

ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E

RUGANI HOSPITAL SRL

Acquisto prestazioni sanitarie accreditate di RICOVERO OSPEDALIERO

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 Direttrice 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 Rugani Hospital Srl**, con sede legale in Monteriggioni, 53035, Via S.R. 222

Chiantigiana Località Colombaio (C.F. e P.I.: 01243020524), di seguito denominata

"Società", nella persona dal Legale rappresentante, [REDACTED]

[REDACTED], domiciliata per la carica presso la suddetta;

RICHIAMATO

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

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

l'art. 8 bis comma 1, in virtù del quale le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di

assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali,

delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a

carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies.

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

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

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

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

l'art. 8 quinquies comma 1-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. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta; a tali fini si tiene conto altresì dell'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, secondo le modalità definite ai sensi del comma 7 del medesimo articolo 12, nonché degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, le cui modalità sono definite con il decreto di cui all'articolo 8-quater, comma 7;

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, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale;

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

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

| | | |
|--|---|--|
| | | |
| | l'art. 29, comma 3, in virtù del quale gli scambi finanziari possono avvenire in forma diretta, | |
| | sulla base di apposite convenzione o rapporti, ovvero su base regionale, attraverso procedure | |
| | di compensazioni regionali; | |
| | l'art. 29, comma 5, il quale precisa che la valorizzazione delle prestazioni, ancorché gestite | |
| | tramite compensazioni regionali, è definita dalle convenzioni e dai rapporti tra Aziende | |
| | Sanitarie e tra queste e le istituzioni private e non può comunque essere superiore alle tariffe | |
| | massime definite dalla Regione; | |
| | l'art. 29, comma 6, in virtù del quale la Giunta regionale, (...) , può sottoporre il sistema di | |
| | erogazione delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie e delle istituzioni private a | |
| | vincoli quantitativi circa il volume delle prestazioni ammesse, ovvero a vincoli finanziari | |
| | tramite la determinazione di tetti di spesa e specifiche modalità di applicazione del sistema | |
| | tariffario (...) | |
| | la Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 , recante “Norme in materia di qualità e sicurezza | |
| | delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di | |
| | accreditamento” e successive modifiche ed integrazioni; | |
| | il DPGR 16 settembre 2020, n. 90/R “Autorizzazione e accreditamento delle strutture | |
| | sanitarie. Modifiche al regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51, | |
| | approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016, n. 79”; | |
| | il 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”; | |
| | 4 | |

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

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

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

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

| | | |
|--|--|---|
| | | |
| | | attraverso misure alternative quali la riduzione delle prestazioni di bassa complessità o |
| | | potenzialmente inappropriate, il contenimento delle prestazioni di pronto soccorso o di quelle |
| | | di riabilitazione e lungodegenza, così come azioni su altre aree della spesa sanitaria; |
| | | la Deliberazione Giunta regionale 28 novembre 2022, n. 1339 , recante “Nuova |
| | | determinazione dei tetti massimi per l'acquisto di prestazioni dalle strutture sanitarie private |
| | | accreditate”, ha ridefinito il modello di gestione dei rapporti con il privato accreditato |
| | | convenzionato per le attività ricomprese nei flussi informativi regionali SDO, ricovero |
| | | ospedaliero, e SPA, specialistica ambulatoriale Dette tipologia di attività sono sottoposte a |
| | | limiti di <i>spending review</i> , di cui alla Legge 7 agosto 2012, n. 135 “Conversione, con |
| | | modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95: Disposizioni urgenti per la revisione |
| | | della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, ed in particolare l’art. 15, comma |
| | | 14 e di cui alla Legge 6 agosto 2015, n. 125, recante “Conversione in legge, con |
| | | modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78”, art.9 quater comma 7. Il modello di |
| | | gestione revisionato è basato sui seguenti criteri organizzativi: |
| | | - determinare un importo unico massimo complessivo di budget da assegnare ad ogni |
| | | Azienda USL, definito dalla somma degli importi previsti dalla DGR n. 1220/2018, |
| | | aggregati per Azienda USL di riferimento; |
| | | - stabilire che le Aziende USL riservino, nelle convenzioni con il privato accreditato, |
| | | una percentuale del tetto economico volta al soddisfacimento dei bisogni della |
| | | popolazione residente in Toscana, con particolare riferimento agli ambiti |
| | | caratterizzati da lunghi tempi di attesa; |
| | | - prevedere che almeno il 90% del tetto economico assegnato per l’attività erogata a |
| | | favore di pazienti residenti in altre Regioni venga utilizzato per prestazioni di Alta |
| | | Specialità, così come risultano dall’elenco dei DRGs di Alta Complessità compresi |
| | | negli Accordi di mobilità interregionale vigenti; |
| | | 6 |

- attribuire alle tre aziende USL, nel loro complesso, un budget economico aggiuntivo, precisando che tale budget potrà essere utilizzato unicamente per l'erogazione di prestazioni di Alta Specialità a favore di pazienti residenti in altre Regioni (fatti salvi eventuali ulteriori incrementi concordati nell'ambito degli accordi interregionali di mobilità), in linea con quanto previsto dall'art. 1, comma 574 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208
- prevedere, al fine di essere facilmente identificabili, una rilevazione e una fatturazione distinta per i DRGs di Alta specialità forniti a favore di cittadini residenti in altre Regioni, sia per quelli erogati dentro il tetto economico che per quelli erogati con il budget economico aggiuntivo;
- incaricare le Aziende USL della verifica puntuale del rispetto del tetto economico, provvedendo all'inserimento, oltre che nei propri applicativi, nel software Gauss di tutti i dati necessari al monitoraggio della spesa rispetto alle prestazioni erogate;
- stabilire che le convenzioni delle Aziende USL con i privati accreditati vengano stipulate a seguito di un avviso pubblico redatto sulla base di linee di indirizzo emanate dalla Regione che definiscono i criteri oggettivi di selezione che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare a livello di Area Vasta, così come previsto dall'art. 8 quinquies bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., modificato dalla Legge 5 agosto 2022, n. 118, recante "Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021";
- prevedere, qualora a livello di Azienda USL si verificassero variazioni del fabbisogno e conseguente impossibilità per le strutture private di erogare i volumi di prestazioni previsti all'interno del budget assegnato, un fondo regionale per la riallocazione dei volumi economici non utilizzati che potranno essere oggetto di rinegoziazione affidata al Tavolo di concertazione regionale;

- determinare che il valore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali da considerare sia quello al lordo del ticket e che la verifica del rispetto del tetto economico debba basarsi sulle fatture emesse dalle strutture private accreditate in convenzione.

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

la **Deliberazione del Direttore Generale 16 ottobre 2024, n. 1019** “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 ricovero – Adozione”;

la **Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est 30 dicembre 2024, n. 1376** “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 ricovero – Individuazione Elenco di Strutture idonee ed assegnazione tetti di spesa annui, nei limiti previsti dalla Deliberazione Giunta regionale 28 novembre 2022, n. 1339”;

PREMESSO

CHE la Società risulta in possesso dell’autorizzazione all’esercizio di attività sanitarie, come da Provvedimento n. 1 del 7 settembre 2007, rilasciato dal Comune di Monteriggioni, per ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti (n. 30 posti letto per Area Chirurgica, nelle discipline di Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia, in ricovero ordinario, day surgery, chirurgia ambulatoriale con interventi anche in anestesia generale, e n. 10 posti letto per Area Medica, nelle discipline di Medicina Fisica e Riabilitazione); per prestazioni di specialistica ambulatoriale, nelle discipline di Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia; per prestazioni di diagnostica, per le attività di Radiologia, Ecografia, Risonanza Magnetica;

CHE la Società risulta in possesso delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie, come da Provvedimento n. 3 del 7 febbraio 2018, rilasciato dal Comune di Monteriggioni, in regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti, nelle seguenti discipline: Chirurgia Generale, Medicina Fisica e Riabilitazione, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Ortopedia e Traumatologia, Urologia, per n. 36 posti letto + n. 4 posti letto da dedicare al monitoraggio dei pazienti critici "area terapia sub intensiva post operatoria", in attuazione del Decreto dirigenziale n. 5469 del 16 dicembre 2013, con la quale è stata riconosciuta la compatibilità al fabbisogno regionale di n. 40 posti letto complessivi;

CHE la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 16533 del 18 agosto 2022, per i seguenti processi erogati nella struttura ubicata a Monteriggioni, in via SR222 Chiantigiana, 49 - Loc. Colombaio:

- il processo di riabilitazione nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione;
- il processo chirurgico nelle discipline di chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, urologia, otorinolaringoiatria e oftalmologia;
- il processo ambulatoriale nella disciplina di radiodiagnostica e gastroenterologia;

CHE la Società risulta in possesso dell'Attestazione del possesso dei requisiti previsti dall'Allegato A della Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150, come verificato dal Gruppo di Valutazione regionale, con verbale disponibile in atti;

CHE l'Erogatore ha aderito all'Avviso Pubblico di cui alla Deliberazione del Direttore Generale 16 ottobre 2024, n. 1019, con domanda del 13 novembre 2024, Prot. n. 274763, 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 SDO – Ricovero, affidando un tetto di spesa annuo

omnicomprensivo pari a € **14.850.582**, come risulta da apposito Verbale di valutazione del

20 dicembre 2024, Prot. n. 309764 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.

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente Accordo Contrattuale, affida alla Società, individuata 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 nel proprio ambito territoriale: prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime ordinario, e di day surgery ove previsto, per le seguenti discipline: 009 Chirurgia Generale, 036 Ortopedia e Traumatologia, 038 Otorinolaringoiatria, 043 Urologia.

2. Il presente Accordo è unico ed ha validità in ambito nazionale, in riferimento alle prestazioni erogate per cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie toscane e di aziende sanitarie di altre regioni, con fatturazione a carico dell'Azienda delle prestazioni sanitarie erogate dalla Società in favore di dette categorie di utenti.

3. L'Azienda dà atto che i costi sostenuti per corrispondere alla Società la remunerazione delle prestazioni sanitarie da essa erogate in favore di utenti residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie toscane e di aziende sanitarie di altre regioni, saranno ad essa compensati da corrispondenti ricavi per mobilità sanitaria attiva, infraregionale ed interregionale.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

1. L'Erogatore ha l'obbligo di erogare le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale nel rispetto dei tempi, dei modi e delle quantità effettivamente necessarie al soddisfacimento del bisogno del paziente e nel rispetto delle specifiche indicazioni contenute nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"

2. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso le proprie strutture, richiamate negli atti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale, di seguito elencate: Monteriggioni, in via SR222 Chiantigiana, 49 - Loc. Colombaio.

3. L'Erogatore assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono svolte da personale qualificato, in possesso dei titoli di studio e delle abilitazioni previste dalla normativa vigente e adeguatamente formato ed aggiornato, che opera nel pieno rispetto del codice di deontologia delle diverse professionalità impiegate, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale, senza determinare situazioni di incompatibilità previste dalla normativa nazionale e regionale vigente. In particolare, l'Erogatore assicura che gli operatori impiegati nello svolgimento delle attività sono in regola con i corsi di formazione e aggiornamento obbligatori previsti dalla normativa vigente in materia di crediti formativi, con

particolare riferimento a quelli acquisiti per l'aggiornamento/mantenimento delle competenze tecnico-professionali necessarie allo svolgimento delle attività oggetto del presente Accordo.

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 da ogni responsabilità.

L'Erogatore assicura il monitoraggio interno con report specifici sulla dotazione e vetustà delle apparecchiature.

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

6. L'Erogatore assicura che l'erogazione delle prestazioni di cui al presente Accordo contrattuale avviene in conformità al Piano di prevenzione e contenimento del contagio da Sars Cov 2 da esso predisposto e depositato agli atti dell'Azienda. L'Erogatore si impegna a comunicare all'Azienda eventuali variazioni alla documentazione già inviata.

Art. 4 – PRESTAZIONI E VOLUMI DI ATTIVITA'

1. Le prestazioni erogabili, tra quelle previste dalla Deliberazione Giunta regionale del 27 settembre 2016, n. 947, sono quelle che la Società può erogare in rapporto con il Servizio Sanitario Regionale, ai sensi dell'accreditamento istituzionale di cui dispone, e quindi prestazioni inerenti il processo chirurgico nelle discipline di chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, urologia.

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

119 - Legatura e stripping di vene

162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC

266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC

359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC

337 - Prostatectomia transuretrale senza CC

158 - Interventi su ano e stoma senza CC

055 - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola

160 - Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC

309 - Interventi minori sulla vescica senza CC

500 - Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC

538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC

225 - Interventi sul piede

341 - Interventi sul pene

261 - Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale

288 - Interventi per obesita'

340 - Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni

229 - Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC

063 - Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola

498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC

270 - Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC

053 - Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni

| | | |
|--|---|--|
| | | |
| | 060 - Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni | |
| | 234 - Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC | |
| | 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione | |
| | 545 - Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio | |
| | 227 - Interventi sui tessuti molli senza CC | |
| | 339 - Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni | |
| | 223 - Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC | |
| | 491 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori | |
| | 224 - Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC | |
| | 219 - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC | |
| | 305 - Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC | |
| | 149 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC | |
| | 211 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC | |
| | 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori | |
| | 311 - Interventi per via transuretrale senza CC | |
| | 3. Resta inteso tra le Parti, che in caso di complicità intraoperatoria sarà retribuito l'eventuale corrispondente DRG "complicato". Resta inteso altresì che sarà possibile produrre in favore di utenti residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda DRGs diversi da quelli sopra elencati, comunque ricompresi nei decreti di accreditamento, per non oltre il 10% del tetto di spesa previsto per detta categoria di utenti. | |
| | 4. Per ciascun DRG's inserito nell'elenco sopra riportato, la Società è tenuta ad erogare una quantità di interventi annui in conformità alla programmazione resa nota con missiva Protocollo 0003941 del 08 gennaio 2025, disponibile in atti, desunta dai lavori istruttori | |
| | 14 | |

svolti dalla Commissione di Valutazione, istituita con Deliberazione del Direttore Generale

19 novembre 2024, n. 1161. I valori programmati per i DRGs indicati sono da comunque

ritenersi presuntivi e non vincolanti.

5. La Società si impegna a rispettare l'articolazione zonale delle prestazioni di ricovero, come

risultanti dalla proposta organizzativa redatta in sede di manifestazione di interesse in risposta

all'Avviso pubblico posto alla base del presente Accordo, con riferimento, in particolare,

all'assistenza in favore degli utenti residenti nell'area provinciale grossetana. Con riferimento

alla ripartizione per DRGs nelle singole province e zone-distretto, che sottende l'assegnazione

complessiva inserita in delibera, i valori del singolo DRG sono presuntivi e non vincolanti.

6. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari dell'Azienda, istituito con Deliberazione del

Direttore Generale e n. 480 del 17 aprile 2019, assicura la verifica della rispondenza tra

prestazione erogate e prestazioni assegnate.

7. In conformità al Piano Regionale Governo Liste di Attesa della Regione Toscana ed alla

Valutazione delle Performance MeS, la Società è tenuta a raggiungere lo standard del 90% di

interventi in classe di priorità A operati entro 30 giorni, con riferimento agli interventi oggetto

di monitoraggio regionale e nazionale.

8. La Società assicura il monitoraggio del rapporto tra ricoveri ripetuti entro 30 giorni con

stessa MDC ed il numero totale di ricoveri effettuati annualmente, garantendo almeno il

rispetto della media regionale. Si considerano tutti i ricoveri effettuati per utenti residenti

nell'ambito territoriale di competenza, con esclusione dei ricoveri conclusi con le seguenti

modalità di dimissione: trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per

acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento

ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione se la data di dimissione coincide con la data

di ingresso del ricovero successivo.

regionale del 22 luglio 2002, n. 771, la prestazioni avvengono nel setting assistenziale ambulatoriale.

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

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

17. L'Azienda elabora la programmazione dell'attività in favore dei cittadini residenti nel proprio ambito territoriale annualmente e si impegna a formalizzarla entro il mese di dicembre di ciascun anno di durata del contratto per l'anno successivo.

18. Con cadenza almeno trimestrale dalla decorrenza del presente accordo, le parti si incontreranno per valutare eventuali rimodulazioni dei volumi di attività, conseguenti a modificazioni del fabbisogno di prestazioni richieste dagli utenti del SSN.

19. L'Azienda si riserva la facoltà di rimodulare in corso d'anno i volumi di attività acquistati in favore dei cittadini residenti nel proprio ambito territoriale, qualora si determinino eventuali diverse esigenze emergenti e non programmate, che comportino, in particolare, criticità nella gestione delle liste di attesa per le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale. Ciò previa intesa con la Società.

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

21. L'Erogatore assicura coerenza tra le prestazioni erogate ed inserite nel flusso informativo regionale SDO ed i dati contenuti desunti dal sistema di fatturazione.

Art. 5 - SISTEMA DI SICUREZZA, APPROPRIATEZZA, QUALITA'

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 un sistema di monitoraggio relativo agli indicatori di appropriatezza pertinenti alla struttura, i cui dati sono utilizzati e monitorati in modo sistematico (es. i dati sono rilevati con cadenza fissa e sono effettuate riunioni di

analisi dell'andamento dei dati rilevati). Il sistema di monitoraggio deve prevedere

almeno i seguenti indicatori:

- DRGs ad alto rischio di inapproprietezza. Per detti ricoveri il sistema di monitoraggio deve permettere la verifica delle soglie di ammissibilità minime in regime di ricovero diurno, come da Deliberazione Giunta regionale 9 dicembre 2014, n. 1140;

- Approprietezza degli interventi di artrodesi tratto dorso – lombo – sacrale, come da Deliberazione Giunta regionale 22 maggio 2023, n. 569);

- Soglie di ammissibilità nei regimi di ricovero ordinario, day surgery e chirurgia ambulatoriale, previste dal Decreto Dirigenziale Regione Toscana del 19 novembre 2021, n. 20196;

- Applicazione delle soglie minime di attività, ai sensi del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70. Il N.O.C.S assicura la verifica del rispetto delle soglie minime, con esclusione a fine anno dal pagamento di quelle prestazioni erogate senza tener conto dei limiti normativi (Colecistectomia laparoscopica, Intervento chirurgico per frattura di femore);

- 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 (GAUSS);

- L'Erogatore concorre, con Azienda UsI Toscana Sud Est, al rispetto dei tempi di attesa previsti dal PNGLA per l'attività di ricovero;

- L'Erogatore dispone di un sistema di monitoraggio per le soglie minime di attività, ai sensi del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, e di un sistema di monitoraggio degli esiti come da PNE, per programmare l'attività di ricovero;

- L'Erogatore dispone di un sistema atto ad assicurare la corrispondenza tra prestazioni sanitarie erogate e prestazioni sanitarie fatturate all'Azienda;
- L'Erogatore dispone di un sistema monitoraggio della vetustà delle apparecchiature e della dotazione rispetto ai volumi di attività e dotazione di un sistema di gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili, come da requisito 5.1.COM.4 "Rischio dispositivi medici" del DD. n. 2044/2017;
- 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. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di ricovero entro un tetto massimo di spesa unico ed omnicomprensivo annuo pari a € **14.850.582**, ricompreso nello stanziamento di cui alla Deliberazione Giunta regionale 28 novembre 2022, n. 1339 ed affidato alla Società a seguito di emissione di Avviso pubblico e valutazione resa da apposita Commissione di Valutazione. Il tetto di spesa così individuato consente il rispetto, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, dei vincoli di spesa stabiliti dalla normativa nazionale vigente, richiamati nelle premesse.

2. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, la Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo, per una quota pari a € **4.532.878**, in favore del soddisfacimento del fabbisogno sanitario espresso, rilevato valutando, tramite appositi indicatori (lista di attesa, tasso di prestazioni x 1000ab zonale e aziendale, catchment index, % prestazioni erogate nei tempi, ecc.), l'offerta pubblica presente sul territorio, e, per differenza, la domanda espressa da soddisfare tramite il ricorso a convenzionamento con Strutture private-accreditate, nei limiti di spesa previsti con Deliberazione Giunta regionale 28 novembre 2022, n. 1339.

3. La Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo, per una quota pari a € **150.229**, all'erogazione di prestazioni sanitarie in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie toscane.

3. La Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo, per una quota pari a € **7.905.221**, all'erogazione di prestazioni sanitarie in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie fuori regione, assicurando che almeno il 90% del tetto assegnato sia destinato a prestazioni di Alta Specialità così come risultano dall'elenco dei DRGs di Alta Complessità compresi negli Accordi di mobilità interregionale vigenti.

4. E' previsto in favore della Società un budget economico aggiuntivo, attribuito in proporzione al tetto di spesa ordinario, pari a € **2.262.254**. Il budget aggiuntivo è impiegato unicamente per l'erogazione di prestazioni di Alta Specialità a favore di pazienti residenti in altre Regioni, in linea con quanto previsto dall'art. 1, comma 574 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208. Qualora il budget non sia totalmente impiegato, è previsto un fondo regionale per la riallocazione dei volumi economici non utilizzati che potranno essere oggetto di rinegoziazione affidata al Tavolo di concertazione regionale.

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

programmazione in dodicesimi), in conformità alla programmazione annuale definita.

7. Al fine di facilitare un tempestivo controllo del consumo del tetto contrattuale per attività in favore di utenti residenti, la Società compila mensilmente il modulo trasmesso con missiva Protocollo 0003941 del 08 gennaio 2025, disponibile in atti, da inviare all'Azienda tramite posta elettronica agli indirizzi ivi indicati, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento. Gli importi da inserire nel Report sono gli importi fatturati mensilmente e quindi al netto dello sconto contrattuale previsto dal presente Accordo.

8. Le Parti concordano che nel corso dell'anno di esercizio, ove si realizzi l'evidenza di strutture convenzionate che non abbiano raggiunto il budget economico assegnato in favore di utenti residenti, allo scopo di assicurare comunque il raggiungimento del livello di prestazioni rispondenti alla programmazione aziendale, fermo restando il rispetto del tetto complessivo di spesa per l'Azienda, quest'ultima assegnerà il volume non raggiunto alla/alle Società che dovesse/dovessero invece averlo raggiunto, tenuto conto dell'andamento complessivo delle attività per residenti, regionali ed extra-regionali, come meglio specificato al successivo comma 11. L'assegnazione sarà disposta in base alla punteggio conseguito dalle Strutture in sede valutazione delle manifestazioni di interesse. Della riassegnazione effettuata viene preso atto tramite deliberazione del Direttore Generale. Tale riassegnazione è valida limitatamente all'esercizio nel quale si è verificato il mancato raggiungimento del budget assegnato e, conseguentemente, a partire dall'annualità successiva sarà automaticamente ripristinato il budget economico originariamente assegnato alla struttura, senza necessità di alcuna deliberazione aziendale ma semplicemente in forza del presente Accordo contrattuale

9. Stante la durata triennale del presente Accordo contrattuale, alla data del I semestre di ogni anno e qualora se ne ravvisi la necessità, con riferimento in particolare al secondo semestre, l'Azienda può effettuare una rivalutazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie, modificando l'articolazione del tetto di spesa unico

aziendale stanziato con Deliberazione Giunta regionale 28 novembre 2022, n. 1339

tra i vari livelli assistenziali previsti (ricovero, chirurgia ambulatoriale, specialistica ambulatoriale), qualora ricorrano nuove e documentate esigenze sanitarie emergenti e non programmate rilevate dall'Azienda stessa oppure i fabbisogni programmati non rilevino più in fase operativa. Delle rivalutazione effettuata viene preso atto tramite deliberazione del Direttore Generale e senza la necessità di una nuova procedura di affidamento. La ripartizione dell'eventuale nuovo fabbisogno e delle relative risorse è disposta in base alla valutazione riportata da ogni Struttura nell'ambito della procedura di affidamento.

10. Qualora in corso d'anno l'Azienda ravvisi la necessità di incrementare il livello di prestazioni sanitarie in favore di utenti residenti, per far fronte a fabbisogni emergenti e non programmati, rilevati dalle competenti Strutture aziendali, le prestazioni aggiuntive sono finanziate, di norma, con quote di tetto di spesa destinate dal presente Accordo ad utenti provenienti da altre regioni, che viene ridotto per pari importi, o con eventuali quote di tetto derivanti dal mancato raggiungimento di budget a qualsiasi titolo assegnato, nei limiti del tetto massimo di spesa unico ed omnicomprensivo. L'eventuale trasferimento di risorse in favore di utenti residenti è disposto, previa intesa con l'Erogatore, con Deliberazione del Direttore Generale, in quanto esso comporta costi aggiuntivi a carico del bilancio aziendale.

11. In analogia a quanto previsto dal punto 15) del dispositivo della Deliberazione Giunta regionale 28 novembre 2022, n. 1339, che istituisce un Tavolo di concertazione regionale per la rinegoziazione dei volumi economici di budget annuo assegnati alle varie Aziende Sanitarie eventualmente non utilizzati dalle Strutture private accreditate-convenzionate, ed in accordo tra le Parti, si introduce il principio di compensazione dei tetti di spesa annui assegnati e non utilizzati dalle medesime Strutture accreditate-convenzionate, oltre che per gli utenti residenti, come previsto ai comma precedenti, anche per gli utenti provenienti da altre regioni, fermo

restando il rispetto del tetto complessivo di spesa annuo dell'Azienda. Ciò al fine di assicurare comunque il contributo dell'Area Vasta Sud Est al perseguimento dell'obiettivo del saldo positivo della mobilità sanitaria extra-regionale, in linea con quanto definito dalle politiche regionali. Al fine di facilitare il tempestivo controllo del consumo del tetto di spesa contrattuale per attività in favore di utenti extra-regione, la Società compila mensilmente, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento, un modulo secondo un *format* da concordare tra le Parti, che tenga conto degli importi fatturati e degli importi prodotti nel mese, relativi questi ultimi a pazienti presi in carico e ricoverati, ma non ancora dimessi. Si precisa che nella valutazione istruttoria per procedere alla successiva riassegnazione, compensando in tal modo i tetti di spesa assegnati, la Direzione Aziendale tiene conto non solo del budget extra-regionale, ma dell'andamento complessivo della produzione della Società, quale sommatoria delle attività per utenti residenti, regionali ed extra-regionali, avendo a riferimento prioritariamente la produzione in dodicesimi del tetto di spesa annuo pari a € 14.850.582. La riassegnazione degli importi non utilizzati in favore delle Strutture accreditate-convenzionate che hanno invece utilizzato a pieno il budget complessivo assegnato per il periodo di riferimento, è disposta in base alla punteggi conseguito dalle medesime in sede valutazione delle relative manifestazioni di interesse e con atto deliberativo del Direttore Generale. Anche in tal caso la riassegnazione è valida limitatamente all'esercizio nel quale si è verificato il mancato raggiungimento del budget assegnato e, conseguentemente, a partire dall'annualità successiva sarà automaticamente ripristinato il budget economico originariamente assegnato alla struttura, senza necessità di alcuna deliberazione aziendale ma semplicemente in forza del presente Accordo contrattuale.

12. Il Piano di cui al comma precedenti è sottoposto a verifica ordinaria in corso d'anno, dopo la liquidazione delle competenze del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre, 31 dicembre, tramite appositi report economici sui consumi dei tetti di spesa contrattuali, predisposti a cura della

U.O.C. SSP, PA e TS ed inviati all'Erogatore, al fine di assicurare il rispetto del budget complessivo annuale.

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

14. La Società prende atto che, come previsto dalla Deliberazione Giunta regionale 28 novembre 2022, n. 1339, la verifica puntuale del rispetto del tetto economico previsto dal presente Accordo, è svolta tramite il software Gauss. La Società pertanto è tenuta all'inserimento, oltre che nei propri applicativi, nel software Gauss di tutti i dati necessari al monitoraggio della spesa rispetto alle prestazioni erogate.

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

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

17. La Società si uniforma alle eventuali indicazioni di programmazione aziendale, regionale e nazionale, relative alle variazioni del tetto unico ed omnicomprensivo annuo di cui al presente articolo, che dovessero intervenire nel periodo di vigenza del presente Accordo.

Art. 7 – TARIFFE

1. La Società accetta il sistema di tariffazione per DRG's previsto per l'attività di ricovero ospedaliero dalla citata ovvero Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947 "Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 1° ottobre 2016" - Tabella B - 2° Livello tariffario.

2. La Società applica alle prestazioni sanitarie erogate in favore di utenti residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, a decorrere dal 1 febbraio 2024, uno sconto pari a 5,10% 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. Per la mensilità di gennaio 2025 le prestazioni sono remunerate in base al nomenclatore tariffario regionale, con sconto pari a 5,00/7,00%, previsto dal precedente Accordo contrattuale.

3. Le prestazioni erogate dalla Società, in regime di ricovero, ordinario e day surgery, e in regime ambulatoriale, ricadono nel regime di esenzione IVA ai sensi dell'Art. 10 del DPR 26 ottobre 1972, n. 633.

Art. 8 – MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RICOVERO

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

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

- a. prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di convenzione, con onere a totale carico del Servizio Sanitario Regionale, erogate con personale medico dipendente e/o strutturato nella Società ovvero in rapporto di collaborazione coordinata e continuativa o con contratto libero-professionale, senza alcun onere a carico del cittadino escluso eventuale miglioramento alberghiero (prestazioni incluse nel Tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dal presente Accordo);
- b. prestazioni di ricovero ospedaliero con onere totale a carico del cittadino (prestazioni escluse dal Tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dal presente Accordo);

c. prestazioni di ricovero ospedaliero con onere ripartito fra il Servizio Sanitario Regionale e il cittadino, nella misura definita dai provvedimenti regionali che stabiliscono le tariffe per le prestazioni di ricovero, secondo i quali l'importo della tariffa relativa al ricovero viene ridotto, all'interno del budget prefissato, del 35% dell'ammontare del DRG, come previsto dal Decreto Dirigenziale della Regione Toscana n. 4203 del 15 ottobre 2013 recante "Decreto Dirigenziale n. 1028 del 16 marzo 2012: modifica allegati 1 e B", nel caso che questi scelga di avvalersi di personale medico di sua fiducia, dipendente e/o strutturato nella Società, ovvero in rapporto di collaborazione coordinata e continuativa o con contratto libero-professionale con l'Erogatore, così come disciplinato dalla Deliberazione Giunta regionale 19 marzo 2001, n. 283 recante "Esercizio di attività libero professionale nelle istituzioni sanitarie private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale" e dal Decreto della Regione Toscana 16 marzo 2012, n. 1028 recante "DRG 1062/2011: Approvazione schema di contratto-tipo tra le Aree Vaste e le strutture ospedaliere private accreditate" e successive modifiche ed integrazioni (prestazioni incluse nel Tetto di spesa unico ed onnicomprensivo previsto dal presente Accordo, per la componente imputabile al Servizio Sanitario Regionale).

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

- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera a) nulla è dovuto dal cittadino al personale medico messo a disposizione dalla Società;
- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera b) nulla è dovuto dal Servizio Sanitario Regionale né al cittadino, a titolo di rimborso o altro, né alla Società;

- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera c), il Servizio Sanitario Regionale si assume solamente l'onere previsto dai provvedimenti regionali sopra richiamati.

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

5. Al fine di assicurare un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche, indipendentemente dalla modalità scelta dall'assistito (in struttura pubblica o accreditata-convenzionata), le Parti danno atto della necessità di giungere all'applicazione della Deliberazione Giunta regionale del 20 luglio 2009, n. 638 "Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi d'attesa, in regime istituzionale sia ordinario che libero professionale. Tutela di diritto d'accesso all'assistito", istituendo un Registro di Prenotazione unico degli interventi chirurgici programmabili in regime ospedaliero per i pazienti presi in carico con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

A tal fine l'Azienda attiva uno specifico tavolo tecnico di raccordo per la definizione e attuazione di un progetto volto alla istituzione del "Registro di Prenotazione unico/lista di attesa unica". La Società si impegna ad aderire alle iniziative ed alle progettualità che verranno elaborate dal suddetto tavolo tecnico al fine di integrare la lista di attesa chirurgica della Società all'interno dei sistemi informatici di registrazione e di prenotazione aziendali. In attesa dell'istituzione del Registro di Prenotazione unico degli interventi chirurgici programmabili in regime ospedaliero, la Società è tenuta ad una rilevazione cartacea dei volumi della lista di attesa e dei tempi di attesa, secondo il prospetto inviato con missiva Prot. n. 158332 del 21 giugno 2024, disponibile in atti o secondo altri *format* che verranno elaborati dall'Azienda in relazione alla necessità di monitoraggio.

6. In ogni caso l'Erogatore si impegna a tenere un'unica lista di attesa, in linea con i criteri stabiliti dalla DRG 638/2009, che non potrà essere influenzata dalla scelta del comfort alberghiero da parte del cittadino.

Art. 9 – FLUSSI INFORMATIVI

1. Per le prestazioni di ricovero ospedaliero erogate, la Società fornisce, con cadenza mensile, entro il giorno 5 lavorativo di ogni mese, alla competente struttura organizzativa di ESTAR, tramite la procedura WEB GAUSS, utilizzando le credenziali in possesso della Società medesima, il flusso informativo regionale SDO, relativo a tutte le prestazioni effettuate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, di cittadini residenti in altre aziende sanitarie toscane e di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, compresa la comunicazione dei dati relativi alle prestazioni erogate in regime solvente, secondo il tracciato e le specifiche previste dalla Regione Toscana e consultabili presso il sito <https://www.regione.toscana.it/flussi-informativi>, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171, integrato con le ulteriori informazioni previste dalla procedura GAUSS.

2. La procedura WEB GAUSS effettua il controllo di validità del dato inviato, che la Società è tenuta a correggere in caso di segnalazione di errori prima dell'invio.

3. La competente Struttura organizzativa di ESTAR provvede ad estrarre dalla procedura WEB GAUSS i dati dell'attività di ricovero (flusso informativo regionale SDO), trasmessi dalla Società entro il giorno 5 di ogni mese, successivo alla chiusura del mese di riferimento, per il conseguente invio alla Regione Toscana.

4. Qualora in sede di invio del flusso informativo regionale SDO a Regione Toscana, la competente Struttura organizzativa di ESTAR rilevi errori di tipo 2 o 9, essa provvederà a caricarli sulla procedura WEB GAUSS per permettere alla Società, tramite le apposite funzionalità presenti nella procedura stessa, di correggere il flusso. La Società è pertanto tenuta a verificare sistematicamente la procedura WEB GAUSS per correggere con tempestività gli errori segnalati.

5. La Regione Toscana, sulla base delle informazioni trasmesse da ESTAR, relativo al flusso informativo SDO, effettua il calcolo della mobilità sanitaria attiva (compensazioni), per le prestazioni rese dalla Società ad utenti residenti in altre aziende sanitarie toscane e in altre regioni.

6. La Società si impegna a modificare il flusso informativo regionale SDO delle prestazioni di ricovero ospedaliero, mediante procedura WEB GAUSS, a seguito dei controlli sanitari, entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo. Per l'ultimo trimestre tutte le rettifiche devono essere consolidate entro il termine di chiusura del flusso SDO.

7. L'Erogatore si impegna ad alimentare in maniera continuativa e tempestiva il fascicolo sanitario elettronico (FSE) ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, secondo le modalità definite ai sensi del comma 7 del medesimo articolo 12 e secondo le indicazioni fornite dai competenti Uffici regionali.

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

Art. 10 – FATTURAZIONE

1. A fronte delle prestazioni sanitarie erogate, e fino a concorrenza dei tetti di spesa massimi previsti dal 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. 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 canale *rugani@pec.ruganihospital.it*, indicato dall'Erogatore stesso.

3. L'ordine elettronico annuale corrisponde ai tetti massimi di spesa annui previsti dal presente Accordo per utenti residenti, utenti regionali ed utenti extra-regione.. All'interno di ciascun ordine sono inserite, a cura dell'Azienda, le dodici rate mensili in cui si articola il tetto di spesa annuale. Sono fatti salvi eventuali periodi ridotti o eventuali revoche dell'ordine elettronico iniziale.

4. 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). Il numero d'ordine ha di norma durata annuale, fatti salvi eventuali periodi ridotti o eventuali revoche dell'ordine elettronico iniziale. 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.

5. 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>).

6. 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.

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

dell'area senese: ZXFD74, entro il quinto giorno lavorativo del mese successivo a quello in

cui le prestazioni sono state eseguite. Ciascuna fattura elettronica riporta l'indicazione del

mese di competenza e la descrizione della tipologia di prestazioni erogate a cui si riferiscono.

8. Le fatture, emesse in coerenza con i tetti di spesa programmati, dovranno essere inviate

dalla Società all'Azienda entro il quinto giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui

le prestazioni sono state eseguite.

9. Le eventuali fatture emesse dalla Società senza totale copertura del tetto economico,

saranno interamente sospese in attesa che la medesima emetta nota di credito a saldo tetto, o

che richieda e l'Azienda autorizzi, spostamenti di budget a copertura della fattura

10. Le fatture mensili emesse sono articolate e redatte in base all'azienda sanitaria di

residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine:

- residenti nell'Azienda, suddivisi per Zona-distretto. In ogni fattura elettronica, o in una

tabella riassuntiva allegata elettronicamente alla stessa, è indicato chiaramente l'importo

di spesa di ogni zona-distretto, al fine di consentire la corretta registrazione della fattura

stessa. A tal fine si indicano i codici di ciascuna Zona-distretto da utilizzare in sede di

redazione della fattura: Zona Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana: R;

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

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

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

- residenti in altre aziende sanitarie di Regione Toscana;

- residenti in aziende sanitarie di altre regioni alta complessità. Per i residenti in altre regioni, è necessario allegare e conservare in cartella clinica copia fotostatica della tessera sanitaria a disposizione dell'Azienda per eventuali controlli;

- residenti in aziende sanitarie di altre regioni non alta complessità. Per i residenti in altre regioni, è necessario allegare e conservare in cartella clinica copia fotostatica della tessera sanitaria a disposizione dell'Azienda per eventuali controlli;

- residenti in aziende sanitarie di altre regioni alta complessità – prestazioni aggiuntive. Per i residenti in altre regioni, è necessario allegare e conservare in cartella clinica copia fotostatica della tessera sanitaria a disposizione dell'Azienda per eventuali controlli.

11. La Società si impegna ad inviare contestualmente all'invio della fattura elettronica, la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi. In particolare dovrà essere trasmesso il Tabulato riepilogativo delle degenze, con l'indicazione dei seguenti elementi: numero della scheda di dimissione ospedaliera; cognome e nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda Usl di residenza dell'utente; codice fiscale dell'utente; durata del ricovero, data di ingresso e data delle dimissioni; DRG di riferimento con relativo importo; onere del ricovero, percentuale di sconto applicata, importo scontato fatturato. La trasmissione del Tabulato riepilogativo avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 14.

12. Nelle note di credito-fatture a seguito di verbali di controllo sanitari, dovrà essere indicato il numero e la data del verbale a cui si riferiscono e il tabulato riepilogativo allegato dovrà contenere le seguenti informazioni aggiuntive: DRG e importo drg precedente al controllo; differenza importo tra DRG precedente al controllo. Tali note di credito-fatture dovranno essere redatte in base all'azienda sanitaria di residenza dell'assistito, come per le fatture ordinarie.

13. La Società si impegna altresì ad inviare mensilmente all'Azienda copia delle prescrizioni mediche di richiesta del ricovero per approfondimenti dei controlli amministrativi. La trasmissione della Documentazione sanitaria inerente l'attività di ricovero avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 14.

14. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria relativi alle prestazioni erogate sono trasmessi con cadenza mensile, in coincidenza con l'emissione della relativa fattura elettronica tramite il portale AlfrescoShare dell'Azienda, dove sarà possibile accedere ad una cartella riservata in favore dell'Erogatore per caricare la documentazione. L'Erogatore assicura l'inserimento dei file zippati, protetti da password avente le seguenti caratteristiche: lunghezza di almeno 8 caratteri con almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale. Il file è nominato con la seguente struttura: mese_anno_nome istituto_note (es. 01_2021_IstitutoXXX_ricoveri), dove il mese è quello corrispondente alla competenza della fatturazione. L'Erogatore è tenuto inoltre a comunicare i riferimenti della persona da autorizzare per accedere al portale, con riferimento a: nome e cognome; codice fiscale; email (per invio segnalazioni, recupero password, ecc.).

15. La Società si impegna ad assicurare che gli importi fatturati mensilmente all'Azienda per le attività di ricovero nell'ambito dei sotto tetti di spesa previsti dal presente Accordo siano coerenti con dati di attività inseriti nel flusso informativo regionale SDO tramite la procedura WEB GAUSS, incluso gli errori rilevati da ESTAR e sottoposti a correzione.

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

17. La documentazione sanitaria ed amministrativa prodotta conseguentemente all'erogazione delle prestazioni erogate in virtù del presente Accordo contrattuale è conservata in originale presso la sede della Società, nel rispetto della vigente normativa in materia di archiviazione e

conservazione degli atti pubblici. L'Erogatore assicura un'organizzazione sistematica e regolare della documentazione sanitaria.

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.

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 delle prescrizioni mediche di richiesta dei ricoveri ospedalieri, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda;

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

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

5. L'Azienda provvede alla verifica trimestrale della coerenza tra i dati contenuti desunti dalla fatturazione ed i dati desunti dai flussi informativi regionali SDO, 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.

Art. 13 – CONTROLLI SANITARI

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

2. L'attività di controllo sanitario è svolta dal Nucleo Operativo Controlli Sanitari (N.O.C.S.), istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 480 del 17 aprile 2019, secondo modalità, tempistiche e campionamenti definiti dal Piano Annuale dei Controlli, adottato annualmente dall'Azienda e trasmesso per la dovuta informativa alla Società. Il PAC descrive le verifiche, da effettuarsi nei confronti delle strutture sanitarie, differenziate in due tipologie: i) controlli sanitari sulla documentazione clinica; ii) controlli per la verifica del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento (in carico al Dipartimento di Prevenzione come parte integrante della Sezione Integrativa del N.O.C.S.).

3. Il N.O.C.S, nell'ambito dei controlli sanitari sulla documentazione clinica, effettua verifiche sull'attività di ricovero (inerenti la congruenza tra cartella clinica e SDO, l'appropriatezza organizzativa ed eventuali altre tipologie di verifica previste dal PAC e/o dal Contratto di Convenzione) e controlli sull'attività specialistica ambulatoriale (sulla base del PAC e/o del Contratto di Convenzione). Al termine della verifica viene redatto un verbale che riporta gli esiti organizzativi ed economici dei controlli ed in base al quale la Struttura è tenuta: i) ad adeguarsi alle azioni di miglioramento organizzativo eventualmente suggerite dal Team N.O.C.S.; ii) ad emettere nota di credito per gli importi relativi alle prestazioni che abbiano comportato eccesso di fatturazione ed adeguare, di conseguenza, il

| | | |
|--|---|--|
| | | |
| | flusso informativo regionale SDO o SPA entro e non oltre il quinto giorno del mese | |
| | successivo al controllo. La Società emette nota di credito entro 10 giorni dalla richiesta, | |
| | trascorsi inutilmente i quali l’Azienda può trattenere gli importi dovuti sulle liquidazioni in | |
| | giacenza. In caso di rilievi sulle codifiche di diagnosi e/o interventi/procedure, la Società | |
| | provvede alla rettifica dei codici entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al | |
| | controllo. | |
| | 4. Qualora la Sezione Integrativa del Nucleo Operativo Controlli Sanitari, nell’esercizio delle | |
| | proprie funzioni, rilevi difformità relative ai requisiti di autorizzazione o accreditamento, | |
| | redige apposito verbale ed adotta le azioni conseguenti sulla base di quanto previsto dal | |
| | “REG – DGE – 003 Regolamento di Organizzazione e Funzionamento delle Attività di | |
| | Controllo Sanitario sulle Strutture Pubbliche di Pertinenza e le Strutture Private Accreditate | |
| | Convenzionate” e dal PAC. In tal caso, inoltre, i pagamenti delle prestazioni erogate sono | |
| | sospesi a decorrere dalla data del sopralluogo, in attesa del pieno ripristino del possesso dei | |
| | requisiti da parte della Società. | |
| | 5. L’Azienda si riserva di rescindere l’Accordo contrattuale qualora dai sopralluoghi | |
| | effettuati, da qualsiasi organo di vigilanza, ai sensi delle normative vigenti emergano | |
| | irregolarità relative ai requisiti richiesti dalle normative o qualora la Società non ottemperi ad | |
| | eventuali prescrizioni ricevute. | |
| | 6. La Società è altresì sottoposta ai controlli esterni per la verifica della congruità e qualità | |
| | della documentazione sanitaria e dell’appropriatezza organizzativa delle prestazioni sanitarie | |
| | erogate da parte del Team Regionale di Area Vasta, in attuazione della normativa regionale | |
| | vigente in materia. L’attività oggetto di controllo è quella di ricovero a carico totale o parziale | |
| | del Servizio Sanitario Nazionale. In caso di rilievi, la Società provvede alla rettifica dei codici | |
| | di diagnosi e procedure/interventi e al rinvio del file corretto (attraverso la procedura Gauss), | |
| | entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo. Per l’ultimo trimestre tutte | |
| | 38 | |

le rettifiche devono essere consolidate entro il termine di chiusura del flusso SDO. Di conseguenza la Società provvede ad emettere nota di credito.

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

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

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

Art. 14 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE DEL SSN

1. L'Erogatore si impegna a non concludere con personale dipendente, convenzionato o comunque legato da rapporto lavorativo con il Servizio Sanitario Nazionale, rapporti 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 La Società adotta ed attua una propria Carta dei servizi, sulla base dei principi indicati dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e dello schema generale di riferimento della “Carta dei Servizi Pubblici Sanitari”, emanato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995 (G.U. del 31 maggio 95, supplemento n.65).

2. Le Parti danno atto che la Carta dei servizi è il documento con il quale ogni Ente erogatore di servizi assume una serie di impegni nei confronti dell'utenza riguardo i propri servizi, le modalità di erogazione, gli standard di qualità e informa l'utente sulle modalità di tutela previste.

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

4. L'Erogatore assicura che sulla Carta dei Servizi sono inseriti i tempi previsti per il rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto.

5. La Società 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'Erogatore si impegna a dare congruo avviso all'utenza di eventuali sospensioni temporanee delle prestazioni, anche per i periodi ferie estive o in altro periodo dell'anno.

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", allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (**Allegato 1**)

4. I dati forniti dalle Parti, relativi ai soggetti che per loro conto svolgono le attività dedotte nel presente Accordo e relativi ai soggetti che effettuano attività amministrative funzionali alla stipula e gestione del rapporto convenzionale, saranno trattati nel rispetto dei principi di

liceità, correttezza, trasparenza, adeguatezza, pertinenza e necessità di cui all'art.5, paragrafo 1 del RGPD. Il conferimento di tali dati tra le Parti è obbligatorio ai fini degli adempimenti amministrativo/contabili comunque connessi alla instaurazione, gestione ed esecuzione del rapporto instaurato con il presente atto nonché per gli adempimenti di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

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

Art. 18 – 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 (responsabilità civile verso terzi e prestatori d'opera), o di altra forma idonea di garanzia, parametrize al volume di attività complessivamente svolta dalla Struttura, e a mantenerla per tutta la durata del presente Accordo contrattuale. La copertura assicurativa, con massimali e franchigia, oppure la misura di garanzia analoga, è pubblicata sul sito internet della Struttura.

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. Per il personale dipendente, l'Erogatore assicura il rispetto di quanto previsto del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro vigente per la Sanità privata e 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 nessun indennizzo è dovuto alla Società da parte dell'Azienda.

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

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

Art. 20 – PENALITÀ 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 comma 2 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.

6. L'Azienda dà atto che sono pendenti ricorsi avverso la Deliberazione del Direttore Generale 16 ottobre 2024, n. 1019 e la Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est 30 dicembre 2024, n. 1376. La sentenza che dovesse accogliere il ricorso obbligherà l'Azienda, ove non richiama la sospensione cautelare della sentenza di primo grado ovvero, ove richiesta, non fosse accolta, ad adottare la doverosa attività conformativa, fatta salva ogni facoltà di coltivare l'impugnazione in appello e con salvezza dei diritti conseguenti.

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 conto corrente bancario o postale dedicato 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 – CONTROVERSIE E 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.

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 2**), 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 €. 240 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. 50 pagine e n. 2 allegati, ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

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.

Letto, firmato e sottoscritto

Il Legale Rappresentante della Società prende atto che pendono ricorsi avverso la Deliberazione del Direttore Generale 16 ottobre 2024, n. 1019 e la Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est 30 dicembre 2024, n. 1376.

LEGALE RAPPRESENTANTE

LA DIRETTRICE U.O.C. SSP, PA e TS

Società Rugani Hospital Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est



(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

LEGALE RAPPRESENTANTE

LA DIRETTRICE U.O.C. SSP, PA e TS

Società Rugani Hospital Srl

Azienda Usl Toscana Sud Est



(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

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 Rugani Hospital Srl**, con sede legale in Monteriggioni, 53035, Via S.R. 222 Chiantigiana Località Colombaio (C.F. e P.I.: 01243020524), di seguito denominata "Società", nella persona del Legale rappresentante, [REDACTED], domiciliata per la carica presso la suddetta, di seguito congiuntamente indicati come "Parti", si conviene quanto segue

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 "**ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E RUGANI HOSPITAL SRL Acquisto prestazioni sanitarie accreditate di RICOVERO OSPEDALIERO**".

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: **Società Rugani Hospital Srl;**

- Soggetto utilizzatore del dato: Azienda UsI 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: **Società Rugani Hospital Srl;**

- Frequenza dello scambio di dati: trimestrale;

- Tipologie di dati: dati comuni, relativi agli importi liquidati in favore della Società;

- Tipologie di interessati: **Società Rugani Hospital 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

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

La Direttrice U.O.C. Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari
(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

RUGANI HOSPITAL SRL

Il Legale rappresentante

████████████████████

**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:

ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E RUGANI
HOSPITAL SRL Acquisto prestazioni sanitarie accreditate di RICOVERO OSPEDALIERO

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 Direttrice 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 Rugani Hospital Srl**, con sede legale in Monteriggioni, 53035, Via S.R. 222
Chiantigiana Località Colombaio (C.F. e P.I.: 01243020524), di seguito denominata
"Società", nella persona del Legale rappresentante, [REDACTED]
[REDACTED], domiciliata per la carica presso la suddetta;

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 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.

Per Azienda UsI Toscana Sud Est

La Direttrice U.O.C. Strutture sanitarie pubbliche, Private accreditate e Trasporti sanitari

(Dott.ssa Elisabetta Lucaroni)

Per Rugani Hospital srl

Il Legale Rappresentante

████████████████████