse: <https://www.uslsudest.toscana.it/cosa-fare-per/prenotare-visite-ed-esami/ambito-aretino/ristampare-e-annullare-prenotazione-area-aretina>. La trasmissione della Documentazione sanitaria inerente le prestazioni specialistiche ambulatoriali avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 12.

12. 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 il portale AlfrescoShare dell'Azienda, dove è possibile accedere ad una cartella riservata in favore della Società per caricare la documentazione. La Società assicura l'inserimento dei file zippati, protetti da password avente le seguenti caratteristiche: lunghezza di almeno 8 caratteri con almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale. Il file è nominato con la seguente struttura: mese_anno_nome istituto_note (es. 01_2020_IstitutoXXX_ricoveri), dove il mese è quello corrispondente alla competenza della fatturazione. La Società è tenuta inoltre a comunicare i riferimenti della persona da autorizzare per accedere al portale, con riferimento a: nome e cognome; codice fiscale; email (per invio segnalazioni, recupero password, ecc.).

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

14.	La documentazione prodotta conseguentemente all'erogazione delle prestazioni erogate in virtù del presente Accordo contrattuale è conservata in originale presso la sede della Società, nel rispetto della vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione degli atti pubblici.	
15.	I farmaci erogati in favore di utenti che accedono alle medesime prestazioni specialistiche sono oggetto di fatturazione separata.	
	Art. 11 – PAGAMENTI	
1.	Il pagamento delle prestazioni erogate dalla Società avviene entro 60 giorni dalla data di ricevimento delle fatture elettroniche da parte della Società medesima, a condizione che siano pervenuti all'Azienda, contestualmente alle fatture stesse, gli allegati e la documentazione richiesta al fine dell'effettuazione dei controlli amministrativi. Il ritardo nell'invio della documentazione necessaria ai fini dei controlli propedeutici al pagamento determina uno slittamento nei tempi di pagamento delle competenze dovute.	
2.	Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, la Società provvede a riversare all'Azienda gli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente (ticket) e a titolo di quota ricetta, di cui al riepilogo associato alla fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda. Per ciascuna causale è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni ambulatoriali erogate. Per riversare correttamente gli importi in argomento, la Società si uniforma alle procedure aziendali vigenti, a tal fine rese note dagli Uffici competenti. L'Azienda provvede ad effettuare, in via ordinaria, periodici controlli sui valori riversati dalla Società. Qualora siano rilevate anomalie, la Società è tenuta a regolarizzare la propria posizione. Il meccanismo del riversamento degli importi in oggetto è superato nel	
		Pagina 172 di 201

momento in cui l'Azienda fornisce la Società di apposito poss per il pagamento senza contanti, da utilizzare in base ad indicazioni fornite dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie.

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

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

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

	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. 12 – CONTROLLI AMMINISTRATIVI	
	1. L'Azienda provvede al controllo amministrativo di I livello, di cui alla Procedura	
	Aziendale PA AFG-PAT-001, delle prestazioni di ricovero ospedaliero e delle	
	prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalla Società.	
	2. L'Azienda provvede al controllo amministrativo di II livello, di cui alla Procedura	
	Aziendale PA AFG-PAT-001, secondo le seguenti modalità:	
	- per le prestazioni di ricovero, tramite la ricevuta di invio dati prodotta dalla	
	procedura Web Gauss e copia delle prescrizioni mediche di richiesta dei ricoveri	
	ospedalieri, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda;	
	- per le prestazioni ambulatoriali, tramite copia delle prescrizioni mediche di	
	richiesta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con il timbro	
	dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta o tramite la	
	stampa della prenotazioni firmata dall'utente in caso di ricetta dematerializzata;	
	- per le prestazioni erogate in relazione ai Progetti speciali previsti dal presente	
	Accordo contrattuale, tramite la documentazione sanitaria di accesso indicata in	
	ciascun progetto.	
	3. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione alla	
	Società. La Società provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come	
	sanabili entro il mese successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo	
	alle anomalie non sanate verrà decurtato dalla liquidazione spettante alla Società. La	
	Società è tenuta ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili. La	
		Pagina 174 di 201

liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito del ricevimento da parte dell'Azienda delle note di credito richieste alla Società.

4. Per la mensilità di dicembre, le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto dei tetti economici massimi previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e in altre regioni.

5. L'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti 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, secondo le seguenti modalità:

- per le prestazioni di ricovero, il confronto avviene tra i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti dal Flusso SDO, presenti nella procedura Web Gauss, come desunte dalla ricevuta mensile di invio dati prodotta dalla procedura Web Gauss;
- per le prestazioni ambulatoriali, il confronto avviene tra i dati contenuti nella fattura periodica e le prestazioni risultanti dal Flusso SPA.

6. 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.

7. 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, tramite emissione di note di credito.

8. 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, di spettanza della Società non ancora poste in liquidazione.

Art. 13 – CONTROLLI SANITARI

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

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

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

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

6. La Società è sottoposta ai controlli esterni per la verifica dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni sanitarie erogate da parte del Team di Area Vasta, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale del 18 febbraio 2019, n.188, recante "DGR 1331/2016: approvazione Piano Annuale dei Controlli di appropriatezza e qualità cartella clinica-Sdo anni 2019-2020". L'attività oggetto di controllo è prevalentemente quella di ricovero a carico totale o parziale del Servizio Sanitario Nazionale, ma possono essere previsti, se necessario, anche controlli sulle prestazioni ambulatoriali. In caso di rilievi, la Società provvede alla rettifica dei codici di diagnosi e procedure/interventi e al reinvio del file corretto (attraverso la procedura Gauss), entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo. Per l'ultimo trimestre tutte le rettifiche devono essere consolidate entro il termine di chiusura del flusso SDO.

7. Qualora in sede di controllo dell'attività da parte del Nucleo Operativo Controlli Sanitari istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 480 del 17 aprile 2019

si determini un diverso esito rispetto alle valutazioni operante dal Team di Area

Vasta in attuazione della Deliberazione Giunta regionale del 18 febbraio 2019,

n.188, è data prevalenza alla valutazione svolta dal Team.

8. Ai fini delle verifiche e dei controlli previsti dal presente articolo, la Società si

impegna a fornire tutte le informazioni e la documentazione idonea richiesta dal

personale dell'Azienda.

9. La Società si impegna ad eseguire controlli interni sulle proprie prestazioni di

ricovero, in attuazione delle Deliberazioni Giunta regionale del 29 ottobre 2013, n.

877 “Indicazioni sul sistema di controllo delle cartelle cliniche in attuazione del

DPCM 10/12/2009". Revoca DGR 697/2011" e del 9 dicembre 2014, n. 1140 "DGR

1163/2011 e DGR 877/2013: aggiornamento delle soglie minime di ammissibilità in

regime di ricovero diurno dei Drg chirurgici e medici ad alto rischio di

inappropriatezza in regime di ricovero ordinario e revisione delle modalità di calcolo

del numero delle cartelle cliniche da controllare”, con le quali si forniscono

indicazioni in merito al sistema di controllo delle cartelle cliniche in attuazione del

D.P.C.M. 10 dicembre 2009 e dove vengono indicate le soglie minime di

ammissibilità in regime di ricovero diurno dei Drg medici e chirurgici ad alto rischio

di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario e le modalità di calcolo del

numero di cartelle da controllare per i Drg medici e chirurgici.

10. Le parti concordano di prevedere l'istituzione di gruppi tecnici “misti” pubblico-

privato, che valutino, d'intesa, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate,

l'innovazione e le linee progettuali per casistica, nonché l'andamento delle attività a

fronte dei tetti economici programmati.

Art. 14 – PROGETTO SPECIALE: RIABILITAZIONE POST INTERVENTO

1. Le Parti danno atto del percorso di riabilitazione che la Società assicura ad utenti ovunque provenienti sottoposti ad interventi di ortopedia protesica., nell'ambito del tetto unico ed omnicomprensivo previsto dalla Deliberazione del Direttore Generale 23 dicembre 2020, n. 1438, cui si accede tramite piano riabilitativo predisposto da personale della Società di concerto con l'Equipe riabilitativa dell'Azienda..

2. La Società riserva alla attività di riabilitazione post intervento n. 5 posti letto accreditati per medicina fisica e riabilitazione per la presa in carico di interventi di protesi eseguiti presso la Casa di cura, applicando una tariffa massima di € 10.542,81 per ogni paziente trattato, a prescindere dalla provenienza territoriale dello stesso.

3. La tariffa è costituita dall'importo previsto per il Drg 544, pari a € 9.102,00, oltre la tariffa di € 205,83 a giornata di degenza per le attività riabilitative, per un numero massimo di n. 7 giorni di riabilitazione, desunta dalla Deliberazione Giunta regionale del 6 ottobre 2008, n. 776, che prevede la tariffa giornaliera pari a € 199,83 per MDC 8, maggiorata per un importo pari a € 6,00 giornaliera, a copertura dell'erogazione a carico della Società di tutte le prestazioni farmaceutiche, specialistiche e diagnostiche necessarie agli utenti durante il periodo di ricovero.

4. Nel caso di revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio, l'importo è desunto sommando alle medesime giornate massime di riabilitazione, l'importo previsto il Drg 545, ovvero € 11.487,00, per un importo complessivo massimo di € 12.927,81.

Art. 15 – PROGETTO SPECIALE RIABILITAZIONE OSPEDALIERA

1. Le Parti concordano di sospendere l'attività di riabilitazione extra-ospedaliera fino al 31 dicembre 2020, per riavviare le prestazioni in un quadro di

riorganizzazione complessiva del settore assistenziale in sede di rinnovo del presente Accordo contrattuale.

Art. 16 – PROGETTO SPECIALE: ATTIVITA' USV E SUAP

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

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

3. Il fabbisogno di posti letto per Speciale Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) è pari a n. 8, fino ad un massimo di n. 10 per il bacino di utenza provincia di Siena, con tariffa € 170,00/die, omnicomprensiva delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e cliniche, dei farmaci, dei device e dei dispositivi medici necessari all'assistenza, senza alcuna esclusione, con permanenza max 2 anni comprensivo del periodo trascorso in USV.

4. Detti posti letto dovrebbero rispondere ai requisiti previsti dal Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento, rispettivamente, alla sezione D.6 e alla sezione D.7. Le parti, a riguardo, prendono atto della nota della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale”, del 26 settembre 2017, prot. n. 45513, la quale precisa che le strutture sanitarie autorizzate come C.3 “Area di degenza”, che si convenzionano per l'erogazione di prestazioni di cui alle tipologie D6 “Strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera” e D7 “Strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale - cure intermedie”, nelle more della definizione della specifica Intesa in Conferenza Stato-regioni, nella quale si individueranno gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche prevista dal DM 70/2015, allegato 1, paragrafo 2.5, non procedono alla trasformazione dei relativi posti letto. Pertanto i posti letto di cui al presente comma risultano classificati come C.3 “Area di degenza”.

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

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

	appropriatezza presa in carico; effettua la verifica mensile sui casi ammessi in	
	struttura (USV/SUAP); effettua la verifica congruità sulle fatture emesse dalla	
	struttura ai fini della liquidazione.	
	6. Per i posti letto inseriti nell'area riservata a pazienti in condizione di stato	
	vegetativo (SV) e in stato di minima coscienza (SMC), le parti prendono atto della	
	nota della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale del 11 luglio 2018,	
	prot. n. 356891, la quale precisa che, per quanto i posti letto già definiti nei modelli	
	HSP13 e HSp 12 dedicati a questo tipo di assistenza non debbano variare la loro	
	classificazione, devono essere comunque censiti anche nei modelli STS11, come	
	strutture residenziali per anziani (S09), devono compilare il modello STS24 ed	
	eventualmente il modello STS14.	
	7. La Società provvede ad emettere fattura elettronica mensile distinta per l'attività	
	erogata nella Unità per Stati Vegetativi (USV) e nella Speciale Unità di Accoglienza	
	Permanente (SUAP), entro il giorno 10 del mese successivo a quello in cui le	
	prestazioni sono state eseguite, trasmettendola al codice ufficio ZXFD74, inviando	
	contestualmente alla trasmissione della fattura elettronica apposito Tabulato	
	riepilogativo, in cui sono riportate le seguenti informazioni: nome e cognome del	
	paziente (iniziali), codice di Ausl Toscana Sud Est (203); comune di residenza; data	
	di ingresso; eventuale data di dimissione; tariffa giornaliera; giornate di degenza;	
	importo mensile; importo a decurtazione per eventuale attività di consulenza	
	assicurata da Ausl Toscana Sud Est. L'invio del Tabulato riepilogativo è effettuato	
	secondo le modalità previste dal presente Accordo contrattuale all'Art. Fatturazione.	
	8. Qualora i posti letto non fossero totalmente occupati della USV e SUAP, sempre	
	su autorizzazione dell'Azienda, la Società può accettare pazienti provenienti da altre	
	aziende sanitarie toscane o da altre regioni. La precedenza è comunque riservata a	
		Pagina 182 di 201
	39	

pazienti dell'Azienda. L'Azienda assicura la consulenza del medico fisiatra anche per i pazienti di cui al presente comma.

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

Art. 17 – PROGETTO SPECIALE: ATTIVITA' CONGIUNTA DI CURE INTERMEDIE PER PAZIENTI COVID 19

1. Oggetto del presente articolo è l'attivazione a gestione congiunta tra le Parti di posti letto di cure intermedie ubicati presso la sede della Società, dedicati alla presa in carico di pazienti affetti da COVID 19, residenti nell'ambito territoriale della provincia di Siena, con possibilità di ingresso anche di pazienti provenienti da altre realtà aziendali o extra-aziendali, in caso di urgente necessità.

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

3. L'attivazione dei posti letto riservati è disposta su richiesta della Direzione Sanitaria dell'Azienda, sentito il Direttore del Dipartimento di Prevenzione in merito all'andamento del fenomeno del contagio da coronavirus. La Società si impegna a mettere a disposizione il reparto con piena applicazione dei percorsi di gestione di pazienti COVID 19, a pronta domanda. Nei periodi di non-utilizzo da parte dell'Azienda, la Società impiega i posti letto in argomento per l'erogazione delle attività accreditate-convenzionate.

4. Per la realizzazione dell'attività congiunta, la Società mette a disposizione

personale qualificato, in possesso dei titoli abilitanti, nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate. In particolare la medesima Società garantisce l'assistenza infermieristica e l'assistenza oss continuativa sulle 24 ore, con presenza per turno secondo i rapporti di seguito indicati: infermieri/degenti 1:10-12 e oss/degenti pari a 1:8/9.

5. La Società mette a disposizione idonee apparecchiature, strumentazioni, con particolare riferimento alla possibilità di erogazione di ossigeno presso ogni posto letto, e materiale di consumo, i farmaci, i materiali sanitari e i prodotti di magazzino e quant'altro necessario per il buon funzionamento del servizio di cure intermedie, incluso pasti, servizio lavanderia, supporto alberghiero e di struttura.

6. L'Azienda mette a disposizione dell'attività congiunta l'assistenza medica (specialista internista o equipollente), per almeno 30 ore settimanali. L'Azienda provvede a consegnare al personale messo a disposizione l'Ibadge per la rilevazione geolocalizzata della presenza.

7. L'Azienda è titolare a tutti gli effetti dell'attività congiunta erogata in regime di cure intermedie in favore degli utenti presi in carico dalla Società.

8. L'accesso degli utenti alla Struttura messa a disposizione della Società per attività congiunta è disposto dalla Centrale COVID cui giunge la segnalazione di dimissione del paziente da prendere in carico, proveniente da reparti COVID o da Pronto Soccorso, la quale predispone la documentazione di accesso. In casi residuali la segnalazione può provenire dal territorio. Successivamente il referente U.F. Cure Primarie e il referente U.F. Igiene e Sanità Pubblica, attivati dalla Centrale, avviano il percorso per l'inserimento.

9. Per la rilevazione dell'attività congiunta di cure intermedie, la Centrale COVID provvede ad alimentare il flusso informativo regionale specifico per cure intermedie,

con riferimento a presa in carico, ammissione, dimissione, chiusura.

10. In via ordinaria la permanenza in un reparto di cure intermedie è pari ad un massimo di 20 giorni. Nel caso specifico di gestione pazienti CODIV, la durata della permanenza è stabilita dalla Centrale COVID.

11. In casi eccezionali, qualora durante la permanenza si verifichi la necessità di trasferimento imprevisto del paziente per un aggravamento delle condizioni cliniche, la Società allerta la Centrale Operativa 118.

12. A fronte di n. 10 posti letto messi a disposizione per l'attività congiunta di Cure intermedie, l'Azienda corrisponde alla Società la tariffa giornaliera prevista dalla Deliberazione Giunta regionale 7 agosto 2017, n. 909 "Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera", pari a € 132,00 comprensiva di prestazioni specialistiche e terapia farmacologica, con abbattimento pari a 10%, oltre il rimborso spese forfettario comprensivo di pronta disponibilità e costi di sanificazione per ogni singola attivazione pari a € 3.000.000 e per i dispositivi di protezione individuale (con riferimento a maschera con visiera, guanti monouso, camice monouso), pari ad € 100,00 per ogni posto letto occupato.

13. Trattandosi di prestazioni di ricovero e cura le stesse ricadono nel regime di esenzione IVA ai sensi dell'Art. 10 del DPR 26 ottobre 1972, n. 633.

14. Il finanziamento dell'attività congiunta oggetto del presente articolo (retta giornaliera + rimborso forfettario) è desunto dal tetto di spesa per il ricovero previsto in favore di utenti ad accesso diretto provenienti da altre regioni, come definito in sede di negoziazione per l'anno 2020 e formalizzato con Deliberazione del Direttore Generale 23 dicembre 2020, n. 1438, disponibile alla data di attivazione dei posti letto da parte dell'Azienda.

	15. La fattura mensile è corredata da Tabulato riepilogativo recante le seguenti	
	informazioni: cognome, nome e codice fiscale utente; data di nascita; azienda	
	sanitaria e zona di residenza anagrafica dell'utente; diagnosi; data di ingresso; data	
	di dimissione, ove avvenuta nel mese; giorni di presenza; tariffa giornaliera per tutti	
	i posti riservati, con abbattimento pari a 10%, oltre quantificazione del rimborso	
	forfettario.	
	16. La Società si impegna ad inviare all'Azienda, a corredo della fattura mensile,	
	copia dei moduli di accesso al servizio di Cure Intermedie verificatisi nel corso del	
	mese, per approfondimenti dei controlli amministrativi.	
	17. Il Tabulato riepilogativo e i moduli degli accessi al servizio di Cure Intermedie	
	sono trasmessi in conformità alle indicazioni di cui all'Art. Fatturazione.	
	18. La documentazione sanitaria prodotta conseguentemente all'erogazione delle	
	attività oggetto del presente articolo è redatta su modello aziendale ed è conservata	
	in originale presso la Società per una settimana a seguito della dimissione	
	dell'utente, per poi essere trasferita presso l'archivio dell'Azienda, che provvederà a	
	conservarla, nel rispetto della vigente normativa in materia di archiviazione e	
	conservazione degli atti pubblici.	
	Art. 18 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE DEL SSN	
	1. La Società prende atto del principio di unicità del rapporto di lavoro con il	
	Servizio sanitario nazionale sancito dell'art. 4. comma 7 della Legge 30 dicembre	
	1991, n. 412, che rende il personale dipendente e convenzionato incompatibile con	
	ogni altro rapporto di lavoro dipendente o di natura convenzionale con altri soggetti,	
	incluse le strutture private convenzionate con il medesimo Servizio sanitario	
	nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì	
	incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la	
	43	Pagina 186 di 201

compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso. Inoltre, l'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale prevista dalla normativa vigente è esclusa in strutture private convenzionate con il medesimo Servizio sanitario nazionale, come ribadito anche dall'art. 1, comma 5, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662.

2. La Società prende altresì atto che la disciplina in materia di prevenzione della corruzione di cui alla Legge 8 novembre 2012, n. 190 ha inserito nell'art. 53, comma 16 ter del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, un vincolo per tutti i dipendenti, che, negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle Pubblica Amministrazione, di non poter svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

3. Tenuto conto della normativa vigente in materia di incompatibilità del personale del Servizio Sanitario Nazionale, la Società si impegna a non utilizzare personale incompatibile per l'erogazione delle prestazioni di cui al presente atto e a documentare lo stato del proprio organico a regime, con il quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente, mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva scritta, resa da soggetti comunque operanti nella propria struttura, dalla quale risulti la situazione lavorativa degli stessi e a darne comunicazione all'Azienda alla data di stipula del presente Accordo contrattuale e successivamente entro il 31 gennaio di ogni anno.

4. La Società prende atto che l'accertata insussistenza della capacità di garantire le proprie prestazioni con personale incompatibile comporta la revoca dell'accreditamento e la risoluzione del presente Accordo contrattuale, con facoltà per l'Azienda 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. 19 – 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. La Società si impegna a dare adeguata pubblicità agli utenti della Carta dei Servizi.

Art. 20 – 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 come le eventuali scelte libero professionali ed il maggior comfort alberghiero.

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 Toscana.

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. 21 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

1. Con la sottoscrizione del presente Accordo Contrattuale, l'Azienda nomina la Società quale Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (di seguito RGPD) per le operazioni di trattamento sui dati personali di cui l'Azienda è Titolare e di cui il Responsabile entra in possesso o a cui ha comunque accesso, nell'esecuzione delle attività oggetto del presente e dei compiti affidati ai sensi del contratto in essere tra le Parti

2. Le Parti disciplinano il trattamento dei dati tramite apposito contratto vincolante per il Responsabile, che individua la materia del trattamento, la durata, la natura e la finalità, il tipo di dati personali trattati e le categorie di interessati, gli obblighi e i diritti del Titolare del trattamento, come da schema allegato al presente atto, a costituirne parte integrante e sostanziale (**Allegato 4**).

2. La Società si impegna espressamente a non effettuare operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Azienda oltre quelli indicati dal presente Accordo, non rientrando tali operazioni tra quelle affidate alla Società.

3. I dati relativi ai soggetti che svolgono le attività di cui al presente Accordo ed a

quelli che effettuano attività funzionali alla gestione amministrativa del rapporto convenzionale, saranno trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, adeguatezza, pertinenza e necessità di cui all'art.5, paragrafo 1 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR 679/2016). Le parti si danno reciprocamente atto che le persone che agiscono per loro conto sono state informate sull'utilizzo dei propri dati personali.

Art. 22 – RESPONSABILITA'

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

2. 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. 23 – RECESSO

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

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

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

Art. 24 – PENALITA' E RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

1. Eventuali inadempienze al presente Accordo contrattuale sono 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. In caso di non accoglimento delle controdeduzioni da parte dell'Azienda, il competente Ufficio aziendale procederà all'applicazione delle penalità commisurate al danno arrecato e graduate, in base alla gravità della violazione, da un minimo di € 400,00 ad un massimo di € 1.000,00 anche tramite compensazione con quanto dovuto alla Struttura per le prestazioni rese.

3. L'applicazione delle penali previste dal presente articolo non preclude il diritto dell'Azienda a richiedere il risarcimento degli eventuali danni derivanti dalla mancata o non conforme attività dovuta ai sensi del presente accordo. La richiesta e/o il pagamento delle penali di cui al presente articolo non costituisce esonero in alcun caso per la Struttura dall'adempimento dell'obbligazione per la quale è inadempiente e che ha fatto sorgere l'obbligo di pagamento della medesima penale.

4. 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. 25 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

1. Il presente Accordo contrattuale 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 Accordo;
- in caso di riscontrati inadeguati livelli quali-quantitativi del servizio (con obbligo della Struttura 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;
- la reiterata inosservanza da parte della Società, più volte comunicata dall'Azienda, dell'obbligo di programmare l'attività in modo da consentirne l'omogenea erogazione in dodicesimi durante l'intero arco dell'anno, nel rispetto della programmazione annuale e dei complessivi tetti di spesa stabiliti;
- 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 o altra forma idonea di garanzia 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. 26 – CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

1. Ogni eventuale contestazione e/o controversia che dovesse insorgere fra le parti in relazione all'interpretazione ed all'esecuzione della 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. 27 - DECORRENZA E VALIDITÀ'

1. Il presente Accordo contrattuale ha validità dal 1 luglio 2020 fino al 31 dicembre 2020, con possibilità di rinnovo per una ulteriore annualità, agli stessi patti e

	condizioni. Qualora durante detto periodo intervenga la revisione della	
	Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220 o lo schema di contratto	
	unico regionale, come accennato nelle premesse, oppure entrambi contestualmente,	
	il presente atto decade per essere sostituito dalla nuova disciplina.	
	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, inclusa la revisione del	
	tetto di spesa di cui alla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220,	
	disposta per l'anno 2020 per esigenze aziendali. Il rinnovo è formalizzazione con	
	atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda.	
	3. Decorso il termine finale senza che sia intervenuto il formale rinnovo del	
	rapporto, il contratto si intende cessato, con conseguente impossibilità di proseguire	
	nell'erogazione delle prestazioni oggetto di collaborazione.	
	4. I contenuti organizzativi ed economici del presente atto possono essere oggetto di	
	revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su	
	iniziativa delle Parti. Le eventuali modifiche all'Accordo contrattuale possono	
	essere disposte mediante accordi integrativi, da approvare con deliberazione del	
	Direttore Generale dell'Azienda.	
	5. 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, previa deliberazione del Direttore	
	Generale dell'Azienda.	
	Art. 28 – TRASPARENZA ED INTEGRITÀ	
	1. La Società dichiara di aver preso visione del codice etico dell'Azienda approvato	
		Pagina 194 di 201
	51	

con Deliberazione del Direttore Generale n. 1234 del 10 novembre 2016 e di accettarne il contenuto per quanto applicabile e condividerne i principi.

2. La Società è consapevole, accetta ed autorizza l'Azienda alla pubblicazione integrale del presente Accordo contrattuale e di tutti gli allegati sul portale della trasparenza dell'Azienda nonché alla pubblicazione dei dati previsti dalla vigente normativa. Si impegna altresì al rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trasparenza per la parte di competenza.

Art. 29 – 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 € 288. 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. 26 – REPERTORIO

1. Il presente Accordo contrattuale viene stipulato in forma di scrittura privata non autenticata, secondo le regole della sottoscrizione digitale, con firma elettronica.

2. Il presente Accordo contrattuale consta di n. 29 articoli, n. 53 pagine e n. 4		
allegati, ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali, che provvede ad		
iscriverlo a Repertorio aziendale.		
3. Il presente atto, sottoscritto tra le parti, è trasmesso in copia alla Direzione		
regionale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale.		
Letto, firmato e sottoscritto		
L'Amministratore Delegato	Il Direttore U.O.C. PA e TS	
Rugani Hospital Srl	Azienda UsI Toscana Sud Est	
(Dott. Alessandro Callai)	(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)	
<i>(firmato digitalmente)</i>	<i>(firmato digitalmente)</i>	

Le parti accettano tutte le clausole sopra riportate, nessuna esclusa. In particolare, la		
Società dichiara di aver considerato con particolare attenzione e di accettare tutte le		
clausole essenziali ai fini dell'applicazione del presente contratto, che devono		
pertanto intendersi efficaci ai sensi dell'art. 1341 c.c.:		
L'Amministratore Delegato	Il Direttore U.O.C. PA e TS	
Rugani Hospital Srl	Azienda UsI Toscana Sud Est	
(Dott. Alessandro Callai)	(Dott. ssa Elisabetta Lucaroni)	
<i>(firmato digitalmente)</i>	<i>(firmato digitalmente)</i>	
		Pagina 196 di 201
53		

ALLEGATO 1 - PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2020				
RUGANI HOSPITAL SRL				
VOLUMI ECONOMICI				
CONTO ECONOMICO	DESCRIZIONE ATTIVITA'	TETTO DI SPESA		
RESIDENTI AUSL TOSCANA SUD EST				
80200600	Attività di ricovero residenti Ausl Toscana Sud Est	3.568.956		
80200600	Attività COD 56 - MDC 1, 4, 5, 8, 23 residenti Ausl Tse - DI CUI	500.000		
80200600	Attività COD 56 - MDC 8 residenti Ausl Tse - DI CUI	285.248		
80200260	Attività specialistica e diagnostica residenti Ausl Toscana Sud Est	1.488.746		
	TOTALE	5.057.702		
RESIDENTI RESIDENTI TOSCANI				
80200601	Attività di ricovero residenti Regione Toscana, inclusa attività di riabilitazione extra-ospedaliera Cod. 56	317.043		
80200261	Attività specialistica e diagnostica residenti Regione Toscana	20.000		
	TOTALE	337.043		
RESIDENTI RESIDENTI EXTRA REGIONE				
80200630	Attività di ricovero residenti extra-regione, inclusa attività di riabilitazione ospedaliera Cod. 56	5.942.262		
80200630	Attività di ricovero di alta complessità residenti extra-regione DI CUI	4.103.617		
80200630	Attività di ricovero di bassa complessità residenti extra-regione DI CUI	1.838.645	71.535	1.767.110
80200290	Attività specialistica e diagnostica residenti extra-regione	367.000		
	TOTALE	6.237.727		
TOTALE COMPLESSIVO		11.632.472		
I tetti di spesa sopra individuati costituiscono limiti massimi, come stabilito dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220. L'Azienda Usl Toscana Sud Est può definire importi anche inferiori rispetto a quelli valorizzati dal citato atto di programmazione regionale, motivando l'eventuale proposta di riduzione				
A seguito di revisione della Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, prevista nel corso del 2020, la presente programmazione economica è rivista in conformità ai nuovi indirizzi regionali, al fine di adeguarsi alla rideterminazione dei tetti di spesa				
E' prevista la possibilità di compensare le risorse tra le attività di ricovero e le attività specialistiche, a fronte di un fabbisogno rilevato, sia ad iniziativa della Ausl Toscana Sud Est che da parte delle Case di Cura convenzionate, nell'ambito del tetto di spesa complessivo previsto per ogni tipologia di utenti, previo specifico accordo da realizzare tramite scambio di posta elettronica, come avviene per prassi consolidata				
80200340	Unità per Stati Vegetativi (USV)	744.600		
80200340	Speciale Unità di Accoglienza Permanente (SUAP)	496.400		
		1.241.000	oltre il tetto di spesa previsto dalla DGRT 1220/2018	

Riduzione per finanziamento altre Strutture sanitarie accreditate convenzionate

ALLEGATO 2 - PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2020					
RUGANI HOSPITAL SRL					
TIPOLOGIE DI ATTIVITA' PER RESIDENTI AUSL TOSCANA SUD EST					
PRINCIPALI DRG 'S finalizzati al recupero di mobilità sanitaria passiva <i>Possibilità effettuare ricoveri per DRG diversi da quelli indicati in misura non superiore al 10% del totale complessivo</i> <i>Elasticità nel consumo dei tetti previsti per ortopedia, chirurgia generale, urologia</i>					
ATTIVITA DI RICOVERO					
ORTOPEDIA PROTESICA Drg 491 Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori Drg 500 Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza cc Drg 544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori Drg 545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio		€	2.133.708		
ORTOPEDIA NON PROTESICA Drg 211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni, senza cc Drg 223 Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con c Drg 224 Interventi maggiori su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni Drg 225 Interventi su piede Drg 503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione					
CHIRURGIA GENERALE Drg 158 - Interventi su ano e stoma senza CC Drg 160 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc Drg 161 Ernia inguinale e femorale con cc Drg 162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc				€	200.000
UROLOGIA Drg 308 Interventi minori sulla vescica con CC Drg 309 Interventi minori sulla vescica senza CC Drg 310 Interventi per via transuretrale con cc Drg 311 Interventi per via transuretrale senza cc Drg 323 Calcolosi urinaria con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni Drg 324 Calcolosi urinaria senza cc Drg 335 Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC Drg 336 Prostatectomia transuretrale con cc Drg 337 Prostatectomia transuretrale senza cc Drg 339 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni				€	450.000
RIABILITAZIONE MDC 08 Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo - Drg 249 MDC 01, 04, 05, 08, 23		€	285.248		
		€	500.000		
		#RIF!			
ATTIVITA' AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA					
PRESTAZIONE	TARIFFA MEDIA	VOLUME AA. 2020	COSTO		
ECO-INTERNISTICA	47	2340	€ 110.000		
ECD-DIVA	50	160	€ 8.000		
RM	130	2102	€ 273.246		
TC	130	1385	€ 180.000		
CHIRURGIA DELLA CATARATTA	900	1019	€ 917.500		
			€ 1.488.746		

€ 571.246 213.679,00 357.567,00

PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2020			
RUGANI HOSPITAL SRL			
SICUREZZA E APPROPRIATEZZA DELLE CURE			
<div> <div> SOGLIE MINIME DI VOLUMI DI ATTIVITA' DM 70/2015 </div> <div> Interventi chirurgici per Ca mammella (attività non prevista)150 interventi annui Colecistectomia laparoscopica100 interventi annui Intervento chirurgico per frattura di femore75 interventi annui </div> </div> <div> <div> SOGLIE DI RISCHIO DI ESITO DM 70/2015 </div> <div> Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorniminimo 70% Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore d di età > 65 aa minimo 60% </div> </div>			
ARTRODESI VERTEBRALE: attuazione corretta procedura d'intervento in conformità alle indicazioni della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, di cui alla nota Prot. n. 0192232 del 9 maggio 2019 allegata			
DRG ESCLUSI PER TUTTE LE TIPOLOGIE DI UTENTI CON ONERI A CARICO DEL SSN			
DRG E DESCRIZIONE	MDC	TIPO	PESO
001 - Craniotomia, età > 17 anni con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,42
002 - Craniotomia, età > 17 anni senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,33
003 - Craniotomia, età < 18 anni	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	2,30
041 - Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	2 Malattie e disturbi occhio	C	4,06
049 - Interventi maggiori sul capo e sul collo	3 Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	C	0,16
075 - Interventi maggiori sul torace	4 Malattie e disturbi apparato respiratorio	C	2,396
076 - Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	4 Malattie e disturbi apparato respiratorio	C	3,50
077 - Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	4 Malattie e disturbi apparato respiratorio	C	1,499
103 - Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	0 Nessun MDC	C	4,56
104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo c5	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	6,062
105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo c5	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,04
106 - Bypass coronarico con PTCA	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	3,50
108 - Altri interventi cardiotoracici	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,98
110 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,85
111 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,07
117 - Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,49
118 - Sostituzione di pacemaker cardiaco	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,41
120 - Altri interventi sull'apparato circolatorio	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,49
257 - Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	1,285
258 - Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	1,22
259 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	0,12
260 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	9 Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	C	6,18
302 - Trapianto renale	11 Malattie e disturbi rene e vie urinarie	C	2,45
370 - Parto cesareo con CC	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	6,69
371 - Parto cesareo senza CC	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	5,09
374 - Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	4,82
375 - Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	914
377 - Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	5,47
381 - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	14 Gravidanza, parto e puerperio	C	3,17
394 - Altri interventi sugli organi emopoietici	16 Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	C	0,86
401 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	0,21
402 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	2,90
406 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CX	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	6,45
407 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CX	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	6,26
408 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	3,46
479 - Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,27
480 - Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	0 Nessun MDC	C	3,88
481 - Trapianto di midollo osseo	0 Nessun MDC	C	4,17
484 - Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	24 Traumatismi multipli	C	0,89
493 - Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	7 Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	C	3,71
494 - Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	7 Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	C	889
495 - Trapianto di polmone	0 Nessun MDC	C	6,83
504 - Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di 22 Ustioni	0 Nessun MDC	C	6,61
506 - Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma :22 Ustioni	0 Nessun MDC	C	0,65
507 - Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma:22 Ustioni	0 Nessun MDC	C	5,62
512 - Trapianto simultaneo di pancreas/rene	0 Nessun MDC	C	5,94
513 - Trapianto di pancreas	0 Nessun MDC	C	2,70
515 - Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,79
518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria c5	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	1,56
525 - Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	9,932
528 - Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	5,726
529 - Interventi di anastomosi ventricolare con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	5,39
530 - Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	6,97
531 - Interventi sul midollo spinale con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	6,65
532 - Interventi sul midollo spinale senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,48
533 - Interventi vascolari extracranici con CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	2,11
534 - Interventi vascolari extracranici senza CC	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	1,45
535 - Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, u5	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,51
536 - Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, u5	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,35
539 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	3,488
540 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	C	3,83
541 - Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = o > 0	0 Nessun MDC	C	3,48
543 - Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta c1	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	6,64
547 - Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,81
548 - Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,59
549 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	5,54
550 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	1,66
551 - Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di de5	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,20
552 - Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore5	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,13
553 - Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,649
554 - Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	0,54
555 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggi5	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	6,22
556 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagn5	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	2,64
557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi c5	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	1,77
558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi5	5 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	C	4,84
577 - Inserzione di stent carotideo	1 Malattie e disturbi sistema nervoso	C	3,17
578 - Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	18 Malattie infettive e parassitarie	C	2,6

solo se > 100 interventi

solo se > 100 interventi



Oggetto: DGR 1237/2014: “Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera. Revisione 2014”: indicazioni procedura intervento di Artrodesi Vertebrale

Spett.li	Direttori Sanitari Aziende sanitarie locali Aziende ospedaliero-universitarie
Spett.le	Rappresentante legale AIOP

Nelle more dell’aggiornamento della suddetta Delibera di Giunta, si forniscono le seguenti indicazioni per la corretta procedura dell’intervento di Artrodesi Vertebrale con invito a trasmetterle agli interessati:

- **Intervento classico**

prevede la fusione delle vertebre mediante l’utilizzo di dispositivi quali viti, uncini, barre e placche di metallo (acciaio, titanio) o non metalliche. Perché l’unione sia solida è necessario un innesto osseo, che può essere autologo, eterologo o sintetico, in questi casi i codici da utilizzare sono:

81.00-81.08 = L’indicazione dei codici di procedura 81.00-81.08 sarà considerata corretta nel caso in cui le fasi dell’intervento prevedano una artrodesi (fusione) ovvero una cruentazione delle lamine e delle basi delle apofisi spinose, con contestuale applicazione di innesto osseo autologo o di sintesi sulle superfici cruentate.

- **Chirurgia mininvasiva del rachide**

utilizza dispositivi di fissazione per processi spinosi, l’impiego di questi device può essere effettuato come completamento nella fusione inter- somatica (artrodesi), o come dispositivo di fissazione autonomo, in associazione quindi o meno con altri dispositivi intervertebrali, e con o senza innesto osseo.

8458-8459 = impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso.

L’indicazione del codice di procedura di artrodesi 81.08 sarà considerata ovviamente altrettanto corretta nel caso in cui le fasi di intervento prevedano, in associazione all’utilizzo di questi device, anche un’artrodesi posteriore (fusione), ovvero una cruentazione delle

lamine e delle basi delle apofisi spinose, con applicazione di innesto osseo autologo o di sintesi sulle superfici.

In assenza delle procedure sopradescritte per l'artrodesi, il DRG risultante dovrà essere il 500.

Si precisa inoltre che:

- ai fini del giudizio di congruenza dei codici di procedura impiegati sarà dirimente quindi la lettura dei verbali operatori, che dovranno contenere la descrizione chiara e particolareggiata della procedura attuata;
- l'indicazione all'intervento chirurgico deve essere sempre confermata nella refertazione dell'imaging preoperatoria;
- per le Indicazioni di utilizzo dei dispositivi interspinosi di tipo dinamico, si rimanda ai contenuti della Circolare Ministeriale n. 3354 del 23 gennaio 2015.

Il Dirigente

MTM/sc