

Repertorio aziendale n. 4439 del 18 marzo 2025

Deliberazione del Direttore Generale n. 169 del 18 febbraio 2025

ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E MEDI

GROUP TOSCANA SRL

Acquisto prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera intensiva

in regime ambulatoriale e domiciliare

TRA

L'**Azienda Usl Toscana Sud Est**, con sede legale in Arezzo, via Piero Calamandrei, 173

(C.F./P.Iva. 02236310518), di seguito denominata "*Azienda*", nella persona di Elisabetta

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

Siena, Piazza Carlo Rosselli, n. 26, la quale interviene non in proprio ma esclusivamente in

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

pubbliche, Private accreditate e Trasporti sanitari, a ciò delegata con Deliberazione del

Direttore Generale n. 794 del 20 luglio 2020, esecutiva ai sensi di legge, che la autorizza ad

impegnare legalmente e formalmente l'Azienda per il presente atto;

E

La Società **MEDI GROUP TOSCANA SRL**, con sede legale in Grosseto, Via Birmania, 72-

74 (CF E P.IVA 01234290532), di seguito denominata "*Erogatore*", nella persona del Legale

rappresentante, [REDACTED], il quale interviene

non in proprio ma esclusivamente in nome e per conto della Società, domiciliato per la carica

presso la sede della medesima, in favore della Struttura denominata Centro Vasari;

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 quater comma 2, in virtù del quale la qualità di soggetto accreditato non costituisce	
	vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la	
	remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo	
	8 quinquies.	
	l'art. 8 quinquies comma 2, in virtù, del quale la regione e le unità sanitarie locali, anche	
	attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le	
	strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti	
	accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello	
	regionale;	
	l'art. 8 quinquies comma 1-bis, in virtù del quale i soggetti privati sono individuati, ai fini	
	della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non	
	discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri	
	oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche	
	prestazioni sanitarie da erogare;	
	l'art. 8 quinquies comma 2, in virtù del quale la regione e le unità sanitarie locali, con le	
	modalità di cui al comma 1-bis, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate,	
	2	

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** “Disciplina del Servizio Sanitario Regionale”, ed in particolare:

l’art. 9, 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 5, il quale precisa che la valorizzazione delle prestazioni, ancorchè gestite tramite compensazioni regionali, è definita dalle convenzioni e dai rapporti tra Aziende Sanitarie e tra queste e le istituzioni private e non può comunque essere superiore alle tariffe massime definite dalla Regione;

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

l’art. 76 “Erogazione delle prestazioni da parte di strutture private”, comma 2, il quale prevede che l’Azienda Unità Sanitaria Locale procede alla definizione degli appositi rapporti di cui all’art. 8 del decreto delegato (...), al perfezionamento del rapporto si provvede a seguito di negoziazione effettuata, sulla base di volumi prefissati di prestazioni, in riferimento a tariffe determinate dalla Giunta Regionale;

	la Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 , recante “Norme in materia di qualità e sicurezza	
	delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di	
	accreditamento” e successive modifiche ed integrazioni;	
	il DPGR 16 settembre 2020, n. 90/R “Autorizzazione e accreditamento delle strutture	
	sanitarie. Modifiche al regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51,	
	approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016, n. 79”, con	
	richiamo, in particolare, ai seguenti requisiti di autorizzazione all’esercizio:	
	B2.1 - Strutture ambulatoriali di Recupero e Riabilitazione Funzionale;	
	il Decreto Ministero della Salute 19 dicembre 2022 “Valutazione in termini di qualità,	
	sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l’accreditamento e per gli accordi	
	contrattuali con le strutture sanitarie”;	
	la Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150 , “DGRT n. 967 del 7 agosto	
	2023 “Recepimento disposizioni DM Ministero della Salute del 19 dicembre 2022 - Gazzetta	
	Ufficiale n. 305 del 31/12/2022 - prime linee di indirizzo applicative alle strutture sanitarie,	
	pubbliche e private”: revoca e nuovo recepimento”;	
	la Deliberazione Giunta regionale 30 maggio 2005, n. 595 “Percorso assistenziale per le	
	prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione. Percorso assistenziale per le	
	prestazioni di riabilitazione ambulatoriale”, per gli aspetti inerenti il Percorso 3 “Percorso	
	assistenziale ambulatoriale di riabilitazione”;	
	la Deliberazione Giunta regionale 6 ottobre 2008, n. 776 “Definizione tariffe per gli anni	
	2008, 2009, 2010”, con la quale è stato formalizzato il sistema tariffario regionale per le	
	attività di riabilitazione extra ospedaliera, intensiva ed estensiva;	
	la Deliberazione Giunta regionale 21 dicembre 2018, n. 1476 “Aggiornamento e	
	differenziazione tariffe con riferimento a specifiche tipologie di setting e di utenti per gli anni	
	2019 - 2020 – 2021”, con la quale sono state rimodulate alcune delle tariffe massime stabilite	
	4	

dalla soprarichiamata DGRT 776/08, precisando che per quanto non modificato dalla DGRT 1476/2018, resta valido quanto previsto dalla DGRT 776/2008;

il **Decreto Legislativo 9 ottobre 2002 n. 231** in merito alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, nonché la Direttiva 2011/7/UE del 16 febbraio 2011, che prevede a carico delle pubbliche amministrazioni il rispetto dei termini di pagamento contrattualmente previsti.

la **Deliberazione del Direttore Generale 16 ottobre 2024, n. 1010** “Avviso pubblico rivolto a Strutture private accreditate interessate alla sottoscrizione di Accordi contrattuali ai sensi dell’art. 8 quinquies del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. per attività di riabilitazione extra-ospedaliera e centro diurno psichiatrico– Adozione”;

la **Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est 30 dicembre 2024, n. 1368** “Avviso pubblico a manifestare l’interesse rivolto a strutture private accreditate interessate alla sottoscrizione di accordi contrattuali ai sensi dell’art. 8 quinquies del D. Lgs 502/92 e s.m.i. per attività di riabilitazione extra-ospedaliera e centro diurno psichiatrico – Individuazione Elenco di Strutture idonee ed assegnazione tetti di spesa annui”;

PREMESSO

CHE l’Istituto risulta in possesso di autorizzazione all’esercizio di attività sanitarie, come da Provvedimento del Comune di Grosseto n. 29 del 13 dicembre 2001, per Centro e Presidio ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale – Cod. B2.1, nei locali posti nell’immobile ubicato in Via Vasari, n. 19/25, e del Provvedimento n. 780 del 20 luglio 2017, per trasformazioni interne del medesimo immobile;

CHE l’Istituto risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 1649 del 1 febbraio 2023, per il processo di riabilitazione, nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione, erogato nella struttura sanitaria

ambulatoriale privata, Centro di recupero e riabilitazione funzionale, ubicata in via Vasari 19

Grosseto, denominata Centro Vasari;

CHE l'Erogatore risulta in possesso dell'Attestazione del possesso dei requisiti previsti

dall'Allegato A della Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150;

CHE l'Erogatore ha aderito all'Avviso Pubblico di cui alla Deliberazione del Direttore

Generale 16 ottobre 2024, n. 1010, con domanda del 15 novembre 2024, Prot. n. 277279,

disponibile in atti;

CHE la Commissione di Valutazione, nominata con Deliberazione del Direttore Generale 19

novembre 2024, n. 1161, ha ritenuto l'Erogatore idoneo alla stipula di Accordi contrattuali ai

sensi dell'art. 8 quinquies comma 1, del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. per prestazioni afferenti ai

Flusso informativo regionale SPR – Riabilitazione extra-ospedaliera intensiva, affidando un

tetto di spesa annuo omnicomprensivo pari a € **346.000**, come risulta da apposito Verbale di

valutazione del 20 dicembre 2024, Prot. n. 309728, disponibile in atti;

CHE a seguito della stipula del presente Accordo contrattuale l'Erogatore è da ritenersi parte

integrante dell'offerta complessiva regionale e come tale oggetto di politiche di

programmazione sanitaria coerenti con quelle che regolano l'erogazione dei servizi nelle

strutture pubbliche;

TUTTO CIO' RICHIAMATO E PREMESSO TRA LE PARTI COME SOPRA

COSTITUITE SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – PREMESSE

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

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

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente Accordo Contrattuale, affida all'Istituto, individuato tramite apposita selezione a seguito di Avviso pubblico, 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:

- Riabilitazione extra ospedaliera intensiva post-acuta in regime ambulatoriale e domiciliare, in favore di utenti adulti;
- Riabilitazione extra ospedaliera intensiva in regime ambulatoriale e domiciliare per patologie neuropsichiche, in favore di utenti minori;

2. Il presente Accordo contrattuale 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, fatta salva la fatturazione diretta a carico dell'Azienda di provenienza dell'assistito.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. L'Erogatore ha l'obbligo di erogare le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale nel rispetto dei tempi, dei modi e delle quantità effettivamente necessarie al soddisfacimento del bisogno riabilitativo del paziente e nel rispetto delle specifiche indicazioni contenute nella Deliberazione Giunta regionale n. 15 maggio 2017, n. 504, recante "DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 502/1992".

2. L'Erogatore assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la struttura in possesso di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale, ubicata in Grosseto, Via G. Vasari, n. 19/25.

3. L'Erogatore assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono svolte da personale qualificato, in possesso dei titoli di studio e delle abilitazioni previste

dalla normativa vigente e adeguatamente formato, che opera nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale, senza determinare situazioni di incompatibilità previste dalla normativa nazionale e regionale vigente e senza ricorrere al regime di libera professione con oneri a carico del cittadino.

4. L'Erogatore ha l'obbligo di dotarsi e di utilizzare idonei locali, procedure di erogazione delle prestazioni, macchinari, strumentazioni, materiali di consumo, farmaci, oggetti e apparecchiature, in conformità alle specifiche normative di settore, nonché alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale, esonerando di conseguenza l'Azienda.

5. L'Erogatore si impegna, per l'intera durata del presente Accordo contrattuale, ad erogare le attività programmate con continuità e regolarità per l'intero periodo dell'anno, fatti salvi i periodi di chiusura ordinaria, previsti dal presente Accordo, e straordinaria che l'Erogatore si impegna a comunicare all'Azienda.

6. L'Erogatore 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 esso predisposto e depositato agli atti dell'Azienda. L'Erogatore si impegna a comunicare eventuali aggiornamenti disposte in merito alle procedure trasmesse all'Azienda.

Art. 4 – PRESTAZIONI E VOLUMI DI ATTIVITA'

1. Le prestazioni sanitarie erogabili in virtù del presente Accordo contrattuale, tra quelle previste dalla Deliberazione Giunta regionale 6 ottobre 2008, n. 776 e dalla Deliberazione Giunta regionale 21 dicembre 2018, n. 1476, sono relative alla Riabilitazione extra-ospedaliera intensiva rivolta al recupero e riabilitazione funzionale della disabilità fisica, psichica e sensoriale (Cod. Autorizzazione B2.1 - Strutture ambulatoriali di Recupero e

Riabilitazione Funzionale), con la tipologia di prestazioni di seguito elencate, ciascuna con il proprio codice prestazione:

- Riabilitazione funzionale post acuta, da attuarsi in collaborazione con l'Area Funzionale Dipartimentale Riabilitazione Funzionale ed il Dipartimento Tecnico Sanitario dell'Azienda, ciascuno per quanto di rispettiva competenza:

- 405.1 - Prestazioni ambulatoriali individuali altro Adulti
- 406.1 - Prestazioni ambulatoriali di gruppo Adulti
- 407.1 - Prestazioni domiciliari Adulti
- 417.1 - Prestazioni ambulatoriali individuali complesse Adulti;

- Riabilitazione patologie neuropsichiche, da attuarsi in collaborazione con il Dipartimento Salute Mentale ed il Dipartimento Tecnico Sanitario dell'Azienda, ciascuno per quanto di rispettiva competenza:

- 405.2 Prestazioni ambulatoriali individuali Minori
- 406.2 Prestazioni ambulatoriali di gruppo Minori (minimo 4 utenti)
- 407.2 Prestazioni domiciliari Minori
- 417.2 Prestazioni ambulatoriali individuali complesse Minori

2. L'elenco delle patologie per le quali è consentito l'accesso al percorso assistenziale riabilitativo in regime ambulatoriale o domiciliare sono esclusivamente quelle riportate nella Tabella 2 allegata alla Deliberazione Giunta regionale 30 maggio 2005, n. 595. I trattamenti individuali ambulatoriali hanno una durata di 60 minuti.

3. Per la riabilitazione funzionale attuata in diretta collaborazione con l'Area Funzionale Dipartimentale Riabilitazione dell'Azienda, l'Istituto è vincolato al rispetto delle determinazioni emanate a livello nazionale e regionale in ordine all'appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera intensiva, con riferimento alla Deliberazione regionale del 30 luglio 2012, n. 677, recante "Sviluppo della rete integrata dei servizi di

	riabilitazione: approvazione linee di indirizzo regionali per i setting di riabilitazione	
	ortopedica in fase di post-acuzie”. L’Istituto si impegna ad attenersi alle Procedure aziendali	
	che saranno eventualmente predisposte in materia e comunicate dall’Azienda.	
	4. Per la riabilitazione patologie neuropsichiche, attuata in diretta collaborazione con il	
	Dipartimento Salute Mentale dell’Azienda, nel caso di alcune patologie, particolarmente	
	rilevanti per gravità o numerosità degli accessi, l’Istituto si attiene alle Procedure aziendali di	
	seguito denominate, già in suo possesso:	
	- PA SMIA 001 Procedura aziendale per la gestione ambulatoriale della disabilità	
	intellettiva in età evolutiva;	
	- PA SMIA 002 Procedura aziendale per la gestione ambulatoriale dei disturbi specifici	
	dell’apprendimento;	
	- PA SMIA 003 Procedura aziendale per la gestione ambulatoriale dei disturbi del	
	linguaggio;	
	- PA SMIA 004 Procedura aziendale per la gestione ambulatoriale delle paralisi cerebrali	
	infantili in età evolutiva.	
	5. L’Istituto si atterrà ad ulteriori Procedure aziendali che saranno eventualmente predisposte	
	dall’Azienda. Nel processo di elaborazione di tali procedure l’Azienda si impegna ad	
	acquisire il parere dell’Istituto e trasmettere formalmente le nuove procedure approvate.	
	6. In riferimento alle tipologie di attività di cui al presente Accordo contrattuale, l’Istituto si	
	impegna ad erogare un volume prestazionale annuo corrispondente ai tetti e sotto-tetti di	
	spesa indicati al successivo Art. 6, dichiarando che, per capacità produttiva, è in grado di	
	garantire il soddisfacimento del fabbisogno richiesto dall’Azienda.	
	7. L’Azienda elabora la programmazione annuale delle attività che l’Istituto è tenuto ad	
	assicurare, declinando a livello di zona-distretto i sotto-tetti di spesa aziendali previsti per	
	ogni regime assistenziale dal presente Accordo. Il programma annuale delle attività è definito	
	10	

con Deliberazione del Direttore Generale, previa intesa tra i Direttori di Zona-Distretto e i Direttori dei Dipartimenti interessati, tenuto conto della spesa storicamente sostenuta nel relativo ambito territoriale, della popolazione residente per le fasce di età interessate, dell'ubicazione della sede dell'Istituto e quindi della distanza dalle varie sedi distrettuali.

8. L'Azienda si impegna a comunicare la programmazione annuale delle attività all'Istituto entro il mese di dicembre di ciascun anno di durata dell'Accordo contrattuale per l'anno successivo.

9. I Direttori di Distretto assicurano il monitoraggio del numero di prestazioni erogate dall'Istituto al fine di verificare la loro rispondenza alla programmazione annuale delle attività per il proprio ambito di competenza.

10. Nel corso dell'anno, l'Azienda, in accordo con i Direttori dei Distretti interessati, i Direttori dei Dipartimenti interessati e l'Istituto, può prevedere variazioni compensative delle risorse previste dalla programmazione annuale per i vari regimi assistenziali e/o per i vari ambiti distrettuali, al fine di assicurare il pieno soddisfacimento del fabbisogno di volta in volta rilevato, nei limiti delle risorse stanziato dal presente Accordo.

11. Al fine di facilitare le variazioni compensative in corso d'anno, l'Istituto invia, con cadenza mensile, a seguito dell'emissione della fattura di competenza, un consuntivo della spesa fino al periodo in esame, allo Staff della Direzione Sanitaria, all'Area funzionale Dipartimentale Riabilitazione, al Dipartimento Salute Mentale, al Dipartimento Tecnico Sanitario, ai Direttori di Zona-Distretto, ai Dirigenti Amministrativi di Distretto. L'Istituto è tenuto ad utilizzare la modulistica, già in uso, evidenziando gli eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato, tenuto conto delle variazioni stagionali nel numero di trattamenti erogati, determinate dal fabbisogno rilevato.

12. L'Istituto si impegna ad eseguire le attività, sulla base della programmazione comunicata dall'Azienda e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute in corso d'anno, in costanza di budget annuale complessivo.

Art. 5 – SISTEMA DI SICUREZZA, APPROPRIATEZZA, QUALITÀ

1. L'Erogatore dichiara di aver svolto l'autovalutazione entro il 31 gennaio 2024, rispetto ai requisiti introdotti nel sistema toscano con Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150 – Allegato A, come verificata dal Gruppo di Valutazione regionale, disponibile agli atti quale requisito soggettivo di partecipazione alla manifestazione di interesse e dei competenti Uffici di Regione Toscana.

2. L'Erogatore dichiara di aver svolto l'autovalutazione rispetto ai requisiti introdotti nel sistema toscano con Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150 – Allegato B, disponibile agli atti quale criterio di valutazione delle manifestazioni di interesse pervenute in risposta al presente Avviso pubblico, di seguito elencati:

- L'Erogatore dispone di strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi aziendali del sistema qualità e sicurezza, in attuazione dal requisito 5.1.COM.8 "Sistema di Reporting and Learning" del DD. n. 2044/2017;
- L'Erogatore dispone di un Piano di miglioramento della struttura elaborato secondo quanto previsto dal requisito 5.1.COM.11 "Piano di miglioramento della struttura" del DD n. 2044/2017, che prevede l'elaborazione in base delle informazioni derivanti dal sistema di reporting and learning, dalla valutazione degli esiti, dalla valutazione della applicazione di protocolli, dai dati sulle infezioni, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc.). I dati del Piano sono monitorati in modo sistematico per attuare il

miglioramento continuo (es. il Piano è aggiornato annualmente e sono effettuate riunioni per l'analisi dell'andamento);

- L'Erogatore dispone di applicativi in grado di integrarsi con i sistemi regionali in essere, assicurando regolarità, completezza e tempestività nell'alimentazione dei flussi informativi regionali (SPR);
- L'Erogatore opera in collegamento con le Equipè riabilitative aziendali;
- L'Erogatore dispone di un sistema atto ad assicurare la corrispondenza tra prestazioni sanitarie erogate e prestazioni sanitarie fatturate all'Azienda;
- L'Erogatore alimenta regolarmente il Fascicolo Sanitario Elettronico degli assistiti presi in carico oppure sono avviate le procedure per consentire l'alimentazione;
- L'Erogatore dispone di un sistema di monitoraggio del budget assegnato, programmando le proprie attività nel corso dell'anno al fine di assicurarne il rispetto;
- L'Erogatore ha inserito nel proprio sito internet le informazioni previste dall'art. 41, commi 5 e 6, del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (i bilanci certificati e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta).

3. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari, ed in particolare la Sezione integrativa del Dipartimento di Prevenzione, provvede a sottoporre a verifica, a campione, nel triennio di vigenza del presente contratto, gli elementi autovalutati, di cui all'Allegato B della Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150.

Art. 6 – TETTI ECONOMICI

1. L'Istituto si impegna ad eseguire le prestazioni di cui al presente Accordo contrattuale entro un tetto massimo di spesa unico ed onnicomprensivo annuo pari a € **346.000**, affidato all'Istituto a seguito di emissione di Avviso pubblico e valutazione resa da apposita Commissione di Valutazione.

2. Il tetto di spesa annuo è da intendersi a lordo della compartecipazione a carico dell'assistito per le prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera intensiva in regime ambulatoriale e domiciliare.

3. Il tetto di spesa contrattuale annuo risulta è articolato nei seguenti sotto-tetti di spesa, come rappresentato anche nel prospetto allegato al presente Accordo (**Allegato 2**):

- Quota Riabilitazione funzionale: **€ 185.690;**
- Quota Riabilitazione patologie neuropsichiche: **€ 160.310;**

4. I sotto-tetti di spesa "Riabilitazione funzionale" e "Riabilitazione patologie neuropsichiche". si intendono comunicanti. Ciò significa che l'Istituto può produrre un volume economico superiore rispetto a quello concordato per una delle due tipologie di prestazioni, con corrispondente riduzione nell'altra attività, fermo restando il rispetto del tetto di spesa complessivo stabilito per residenti. Tale passaggio non avviene automaticamente, bensì previo raccordo con l'Area Funzionale Dipartimentale Riabilitazione e il Dipartimento Salute Mentale, i quali, in base al fabbisogno rilevato nel proprio settore di competenza ed ai relativi tempi di attesa, autorizzano, d'intesa, e coadiuvati dalla U.O.C. SSP, PA e TS, la maggiore e minore produzione.

5. Il tetto di spesa massimo previsto cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda è articolato per Zona-Distretto, in attuazione della programmazione annuale di cui all'articolo precedente e comunicato all'Istituto secondo le tempistica ivi indicata.

6. Le prestazioni rese a cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie toscane, nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni o in paese dell'unione europea sono escluse dai predetti tetti economici e sottoposte a fatturazione diretta a carico dell'Azienda di provenienza dell'assistito.

7. L'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti dell'Istituto per l'attività eseguita oltre i volumi finanziari assegnati per i cittadini residenti nel territorio dell'Azienda medesima.

L'Istituto concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

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

9. L'Istituto si impegna a dare tempestiva comunicazione all'Azienda di eventuali scostamenti rispetto all'attività programmata nel corso dei vari mesi dell'anno, al fine di una puntuale nuova programmazione e negoziazione delle attività nell'ambito dei tetti economici concordati. In ogni caso, le Parti concordano di prevedere l'effettuazione di incontri almeno semestrali di verifica dei tetti di spesa, al fine di monitorare congiuntamente l'andamento.

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

Art. 7 – TARIFFE

1. Per l'erogazione delle prestazioni di competenza, l'Istituto applica le tariffe, conformi a quanto previsto dalle citate Deliberazione Giunta regionale del 6 ottobre 2008, n. 776 e Deliberazione Giunta regionale 21 dicembre 2018, n. 1476, riportate nel prospetto allegato al presente Accordo (**Allegato 1**).

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

3. L'Istituto applica alle prestazioni sanitarie erogate in favore di utenti residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, a decorrere dal 1 febbraio 2025, uno sconto pari a 5,00% rispetto al nomenclatore tariffario regionale, come proposto nella domanda di adesione all'Avviso

pubblico posto alla base del presente Accordo, in modo da ampliare la capacità di offerta a fronte delle liste di attesa.

4. Le prestazioni erogate dall'Istituto per definire i risultati raggiunti in attuazione del percorso assistenziale e l'eventuale fabbisogno del paziente di prosecuzione delle attività riabilitative (*Valutazione in itinere - max n. 2 prestazioni incluse nel piano di trattamento iniziale*), sono codificate e fatturate in base al codice e alla tariffa della prestazioni prioritaria prevista dal piano di trattamento.

5. Per la partecipazione agli incontri previsti dalla programmazione scolastica ai fini della predisposizione dei piani educativi individualizzati (P.E.I.), si prevede una tariffa concordata di € 49,26 per accesso, fino ad un massimo di due accessi per anno scolastico, fatta salva l'applicazione, nel periodo di vigenza del presente Accordo, di incrementi tariffari definiti in base a percentuali desunte dal sistema tariffario regionale.

6. Le tariffe di cui al presente articolo s'intendono comprensive di tutte le prestazioni sanitarie riabilitative previste dal piano di trattamento.

7. Per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale è prevista la quota di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente, in base alla Deliberazione Giunta regionale 24 maggio 2004, n. 493, recante "Livelli essenziali di assistenza" e successive modifiche ed integrazioni. Sono fatti salvi i regimi di esenzione, totali o parziali. La documentazione del regime di esenzione, anche mediante autocertificazione dell'assistito, deve essere raccolta dall'Istituto, che non è tenuto a verificarne la veridicità.

Art. 8 – MODALITA' DI ACCESSO

1. L'accesso alle prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera intensiva (riabilitazione sub acuta e riabilitazione patologie neuropsichiche), è subordinato alla predisposizione di un piano di trattamento, ai sensi della Deliberazione Giunta regionale 23 giugno 1997, n. 732.

2. Per i residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, adulti o minori, il piano di trattamento è redatto secondo una modulistica concordata, già in uso, contenente la diagnosi, gli obiettivi del trattamento, la tipologia degli interventi specifici, la relativa classificazione, la durata complessiva del trattamento, l'importo economico, calcolato in base alle prestazioni sanitarie richieste e al sistema tariffario vigente, nonchè l'importo ticket, ove previsto.

3. Per le prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera intensiva in regime ambulatoriale e domiciliare, l'Istituto è tenuto altresì alla predisposizione di un foglio firma, unico e collegato al piano di trattamento, tramite il quale sono acquisite le firme degli utenti presi in carico e dell'operatore dell'Istituto, con l'indicazione delle specifica professionalità, ai fini dell'attestazione delle prestazioni effettivamente erogate a fronte della programmazione definita dal piano di trattamento. I trattamenti effettuati in maniera non conforme al piano non sono riconosciuti agli effetti economici.

4. Per utenti residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, il piano di trattamento è redatto a cura dell'Équipe Riabilitativa dell'Azienda competente territorialmente. Il Piano di trattamento ha validità di atto autorizzativo nell'ambito dei sotto-tetti di spesa previsti dal presente Accordo.

5. L'Équipe Riabilitativa dell'Azienda preposta alla redazione dei Piani di trattamento è composta dal Medico Fisiatria e dall'Operatore professionale della Riabilitazione oppure dal Medico Neuropsichiatra Infantile e dall'Operatore professionale della Riabilitazione, a seconda dalla patologia presa in carico. Entrambi sono tenuti a sottoscrivere il piano di trattamento ai fini del riconoscimento economico in sede di fatturazione della prestazione.

6. Il Direttore dell'Area Funzionale Dipartimentale Riabilitazione, il Direttore del Dipartimento Salute Mentale e il Direttore del Dipartimento Tecnico-Sanitario individuano i nominativi dei componenti le Équipe Riabilitative per ogni ambito distrettuale. La

composizione delle Équipe Riabilitative aziendali è formalizzata con apposito atto del Direttore Generale.

7. La redazione del piano di trattamento in favore di assistiti che necessitano di riabilitazione funzionale sub acuta, avviene in sede di visita specialistica effettuata dall'Équipe Riabilitativa aziendale competente territorialmente, cui si accede tramite prescrizione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta, redatta su ricettario regionale o ricetta dematerializzata. L'Azienda, con missiva del 2 febbraio 2021, prot. n. 43089, ha comunicato ai Medici prescrittori le sedi che gestiscono le agende riservate ad uso esclusivo dei Servizi di riabilitazione dell'Azienda. La prenotazione può avvenire negli orari di apertura al pubblico delle sedi individuate oppure telefonicamente, tramite numeri di telefono dedicati. Per pazienti provenienti dal ricovero ospedaliero, la redazione del piano di trattamento, è, di norma, disposta prima della dimissione.

8. L'Équipe riabilitativa competente territorialmente provvede alla numerazione del piano di trattamento, in base ad una numerazione alfanumerica progressiva ed univoca, secondo il seguente criterio: PIANO DI TRATTAMENTO: COD. EQUIPE RIABILITATIVA: A 11, N. 001, ANNO: 2025, che determina il seguente numero di piano: A 11 001, ove le prime tre cifre corrispondono al Codice dell'Équipe Riabilitativa aziendale, le seconde tre cifre rappresentano il numero progressivo univoco che l'Équipe assegna, che può andare, per ciascun anno, da 001 a 999.

9. Prima di usufruire della prestazione, l'utente regolarizza il pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria, se dovuta, presso la sede dell'Erogatore, in quanto questi costituisce Sportello di Riscossione Ticket per conto dell'Azienda.

10. Nel caso in cui l'Erogatore abbia riscosso la quota di compartecipazione alla spesa, questi provvede all'emissione di ricevuta in favore dell'utente, utilizzando il proprio gestionale, con

riversamento mensile all'Aziende dei ticket riscossi. La ricevuta è esente IVA, ai sensi dell'art. 10 del DPR 633/1972.

11. L'inizio del trattamento presso l'Istituto deve intervenire in tempi brevi, utili ai fini riabilitativi, prevedendo 7 giorni massimi lavorativi dalla data di ricevimento del piano predisposto dall'Équipe riabilitativa dell'Azienda.

12. L'Istituto si impegna a concludere il trattamento per utenti residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda nei tempi stabiliti dal Piano di trattamento.

13. Ove venga ravvisata la necessità di prolungare l'assistenza rispetto ai termini previsti dal piano di trattamento, l'Istituto, entro un tempo utile dalla scadenza del periodo autorizzato, deve fare pervenire proposta motivata di proroga all'Équipe riabilitativa dell'Azienda competente territorialmente. A tal fine, in chiusura di piano di trattamento iniziale, e all'interno del numero di prestazioni ivi prescritte, massimo n. 2 prestazioni sono erogate dall'Istituto per definire i risultati raggiunti e l'eventuale fabbisogno del paziente di prosecuzione del percorso assistenziale (*Valutazione in itinere*).

14. L'Azienda, tramite l'Équipe riabilitativa competente territorialmente, ricevuta la richiesta di proroga, dovrà far pervenire le proprie determinazioni entro il termine di giorni 7 (no silenzio assenso), a seguito di valutazione/validazione dell'Equipe Riabilitativa aziendale, effettuata in base a nuova valutazione clinico funzionale dell'utente, ove ritenuto necessario, e/o in base alla documentazione sanitaria prodotta dall'Istituto.

15. L'Equipe Riabilitativa aziendale competente territorialmente provvede alla numerazione dell'atto di proroga, in base ad una numerazione alfanumerica progressiva ed univoca, secondo il seguente criterio: PROROGA: N. 1 ANNO 2025 DEL PIANO DI TRATTAMENTO COD. EQUIPE RIABILITATIVA A 11, N. 001, ANNO, che determina il seguente numero da apporre sull'atto di proroga: A 11 001/1, ove le prime sei cifre corrispondono al piano di trattamento cui la proroga si riferisce, seguite da una barra “/”

e dal numero progressivo della proroga (da 1 a 9). Possono essere disposte al massimo n. 9 proroghe per ogni singolo piano di trattamento. Successivamente deve essere redatto un nuovo piano di trattamento, a cura dell'Equipe Riabilitativa aziendale. In caso di atti di proroga che fanno riferimento a piani di trattamento relativi all'anno precedente, si fa riferimento a detti piani di trattamento, senza riprodurne una nuova edizione, in modo da consentire il monitoraggio delle proroghe disposte.

16. Per utenti provenienti da altre aziende sanitarie della Regione Toscana e da altre aziende sanitarie di altre regioni, il piano di trattamento, o l'eventuale proroga, è predisposto da parte dei competenti specialisti dell'azienda sanitaria di provenienza dell'assistito o, qualora predisposto da medici specialisti dell'Istituto, da questi validato. Il piano di trattamento, predisposto o validato da specialista dell'azienda sanitaria di provenienza dell'assistito, ha validità di atto autorizzativo, con conseguente assunzione dell'onere della spesa, tramite fatturazione diretta all'azienda interessata.

17. L'Istituto assicura l'apertura della struttura di pertinenza per almeno 5 giorni alla settimana, da lunedì a venerdì, al fine di garantire la continuità assistenziale e la corretta tempistica dell'erogazione dell'attività. Assicura inoltre una ripartizione tendenzialmente omogenea durante l'arco dell'anno dell'erogazione delle prestazioni, prevedendo la chiusura delle sedi operative nella mensilità di agosto per numero massimo 21 giorni e nella mensilità di dicembre per numero massimo di 21 giorni.

18. Per pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), il progetto riabilitativo individuale, nel caso di paziente dimesso dall'ospedale, viene elaborato dal medico specialista e condiviso col fisioterapista che ha seguito il paziente durante il ricovero. Nel caso di paziente eletto in ADI dal territorio, il progetto riabilitativo individuale è elaborato in seno alla UVM. L'erogazione delle prestazioni riabilitative a pazienti in ADI è garantita dall'Istituto entro 72 ore dalla comunicazione della UVM, escluso i giorni prefestivi e festivi.

Presso il domicilio del paziente eletto in ADI, viene conservato il piano di intervento domiciliare.

Art. 9 – FLUSSI INFORMATIVI

1. L'Istituto si impegna ad inserire, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di erogazione, nel software gestionale in dotazione, denominato ASTER CLOUD, i dati e le informazioni relative a tutte le prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera erogate in virtù del presente Accordo, 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.

2. La competente struttura organizzativa di ESTAR provvede all'estrazione dei dati inseriti dall'Istituto nel software gestionale in dotazione dal giorno 5 del mese successivo a quello di erogazione, per il successivo invio alla Regione Toscana.

3. Qualora in sede di estrazione dei dati siano rilevati errori di tipo 2 o 9, l'Istituto è tenuto ad assicurare la correzione del flusso informativo regionale DOC SPR, entro i tempi indicati da ESTAR, al fine di consentire il valido invio in Regione Toscana delle attività sanitarie erogate.

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

5. L'Istituto trasmette alla competente struttura di ESTAR, entro il 20 gennaio di ogni anno, la compilazione del flusso informativo ministeriale RIA.11, con riferimento ai dati di struttura, di personale e di attività per l'anno cui si riferisce la rilevazione, tenendo conto delle eventuali modifiche o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente Accordo.

Art. 10 – FATTURAZIONE

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

2. L'Istituto è tenuto ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio dell'area grossetana, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: X7SWOB, entro il giorno 5 del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite. Le fatture elettroniche riportano l'indicazione del mese di competenza e la descrizione della tipologia di prestazioni erogate a cui si riferiscono.

3. Per le prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera intensiva in regime ambulatoriale, le fatture mensili sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il tetto di spesa è "*negoziato al lordo*". Nel corpo del documento, l'Erogatore provvede, comunque, a distinguere i seguenti importi:

a) quota eccedente il ticket, quale importo esente IVA, ai sensi dell'art. 10 del DPR 633/1972;

b) quota ticket incassato, quale importo fuori campo IVA, ai sensi dell'art. 2 del DPR 633/1972.

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

5. L'ordine elettronico ha di norma durata annuale, fatti salvi eventuali periodi ridotti o eventuali revoche, e corrisponde ai tetti massimi di spesa annui previsti dal presente Accordo per utenti residenti, comprensivi della compartecipazione alla spesa, ove prevista. All'interno di ciascun ordine sono inserite, a cura dell'Azienda, le dodici rate mensili in cui si articola il tetto di spesa annuale.

6. L'Erogatore è tenuto ad emettere fattura elettronica contenente la tripletta di identificazione dell'ordine elettronico (identificativo del soggetto emittente, data ordine, numero d'ordine). L'Azienda non può provvedere alla liquidazione delle fatture non corredate dalla tripletta di identificazione dell'ordine. Per quanto riguarda le eventuali note di credito, esse devono riportare la medesima tripletta delle fatture a cui si riferiscono.

7. Le Parti danno atto della Deliberazione ANAC Autorità Nazionale Anticorruzione 27 luglio 2022, n. 371 “Nuovo aggiornamento della Determinazione n. 4 del 7 luglio 2011 recante Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell’articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136, già aggiornata con delibera n. 556 del 31 maggio 2017”, ed in particolare del punto 3.5 “Servizi sanitari e sociali” che prevede l’applicazione della normativa sulla tracciabilità dei flussi finanziari anche ai contratti esclusi rispetto al codice dei contratti pubblici, con riferimento alle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, erogate dai soggetti privati in regime di accreditamento ai sensi della normativa nazionale e regionale in materia. La U.O.C. Strutture sanitarie pubbliche, Private accreditate e Trasporti sanitari provvede alla richiesta del Codice Identificativo Gara (CIG), tramite l’apposito portale ANAC, denominato Piattaforma Contratti Pubblici (<https://www.anticorruzione.it/-/piattaforma-contratti-pubblici>).

8. Il CIG relativo al presente Accordo contrattuale è riportato in ciascun ordine elettronico - NSO annuale, a cura dell'Azienda e in ogni fattura elettronica mensile a cura dell'Erogatore, come previsto dalle richiamate Linee guida.

9. Le fatture mensili emesse dall'Istituto per prestazioni sanitarie erogate in favore di residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda sono articolate e redatte sulla base della provincia di residenza dell'assistito, e suddivise in base al livello assistenziale a cui fa riferimento il tetto di spesa, ovvero Riabilitazione funzionale post acuta e Riabilitazione patologie

neuropsichiche. Le fatture sono corredate di apposito tabulato che riferisce in merito alla provenienza zonale degli utenti presi in carico.

10. Le prestazioni sanitarie erogate dall'Istituto in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie toscane e di altre regioni sono oggetto di fatturazione diretta all'azienda sanitaria di provenienza.

11. L'Istituto si impegna ad inviare entro massimo 5 giorni del mese successivo a quello di riferimento, il Tabulato riepilogativo delle prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera intensiva a cui il documento contabile si riferisce, con l'indicazione dei seguenti elementi: mese di competenza; numero di piano di trattamento o eventuale proroga; cognome, nome e codice fiscale dell'utente; mese di competenza; numero di piano di trattamento o eventuale proroga; comune di residenza anagrafica dell'utente; zona distretto di residenza; eventuale codice di esenzione dell'utente; data di inizio e fine delle prestazioni; codice, descrizione e importo della tariffa; numero delle prestazioni eseguite; importo prestazioni, percentuale di sconto, importo scontato fatturato, importo ticket corrisposto dall'utente.

12. L'Istituto si impegna altresì ad inviare entro massimo 5 giorni del mese successivo a quello di riferimento, copia della seguente Documentazione sanitaria per gli approfondimenti dei controlli amministrativi: piani di trattamento/proroghe di accesso alle prestazioni di riabilitazione intensiva e foglio firma attestante l'effettiva fruizione delle prestazioni da parte dell'utente.

13. La documentazione prodotta conseguentemente all'erogazione delle prestazioni oggetto del presente Accordo è conservata in originale presso l'Istituto nel rispetto della vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione degli atti pubblici.

14. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria sono trasmessi con cadenza mensile, in coincidenza con l'emissione della fattura elettronica, tramite posta elettronica certificata, al seguente indirizzo ausltoscanasudest@postacert.toscana.it. Nell'oggetto è

inserita la dicitura: “*Prestazioni accreditate: documentazione a corredo fattura elettronica del mese di, anno*”. I file sono protetti con modalità idonee ad impedire l’illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse. A tal fine il file sono zippati e dotati di password per l’apertura (minimo 8 caratteri con: almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale). La password è resa nota all’Azienda tramite canali diversi da quelli utilizzati per l’invio (ovvero consegna *brevi manu* oppure comunicazione telefonica). La password ha una durata annuale, per poi essere sostituita con una nuova password, comunicata con le stesse modalità.

Art. 11 – PAGAMENTI

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

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

postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la tracciabilità delle operazioni.

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

4. L'Azienda accetta l'eventuale cessione da parte dell'Erogatore dei diritti di credito derivante a suo favore dal presente Accordo contrattuale a Banche, Società di Factoring, Società di Leasing o altre istituzioni finanziarie. Resta inteso che l'Erogatore rimarrà solidamente responsabile con la Società cessionaria per l'adempimento in favore dell'Azienda delle obbligazioni tutte derivanti dal presente contratto.

5. Per quanto attiene le prestazioni di riabilitazione intensiva in regime ambulatoriale, l'Erogatore, riscuotendo gli importi della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per conto dell'Azienda, assume la veste di Agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia, di cui alla Deliberazione Giunta regionale 15 luglio 2019, n. 918, recante "Approvazione dello schema di Regolamento degli Agenti Contabili e della resa del Conto Giudiziale" e alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1450 del 30 dicembre 2019 "Regolamento aziendale degli Agenti contabili e della resa del Conto Giudiziale", di attuazione. Annualmente l'Erogatore è tenuto pertanto alla sottoscrizione del Conto della Gestione, che riporta l'elenco degli incassi ticket mensili, effettuati e riversati, ai fini della "parificazione", disposta dal Direttore U.O.C. Gestione Fornitori dell'Azienda.

6. L'Erogatore provvede a riversare all'Azienda gli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente, indicati in fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda, con IBAN IT 08 X 01030 14217 000000 617903. Per ciascun riversamento è effettuato un bonifico distinto, entro 10 giorni dall'invio della fattura mensile relativa alle prestazioni erogate. Per riversare correttamente

gli importi in argomento, l'Erogatore si uniforma alle procedure aziendali vigenti, a tal fine rese note dagli Uffici competenti. L'Azienda provvede ad effettuare, in via ordinaria, periodici controlli sui valori riversati. Qualora siano rilevate anomalie, l'Erogatore è tenuto a regolarizzare la propria posizione.

Art. 12 – CONTROLLI AMMINISTRATIVI

1. L'Azienda provvede al controllo amministrativo di I livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-003, delle prestazioni sanitarie erogate, al fine di verificare la corrispondenza tra prestazioni erogate e accordo contrattuale vigente e la corrispondenza tra prestazioni erogate e prestazioni fatturate, utilizzando il Tabulato riepilogativo trasmesso dall'Erogatore contestualmente all'invio della fattura.

2. L'Azienda provvede al controllo amministrativo di II livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-003 tramite copia della modulistica di accesso alle prestazioni, trasmesse trimestralmente dall'Erogatore all'Azienda;

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

4. Per la mensilità di dicembre, le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto dei tetti economici massimi previsti dal presente Accordo contrattuale.

5. L'Azienda provvede alla verifica trimestrale della coerenza tra i dati contenuti desunti dalla fatturazione ed i dati desunti dai flussi informativi regionali SPR, in attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-003. Il confronto trimestrale tra i dati desunti dalle due procedure è inviato all'Erogatore, per il superamento di eventuali disallineamenti.

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

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 dall'Istituto, al fine di assicurare la tutela della salute e della sicurezza dei pazienti nonché sulla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso per accertare il mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalle vigenti disposizioni in materia di autorizzazione-accreditamento. Resta ferma ogni altra competenza dell'Azienda in materia di igiene delle strutture sanitarie e di medicina del lavoro.

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

3. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari redige un verbale di verifica in base al quale l'Istituto è tenuto ad emettere nota di credito per gli importi relativi alle prestazioni ritenute non appropriate ed adeguare, di conseguenza, il flusso informativo regionale SPR. L'Istituto 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 dell'Istituto.

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

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

Art. 14 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE

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

a) principio di unicità del rapporto di lavoro di cui all'art 4, comma 7 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, in virtù del quale con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il S.S.N. Il rapporto di lavoro con il S.S.N è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso;

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

c) obbligo previsto dall'art 1, comma 19 della legge n. 662/1996, per le istituzioni sanitarie private, ai fini dell'accreditamento di cui all'articolo 8, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, di documentare la capacità di garantire l'erogazione delle proprie prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla

normativa vigente in materia di rapporto di lavoro del personale del S.S.N. e con piante organiche a regime;

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

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

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

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

Art. 15 – CARTA DEI SERVIZI

1. L'Erogatore adotta ed attua una propria Carta dei servizi, sulla base dei principi indicati dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e dello schema

generale di riferimento della “Carta dei Servizi Pubblici Sanitari” emanato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995.

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

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

Art. 16 – OBBLIGHI INFORMATIVI VERSO L'UTENZA

1. L'Erogatore è tenuto a adempiere agli obblighi informativi, previsti dalla normativa vigente, per le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale, informando l'utente in modo corretto sulla tipologia di prestazioni fruibili, sulle relative modalità di accesso, distinguendo inequivocabilmente tra le prestazioni erogabili a carico del S.S.R. e le prestazioni erogabili in regime privatistico.

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

3. L'Erogatore collabora con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Azienda, predisponendo, su richiesta del medesimo, per il tramite della UOC Strutture Pubbliche, Private Accreditate e Trasporti sanitari, le dovute relazioni informative, al fine di assicurare una corretta e tempestiva risposta all'utenza. L'Erogatore collabora altresì con la Commissione Mista Conciliativa, secondo le procedure previste dal Regolamento di Pubblica Tutela.

4. L'Istituto si impegna a dare congruo avviso all'utenza ed all'Azienda di eventuali sospensioni temporanee delle prestazioni. Eventuali chiusure di servizi, (oltre i periodi indicati dal presente Accordo), che superino i 21 gg. consecutivi, dovranno essere preventivamente comunicate all'Azienda e dalla stessa espressamente autorizzate.

Art. 17 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

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

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

3. Le Parti, al fine di disciplinare i reciproci rapporti in materia di trattamento dati, stipulano apposito "Accordo Data Protection", al presente atto (**Allegato 2**).

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

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

Art. 18 – COPERTURE ASSICURATIVE E RESPONSABILITA'

1. Nell'effettuazione del servizio, l'Erogatore risponde di eventuali responsabilità presenti e future in conseguenza al verificarsi di danni a terzi, persone, animali o cose, a seguito di un qualsiasi evento verificatosi nel corso e per causa di interventi oggetto del presente Accordo.

Per tali eventi l'Erogatore manleva l'Azienda in ordine a qualsivoglia pretesa, diritto, ragione ed azione che eventuali terzi dovessero avanzare in seguito agli eventi dannosi intervenuti. A

tal fine l'Erogatore si impegna a trasmettere all'Azienda, copia di polizza RCT/RCO o di altra forma idonea di garanzia per l'attività oggetto del presente Accordo e di mantenerla per tutta la durata del presente accordo contrattuale.

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

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

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

Art. 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 all'Erogatore da parte dell'Azienda.

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

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

Art. 20 – PENALITA' PER RITARDATO ADEMPIMENTO DELLE PRESTAZIONI

E RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

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

2. In caso di non accoglimento delle controdeduzioni da parte dell'Azienda, il competente ufficio aziendale procederà all'applicazione delle 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 all'Erogatore per le prestazioni fino a quel momento rese.

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

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

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

Art. 21 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

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

- l'accertata falsità di dichiarazioni rese dall'Erogatore ai fini della stipulazione e della esecuzione del presente accordo contrattuale;
- la decadenza, sospensione e/o revoca dei provvedimenti di autorizzazione all'esercizio di

attività sanitaria e accreditamento istituzionale in corso di rapporto contrattuale;

- la reiterata inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni, ivi compresi i livelli qualitativi e quantitativi del servizio;
- la reiterata e accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale, di protezione infortunistica e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.lgs. n.81/2008 e ss.mm.ii.;
- l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione ed erogazione delle attività convenzionate, in violazione della legislazione;
- la violazione dell'obbligo di dotarsi e di utilizzare idonei locali, procedure di erogazione delle prestazioni, macchinari, strumentazioni, materiali di consumo, farmaci, oggetti e apparecchiature, in conformità alle specifiche normative di settore, nonché alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale;
- la reiterata inosservanza degli obblighi informativi in favore dell'utenza;
- l'accertata violazione da parte dell'Erogatore delle norme vigenti in materia di protezione dei dati personali;
- la mancata stipula, la mancata messa a disposizione dell'Azienda e il venir meno della polizza assicurativa o altra forma idonea di garanzia nel corso del rapporto contrattuale;
- l'accertato mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- l'esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la pubblica amministrazione;
- il grave e reiterato impedimento ai controlli amministrativi e sanitari previsti dal presente Accordo contrattuale;
- il reiterato mancato invio della documentazione a corredo della fatturazione.

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

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

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

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

Art. 22 – FORO COMPETENTE

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

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

Art. 23 – TRASPARENZA E PUBBLICITA'

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

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

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

Art. 24 – PROTOCOLLO DI LEGALITA’

1. Le Parti sottoscrivono apposito Protocollo di legalità / Patto di integrità, allegato al presente atto, quale parte integrante e sostanziale (**Allegato 3**), in attuazione dell’Art.1, comma 17, della Legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, in base al quale, nello sviluppo della presente collaborazione, esse si uniformano ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza.

2. Il mancato rispetto delle clausole contenute nel Protocollo di legalità / Patto di integrità costituisce causa di esclusione dal rapporto di collaborazione in oggetto.

Art. 25 – DECORRENZA E DURATA

1. Il presente Accordo contrattuale ha validità dalla data dell’ultima sottoscrizione digitale al 31 dicembre 2027, con possibilità di rinnovo per una ulteriore annualità, agli stessi patti e condizioni, previa valutazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti e tenuto conto degli atti di programmazione regionale e aziendale, con esclusione di ogni tacito rinnovo. Si precisa che il tetto di spesa di cui all’art. 6 ha valenza annuale e che le prestazioni erogate dal 1 gennaio 2025 saranno liquidate nei limiti del tetto di spesa in oggetto.

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

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

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

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

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

Art. 26 – SPESE IMPOSTA DI BOLLO E REGISTRAZIONE

1. Il presente atto è soggetto all'imposta di bollo ai sensi dell'art. 2 dell'Allegato A – Tariffa Parte I, al Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642, che viene assolta in maniera virtuale come da Autorizzazione Agenzia delle Entrate di Azienda USL Toscana Sud Est del 16 febbraio 2016, n. 5062. Le spese, che ammontano ad € 208, sono poste a carico dell'Erogatore, il quale provvede al conferimento del rimborso tramite apposito bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383 intestato all'Azienda.

2. Il presente atto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi dell'art. 4 della Tariffa Parte II, allegata al Decreto del Presidente della Repubblica 26 aprile 1986, n. 131. Le spese di registrazione sono poste a carico della parte richiedente.

Art. 27– 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. 28 articoli, n. 39 pagine e n. 3 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.

Art. 28 - RINVIO

1. Per quanto non espressamente previsto nel presente Accordo contrattuale, si fa formale rinvio alle norme di legge e di regolamento in materia sanitaria, amministrativa, civile e penale.

AUSL TSE

MEDI GROUP TOSCANA SRL

La Direttrice UOC SSP, PA, TS

Il Legale rappresentante

(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

AUSL TSE

MEDI GROUP TOSCANA SRL

La Direttrice UOC SSP, PA, TS

Il Legale rappresentante

(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

	ALLEGATO 1 - SISTEMA TARIFFARIO E TETTI ECONOMICI				
	Tipologia di Prestazione	Cod. Prest.	Tariffe	Tetto economico	Ambito organizzativo
1	Prestazioni ambulatoriali individuali altro Adulti	405.1	44,90 €		AREA DIPARTIMENTALE RIABILITAZIONE
2	Prestazioni ambulatoriali di gruppo Adulti	406.1	15,87 €		
3	Prestazioni domiciliari Adulti	407.1	56,59 €		
4	Prestazioni ambulatoriali individuali complesse Adulti	417.1	54,25 €		
	TOTALE RIABILITAZIONE FUNZIONALE			185.690 €	
5	Prestazioni ambulatoriali individuali altro Minori	405.2	49,26 €		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
6	Prestazioni ambulatoriali di gruppo Minori (massimo 2 utenti)	406.2	29,76 €		
7	Prestazioni ambulatoriali di gruppo Minori (minimo 4 utenti)	406.2	17,41 €		
8	Prestazioni domiciliari Minori	407.2	62,09 €		
9	Prestazioni ambulatoriali individuali complesse Minori	417.2	59,52 €		
	TOTALE RIABILITAZIONE PATOLOGIE NEUROPSICHICHE			160.310 €	
	TOTALE GENERALE			346.000 €	

Accordo Data Protection fra Titolari Autonomi

(Data Protection Agreement)

TRA

L'**Azienda Usl Toscana Sud Est**, con sede legale in Arezzo, via Piero Calamandrei, 173 (C.F./P.Iva. 02236310518), di seguito denominata "*Azienda*", nella persona di Elisabetta Lucaroni, [REDACTED] domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza Carlo Rosselli, n. 26, la quale interviene non in proprio ma esclusivamente in nome e per conto e nell'interesse dell'Azienda, nella sua qualità di Direttore U.O.C. Strutture pubbliche, Private accreditate e Trasporti sanitari, a ciò delegata con Deliberazione del Direttore Generale n. 794 del 20 luglio 2020, esecutiva ai sensi di legge, che la autorizza ad impegnare legalmente e formalmente l'Azienda per il presente atto;

e

La Società **MEDI GROUP TOSCANA SRL**, con sede legale in Grosseto, Via Birmania, 72-74 (CF E P.IVA 01234290532), di seguito denominata "*Erogatore*", nella persona del Legale rappresentante, [REDACTED], il quale interviene non in proprio ma esclusivamente in nome e per conto della Società, domiciliato per la carica presso la sede della medesima, in favore della Struttura denominata Centro Vasari;

Art. 1

Autonoma Titolarità del trattamento

Le Parti tratteranno in via autonoma i dati personali oggetto dello scambio per trasmissione o condivisione per le finalità connesse all'esecuzione del contratto "*Acquisto prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera*".

Le parti, in relazione agli impieghi dei predetti dati nell'ambito della propria organizzazione, assumeranno, pertanto, la qualifica di Titolare autonomo del trattamento ai sensi dell'articolo

4, par. 7) del GDPR, sia fra di loro che nei confronti dei soggetti cui i dati personali trattati sono riferiti.

Art. 2

Scambio di dati: finalità e base giuridica

Le parti si danno reciprocamente atto che lo scambio di dati oggetto del presente DPA risponde ai principi di liceità determinati da specifiche norme ed è conforme alle disposizioni.

Le parti si danno reciprocamente atto che lo scambio di dati oggetto del presente DPA è conforme alle disposizioni, alle linee guida e alle regole tecniche previste per l'accesso, la gestione e la sicurezza dei dati dalla normativa in materia di amministrazione digitale (d.lgs. 82/2005 e relative linee guida e regole tecniche) e dalle altre norme di riferimento.

Art. 3

Scambio di dati: ruoli, ambito e modalità

I contraenti in relazione allo scambio di informazioni, inteso sia come trasmissione di dati sia di condivisione di archivi e al loro ruolo di essere sorgente o destinatario delle informazioni scambiate si qualificano nel seguito come soggetto Produttore o soggetto Utilizzatore.

Ambito e modalità dello scambio:

1. Soggetto produttore del dato: **MEDI GROUP TOSCANA SRL**;
- Soggetto utilizzatore del dato: Azienda Usl Toscana Sud Est;
- Frequenza dello scambio di dati: mensile, in coincidenza con l'emissione della fattura elettronica;
- Tipologie di dati: dati sanitari, attestanti le prestazioni erogate dalla Società in regime di convenzione;
- Tipologie di interessati: utenti che si sono rivolti alla Società per fruire della prestazione sanitaria;
- Formato dei dati: file di excel;

- Modalità dello scambio: i file sono trasmessi tramite posta elettronica certificata, con file protetti con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse. A tal fine i file sono zippati e dotati di password per l'apertura. La password è resa nota all'Azienda tramite canali diversi da quelli utilizzati per l'invio (ovvero consegna brevi manu oppure comunicazione telefonica). La password ha una durata annuale, per poi essere sostituita con una nuova password, comunicata con le stesse modalità;

2. Soggetto produttore del dato: Azienda Usl Toscana Sud Est;

- Soggetto utilizzatore del dato: **MEDI GROUP TOSCANA SRL;**
- Frequenza dello scambio di dati: trimestrale;
- Tipologie di dati: dati comuni, relativi agli importi liquidati in favore della Società;
- Tipologie di interessati: **MEDI GROUP TOSCANA SRL;**
- Formato dei dati: file di excel, in formato *pdf*;
- Modalità dello scambio: tramite posta elettronica ordinaria.

Art.4

Rispetto della normativa

Le Parti si danno reciprocamente atto di conoscere ed applicare, nell'ambito delle proprie organizzazioni, tutte le norme vigenti ed in fase di emanazione in materia di trattamento dei dati personali, sia primarie che secondarie, rilevanti per la corretta gestione del Trattamento, ivi compreso il Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 Regolamento generale sulla Protezione dei Dati(di seguito "RGPD").

In particolare, quali Titolari autonomi del trattamento, le parti sono tenute a rispettare tutte le normative rilevanti sulla protezione ed il trattamento dei dati personali che risultino applicabili ai rapporti che intercorrono fra produttore di informazioni e utilizzatore sulla base del presente DPA. Le Parti sono, altresì, tenute al rispetto della normativa in materia di

amministrazione digitale e in materia di accesso, gestione e sicurezza dei dati.

Art. 5

Misure di sicurezza

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

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

In particolare, l'utilizzatore si impegna ad applicare misure di sicurezza idonee e adeguate a proteggere i dati personali da esso trattati sulla base del presente accordo e a rispettare i principi e le norme in materia di accesso, gestione e sicurezza dei dati, per prevenire i rischi di distruzione, perdita, anche accidentale, di accesso o modifica non autorizzata dei dati o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

Art. 6

Obblighi del personale autorizzato

Le parti si impegnano a far sì che l'accesso ai dati personali oggetto dello scambio sia

consentito solo a coloro e nella misura in cui ciò sia necessario per l'esecuzione del contratto/convenzione/protocollo di intesa, e che l'uso dei dati personali da parte del soggetto utilizzatore rispetti gli stessi impegni assunti dal produttore riguardo alla conformità legale del trattamento e la sicurezza dei dati trattati con misure adeguate alla tipologia dei dati degli interessati e dei rischi connessi.

Ognuna delle parti individua un proprio referente tecnico, responsabile dell'accesso, della gestione e della sicurezza dei dati e dell'applicazione delle relative norme, linee guida e regole tecniche, tenuto a comunicare tempestivamente all'altra parte modifiche, aggiornamenti, esigenze, problematiche, incidenti e quanto ritenuto necessario nella corretta gestione dei dati, al fine di assicurarne la conformità ai principi e alle disposizioni normative di riferimento.

Art.7

Responsabilità

Fatto salvo quanto previsto come inderogabile dalla legge, nessuna responsabilità sarà imputabile al produttore del dato per i trattamenti operati dall'utilizzatore (vedi art. 3), eccettuati i casi di cattiva gestione o trattamento non conforme nella fase di raccolta originaria dei dati personali. Ferma restando la responsabilità del produttore verso i terzi e verso l'utilizzatore nei rapporti reciproci, l'utilizzatore si obbliga a manlevare e tenere indenne il produttore – per qualsiasi danno, incluse spese legali – che possa derivare da pretese avanzate nei confronti del produttore da terzi - inclusi i soggetti cui i dati personali trattati sono riferiti - a seguito dell'eventuale illiceità o non correttezza delle operazioni di trattamento imputabili all'utilizzatore.

Art. 8

Compliance e cooperazione

Le parti si garantiscono reciprocamente che i dati trattati da ciascuna di esse in esecuzione del

presente DPA formano oggetto di puntuale verifica di conformità alla disciplina rilevante in materia di trattamento di dati personali -ivi compreso il RGPD-, alla normativa in materia di amministrazione digitale e in materia di accesso, gestione e sicurezza dei dati e si impegnano altresì alla ottimale cooperazione reciproca nel caso in cui una di esse risulti destinataria di istanze per l'esercizio dei diritti degli interessati previsti dall'articolo 12 e ss. del RGPD ovvero di richieste delle Autorità di controllo che riguardino ambiti di trattamento di competenza dell'altra parte.

Art. 10

Durata

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

Art. 11

Rescissione

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

AUSL TSE

MEDI GROUP TOSCANA SRL

La Direttrice UOC SSP, PA, TS

Il Legale rappresentante

(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)



(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

Protocollo di legalità/Patto di integrità tra AUSL TSE e Soggetti privati

accreditati e convenzionati (Art. 1, comma 17, Legge 190/2012)

Protocollo di legalità / Patto di integrità nell'ambito del rapporto di collaborazione per:

Acquisto prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera

tra

L'Azienda Usl Toscana Sud Est, con sede legale in Arezzo, via Piero Calamandrei, 173 (C.F./P.Iva. 02236310518), di seguito denominata "Azienda", nella persona di Elisabetta Lucaroni, [REDACTED], domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza Carlo Rosselli, n. 26, la quale interviene non in proprio ma esclusivamente in nome e per conto e nell'interesse dell'Azienda, nella sua qualità di Direttore U.O.C. Strutture pubbliche, Private accreditate e Trasporti sanitari, a ciò delegata con Deliberazione del Direttore Generale n. 794 del 20 luglio 2020, esecutiva ai sensi di legge, che la autorizza ad impegnare legalmente e formalmente l'Azienda per il presente atto;

e

La Società **MEDI GROUP TOSCANA SRL**, con sede legale in Grosseto, Via Birmania, 72-74 (CF E P.IVA 01234290532), di seguito denominata "Erogatore", nella persona del Legale rappresentante, [REDACTED], il quale interviene non in proprio ma esclusivamente in nome e per conto della Società, domiciliato per la carica presso la sede della medesima, in favore della Struttura denominata Centro Vasari;

Premesso che:

-il mancato rispetto delle clausole contenute in questo documento costituisce causa di estinzione del rapporto di collaborazione indicato sopra;

-questo documento deve essere obbligatoriamente e attentamente esaminato e sottoscritto per accettazione dal titolare o legale rappresentante del soggetto privato interessato.

	Art. 1 - Oggetto	
	Il presente Protocollo di legalità / Patto di integrità esige di conformare i propri	
	comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché l'espresso impegno anti-	
	corruzione a non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa,	
	vantaggio, beneficio o utilità, sia direttamente che indirettamente, tramite intermediari, al fine	
	di distorcerne la relativa corretta esecuzione.	
	Art. 2 – Obblighi Ausl Tse	
	Il personale, i collaboratori e i consulenti di Ausl Tse impiegati ad ogni livello nella presente	
	collaborazione, sono consapevoli, per espresso disposto di legge, del Protocollo di legalità /	
	Patto di integrità, il cui spirito condividono pienamente, nonché delle sanzioni previste a loro	
	carico in caso di mancato rispetto (normativa in tema di prevenzione della corruzione	
	nazionale ed aziendale, codice etico e di comportamento aziendale).	
	A tal fine, il predetto personale si impegna a comunicare prontamente al proprio Responsabile	
	di Struttura, al Responsabile Anticorruzione e alla Struttura amministrativa di riferimento per	
	la gestione della collaborazione eventuali comportamenti difformi posti in essere dai soggetti	
	coinvolti a vario titolo.	
	Art. 3 – Obblighi del Contraente	
	Il Contraente si impegna a segnalare ad Ausl Tse qualsiasi tentativo di irregolarità o	
	distorsione nelle fasi di svolgimento del rapporto da parte di ogni interessato o addetto o di	
	chiunque possa influenzare le decisioni relative alla collaborazione/procedura stessa.	
	Lo stesso si impegna a rendere noti, su richiesta di Ausl Tse tutte le eventuali transazioni	
	finanziarie esistenti e riguardanti il presente rapporto.	
	Il Contraente si impegna al pieno e leale rispetto delle norme contenute nel Codice di	
	Comportamento dei pubblici dipendenti, come attuato dal Codice di comportamento di Ausl	
	Tse, per la specifica parte di competenza, del quale dichiara di aver preso piena visione e	
	2	

conoscenza.

Il Contraente è a conoscenza del disposto dell'art. 53 del D. Lgs. N. 165/2001, così come modificato dalla Legge 90/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione, disposizione per la quale è fatto divieto ai dipendenti di Ausl Tse che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Stessa, di 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. Il Contraente dichiara quindi di non aver attualmente in essere rapporti di lavoro o professionali con il predetto personale dell'Azienda e si impegna altresì a non instaurarne fino a tre anni dopo la cessazione del rapporto di pubblico impiego, consapevole che i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dalla predetta normativa, sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati, ad essi riferiti.

Lo stesso dichiara inoltre di rispettare i divieti previsti dall'art. 4 del DPR 62/2013, in particolare:

-di non offrire regali o altre utilità, in particolar modo se a titolo di corrispettivo per un atto d'ufficio da cui possa trarre direttamente o indirettamente benefici (commi 2 e 5);

-di non conferire incarichi di collaborazione a dipendenti con cui abbia, o abbia avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in ordine a decisioni/attività inerenti all'ufficio di appartenenza (co. 6).

Il Contraente si impegna a segnalare prontamente all'Azienda e al suo Responsabile per la Prevenzione della corruzione eventuali comportamenti difformi posti in essere dai dipendenti in ordine all'esecuzione del presente contratto.

Art. 4 – Sanzioni

Il Contraente è consapevole che nel caso di mancato rispetto degli impegni anticorruzione assunti con il presente Protocollo di Legalità / Patto di integrità, comunque accertati da Ausl Tse, potranno essere applicate le sanzioni seguenti, non solo in maniera alternativa, ma anche congiuntamente, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, in relazione alla gravità dell'evento e all'eventuale recidiva dello stesso:

- risoluzione del rapporto anche nel caso di un solo episodio perché comunque giudicato grave e rilevante;
- segnalazione alle Autorità competenti, compresa l'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Art. 5 – Durata del Protocollo di Legalità / Patto di Integrità e delle relative

sanzioni

Il presente Protocollo di Legalità / Patto di Integrità e le relative sanzioni applicabili, resteranno in vigore per tutta la durata del rapporto a cui afferisce.

Per le specifiche previsioni di cui all'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001, così come modificato dalla Legge n. 190/2012 e di cui dall'art. 4, commi 2 e 6, del D.P.R. n. 62/2013, ambedue descritte all'art. 3 "Obblighi del contraente", il presente Protocollo di Legalità / Patto di Integrità e le relative sanzioni restano in vigore per i periodi corrispondenti alle annualità fissate dalle predette disposizioni.

AUSL TSE

MEDI GROUP TOSCANA SRL

La Direttrice UOC SSP, PA, TS

Il Legale rappresentante

(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)