

Repertorio aziendale n. 2723 del 22 dicembre 2021

Deliberazione del Direttore Generale n. 1661 del 16 dicembre 2021

CONTRATTO TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E FONDAZIONE DON

CARLO GNOCCHI ONLUS

Acquisto prestazioni specialistiche di riabilitazione extra ospedaliera in regime ambulatoriale

TRA

L'**Azienda Usl Toscana Sud Est**, con sede legale in Arezzo, via Curtatone, 54 (C.F./P.Iva.

02236310518), di seguito denominata "*Azienda*", nella persona di [REDACTED]

[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 **Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus**, con sede legale in Milano, Piazzale Morandi,

n. 6 (C.F. n. 04793650583 e P.I. n. 12520870150), di seguito denominato "*Erogatore*",

rappresentata dal [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]", depositata agli atti

dell'Azienda al momento della sottoscrizione del contratto.

RICHIAMATO

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

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

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

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

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

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

l’art. 9, comma 1, in virtù del quale le prestazioni erogate all’assistito nell’ambito dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, sono finanziariamente a carico dell’azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l’istituzione pubblica o privata, diversa dall’azienda

unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto all'erogazione, è

remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla

Regione;

l'art. 29, comma 5, il quale precisa che la valorizzazione delle prestazioni, ancorchè gestite

tramite compensazioni regionali, è definita dalle convenzioni e dai rapporti tra Aziende

Sanitarie e tra queste e le istituzioni private e non può comunque essere superiore alle tariffe

massime definite dalla Regione;

l'art. 29, comma 6, in virtù del quale la Giunta regionale, (...), può sottoporre il sistema di

erogazione delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie e delle istituzioni private a

vincoli quantitativi circa il volume delle prestazioni ammesse, ovvero a vincoli finanziari

tramite la determinazione di tetti di spesa e specifiche modalità di applicazione del sistema

tariffario (...)

l'art. 76 "Erogazione delle prestazioni da parte di strutture private", comma 2, il quale

prevede che l'Azienda Unità Sanitaria Locale procede alla definizione degli appositi rapporti

di cui all'art. 8 del decreto delegato (...), al perfezionamento del rapporto si provvede a

seguito di negoziazione effettuata, sulla base di volumi prefissati di prestazioni, in riferimento

a tariffe determinate dalla Giunta Regionale;

la **Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51**, recante "Norme in materia di qualità e sicurezza

delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di

accreditamento" e successive modifiche ed integrazioni;

il **DPGR 16 settembre 2020, n. 90/R** "Autorizzazione e accreditamento delle strutture

sanitarie. Modifiche al regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51,

approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016, n. 79", con

riferimento, in particolare, ai seguenti requisiti di autorizzazione all'esercizio:

B2.1 - Strutture ambulatoriali di Recupero e Riabilitazione Funzionale;

la **Deliberazione Giunta regionale 23 giugno 1997, n. 732** “Instaurazione nuovi rapporti tra

Aziende UU.SS.LL. e strutture di riabilitazione ex-art. 26 L. 833/1978 ai sensi del D. Lgs.

502/1992: elenco strutture, individuazione prestazioni e tariffe”;

la **Deliberazione Giunta regionale 30 maggio 2005, n. 595** “Percorso assistenziale per le

prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (allegato 2b, DPCM 29 novembre

2001). Percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale”, e successive

modifiche ed integrazioni;

la **Deliberazione Giunta regionale 6 ottobre 2008, n. 776** “Definizione tariffe per gli anni

2008, 2009, 2010”, con la quale è stato formalizzato il sistema tariffario regionale per le

attività di riabilitazione extra ospedaliera, intensiva ed estensiva;

la **Deliberazione Giunta regionale 21 dicembre 2018, n. 1476** “Aggiornamento e

differenziazione tariffe con riferimento a specifiche tipologie di setting e di utenti per gli anni

2019 - 2020 – 2021”, con la quale sono state rimodulate alcune delle tariffe massime stabilite

dalla soprarichiamata DGRT 776/08, e conseguentemente prescritto alle Aziende Sanitarie la

riqualificazione dei tetti economici delle strutture di riabilitazione extra-ospedaliera ex art. 26

della L.833/78, per ciascuno degli anni di competenza, precisando che per quanto non

modificato dalla DGRT 1476/2018, resta valido quanto previsto dalla DGRT 776/2008;

PREMESSO

CHE l’Istituto risulta in possesso delle autorizzazioni all’esercizio di attività sanitarie, come

da Provvedimento n. 15/773 del 16 ottobre 2010” per Centro e Presidio ambulatoriale di

recupero e riabilitazione funzionale – Cod. B2.1, ubicato a Colle Val d’Elsa in via delle

Casette, n. 64;

CHE l’Istituto risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con

Decreto della Regione Toscana n. 5105 del 21 aprile 2017, per i processi ambulatoriale

outpatient e riabilitazione, nelle discipline di medicina fisica e riabilitazione,

ortopedia e traumatologia e neurologia, erogate nel Centro di recupero e

riabilitazione funzionale, e nell'ambulatorio specialistico "Centro di riabilitazione don Carlo

Gnocchi" ubicato a Colle Val d'Elsa in via delle Casette, n. 64;

CHE l'Azienda valuta necessario, in relazione al proprio fabbisogno, avvalersi della

Fondazione Doc Carlo Gnocchi Onlus, per la prosecuzione nell'erogazione di prestazioni di

riabilitazione extraospedaliera intensiva, ricomprese nel decreto di accreditamento

istituzionale, poc'anzi richiamato;

CHE l'Istituto si rende disponibile a garantire l'offerta della propria collaborazione, per le

prestazioni richieste dall'Azienda;

CHE le Parti, di comune accordo, ritengono opportuno definire i volumi di attività ed i tetti

economici per il triennio 2022/2024, tenendo presente l'esperienza finora compiuta e dando

attuazione ad una politica di continua integrazione tra pubblico e privato *no profit* nel settore

della riabilitazione extraospedaliera intensiva, nel rispetto delle risorse destinate a questo

ambito, a livello aziendale;

CHE il convenzionamento è effettuato dall'Azienda sanitaria dove la Struttura ha sede, con

efficacia per tutte le altre aziende sanitarie del territorio nazionale ed europeo che intendono

usufruire delle prestazioni erogate dal Centro convenzionato, fermo restando quanto previsto

dal presente Accordo in materia di fatturazione diretta di prestazioni erogate in favore di

utenti provenienti da altre regioni o da stati dell'Unione Europea;

TUTTO CIO' RICHIAMATO E PREMESSO TRA LE PARTI COME SOPRA

COSTITUITE SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – PREMESSE

1. Le premesse fanno parte integrante e sostanziale del presente Accordo contrattuale e ne

costituiscono il primo patto.

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

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente contratto, si avvale dell'Istituto, che accetta, per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera, in regime ambulatoriale, relative alle attività di riabilitazione sub acuta, per conto del Servizio Sanitario Regionale in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, adulti e minori.

2. Il presente Accordo contrattuale è unico ed ha validità in ambito regionale e nazionale, in riferimento, rispettivamente alle prestazioni erogate per cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e per cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, fatta salva la fatturazione diretta di prestazioni erogate in favore di utenti provenienti da altre aziende sanitarie toscane, oltre il tetto di spesa contrattualmente definito, da altre regioni o da stati dell'Unione Europea.

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

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

2. L'Erogatore assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso la struttura in possesso di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale, ubicata in Via Delle Casette, n. 64 a Colle di Val d'Elsa (SI).

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

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

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

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

6. L'Erogatore assicura che l'erogazione delle prestazioni di cui presente Accordo contrattuale avviene in conformità al Piano di prevenzione e contenimento del contagio da Coronavirus, da esso predisposto e depositato agli atti dell'Azienda. L'Erogatore si impegna a comunicare eventuali aggiornamenti disposte in merito alle procedure trasmesse all'Azienda.

Art. 4 – PRESTAZIONI E VOLUMI DI ATTIVITA'

1. Le prestazioni erogabili, tra quelle previste dalla Deliberazione Giunta regionale 6 ottobre 2008, n. 776 e dalla Deliberazione Giunta regionale 21 dicembre 2018, n. 1476, sono esclusivamente quelle rientranti nelle branche specialistiche o attività o prestazioni che l'Istituto può erogare in rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'accREDITAMENTO istituzionale di cui dispone, ossia prestazioni di riabilitazione

extraospedaliera (riabilitazione sub acuta), effettuate in regime ambulatoriale (Percorso 3), in favore di adulti e minori, da attuarsi in diretta collaborazione con l'Area Funzionale Dipartimentale di Riabilitazione e il Dipartimento Tecnico Sanitario dell'Azienda, ciascuno per quanto di rispettiva competenza.

2. Le prestazioni afferenti al Percorso 3 sono effettuate in favore di soggetti affetti da disabilità, anche transitoria, di tipo segmentario o globale che richiedono, per la complessità del quadro clinico, una presa in carico globale, la predisposizione di programmi di intervento previsti all'interno di un progetto riabilitativo individuale, avente gli obiettivi del contenimento della disabilità o per favorirne la gestione degli esiti della prevenzione delle menomazioni secondarie e per contenere e/o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale.

3. In particolare, la tipologia di prestazioni assicurate dall'Istituto sono le seguenti

- Prestazioni ambulatoriali altro adulti
- Prestazioni ambulatoriali altro minori;
- Prestazioni ambulatoriali gruppo adulti;
- Prestazioni ambulatoriali gruppo minori (minimo 4 utenti).

4. L'elenco delle patologie per le quali è consentito l'accesso al percorso assistenziale riabilitativo in regime ambulatoriale o domiciliare (Percorso 3), sono esclusivamente quelle riportate nella Tabella 2 allegata alla Deliberazione Giunta regionale 30 maggio 2005, n. 595 "Percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione. Percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale", e successive modifiche ed integrazioni. I trattamenti individuali domiciliari e ambulatoriali hanno una durata di almeno 60 minuti.

5. Per la riabilitazione attuata in diretta collaborazione con l'Area Funzionale Dipartimentale Riabilitazione dell'Azienda, l'Istituto è vincolato al rispetto delle determinazioni emanate a

livello nazionale e regionale in ordine all'appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera intensiva, con riferimento alla Deliberazione regionale del 30 luglio 2012, n. 677, recante “Sviluppo della rete integrata dei servizi di riabilitazione: approvazione linee di indirizzo regionali per i setting di riabilitazione ortopedica in fase di post-acuzie”.

L'Istituto si impegna ad attenersi alle Procedure aziendali che saranno eventualmente predisposte in materia e comunicate dall'Azienda.

6. In riferimento alle tipologie di attività di cui al presente Accordo contrattuale, l'Istituto si impegna ad erogare un volume prestazionale annuo corrispondente ai tetti e sotto-tetti di spesa indicati al successivo Art. 5, dichiarando che, per capacità produttiva, è in grado di garantire il soddisfacimento del fabbisogno richiesto dall'Azienda.

7. L'Azienda elabora la programmazione annuale delle attività che l'Istituto è tenuto ad assicurare, declinando a livello di zona-distretto i sotto-tetti di spesa aziendali previsti per ogni regime assistenziale dal presente Accordo. Il programma annuale delle attività è definito con Deliberazione del Direttore Generale, previa intesa tra i Direttori di Zona-Distretto e i Direttori dei Dipartimenti interessati, tenuto conto della spesa storicamente sostenuta nel relativo ambito territoriale, della popolazione residente per le fasce di età interessate, dell'ubicazione della sede dell'Istituto e quindi della distanza dalle varie sedi distrettuali.

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

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

10. Nel corso dell'anno, l'Azienda, in accordo con i Direttori dei Distretti interessati, i Direttori dei Dipartimenti interessati e l'Istituto, può prevedere variazioni compensative delle

risorse previste dalla programmazione annuale per i vari regimi assistenziali e/o per i vari ambiti distrettuali, al fine di assicurare il pieno soddisfacimento del fabbisogno di volta in volta rilevato, nei limiti delle risorse stanziato dal presente Accordo.

11. Al fine di facilitare le variazioni compensative in corso d'anno, l'Istituto invia, con cadenza mensile, a seguito dell'emissione della fattura di competenza, un consuntivo della spesa fino al periodo in esame, allo Staff della Direzione Sanitaria, all'Area funzionale Dipartimentale Riabilitazione, al Dipartimento Tecnico Sanitario, ai Direttori di Zona-Distretto, ai Dirigenti Amministrativi di Distretto. L'Istituto è tenuto ad utilizzare la modulistica, allegata al presente atto (**Allegato 1**), evidenziando gli eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato, tenuto conto delle variazioni stagionali nel numero di trattamenti erogati, determinate dal fabbisogno rilevato.

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

Art. 5 – TETTI ECONOMICI

1. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda, l'Istituto si impegna ad eseguire le prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera intensiva, in regime ambulatoriale e domiciliare, entro un volume di attività corrispondente al tetto economico massimo pari a € 53.613 per ciascun anno, già rivalutato per gli anni 2019, 2020 e 2021, in modo proporzionale all'incidenza percentuale delle singole tipologie di prestazioni fatturate al 31 dicembre 2018, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 21 dicembre 2018, n. 1476.

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

3. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana, l'Istituto si impegna ad eseguire le prestazioni di riabilitazione extraospedaliera in regime ambulatoriale e domiciliare, entro un volume di attività corrispondente al tetto economico massimo pari a € 28.809 per ciascun anno, già rivalutato per gli anni 2019, 2020 e 2021.

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

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

6. L'Istituto si impegna a dare tempestiva comunicazione all'Azienda di eventuali scostamenti rispetto all'attività programmata nel corso dei vari mesi dell'anno, al fine di una puntuale nuova programmazione, da realizzare attraverso la compensazione tra i sotto-tetti economici previsti dal presente Articolo. In ogni caso, le Parti concordano di prevedere l'effettuazione di incontri almeno semestrali di verifica dei tetti di spesa, al fine di monitorare congiuntamente l'andamento.

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

8. Le prestazioni eventualmente rese a cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni o in paese dell'unione europea sono escluse dai predetti tetti economici.

Art. 6 – TARIFFE

1. Per l'erogazione delle prestazioni di competenza, l'Istituto applica le seguenti tariffe,

conformi a quanto previsto dalle citate Deliberazione Giunta regionale del 6 ottobre 2008, n.

776 e Deliberazione Giunta regionale 21 dicembre 2018, n. 1476:

- Prestazioni ambulatoriali adulti: € 44,90;

- Prestazioni ambulatoriali minori: € 49,26;

- Prestazioni ambulatoriali gruppo adulti: € 15,87;

- Prestazioni ambulatoriali gruppo minori (minimo 4 utenti): € 17,41;

2. Le tariffe di cui al presente articolo s'intendono comprensive di tutte le prestazioni

sanitarie riabilitative previste dal piano di trattamento e delle eventuali prestazioni

farmaceutiche.

3. La prestazione erogata dall'Istituto per definire i risultati raggiunti in attuazione del

percorso assistenziale e l'eventuale fabbisogno del paziente di prosecuzione delle attività

riabilitative (*Valutazione in itinere - max n. 1 prestazione inclusa nel piano di trattamento*

iniziale), è codificata e tariffata in base al codice e alla tariffa della prestazioni prioritaria

prevista dal Piano di trattamento.

4. Qualora il riferimento normativo sopra indicato sia superato dal legislatore, si procede ad

una revisione delle tariffe di cui al presente articolo, in conformità alle nuove disposizioni.

5. Per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare, fatto salvo le prestazioni

eseguite in Assistenza Domiciliare Integrata, è prevista la partecipazione alla spesa sanitaria,

in base alla Deliberazione Giunta regionale 24 maggio 2004, n. 493, recante "Livelli

essenziali di assistenza" e successive modifiche ed integrazioni. Sono fatti salvi i regimi di

esenzione, totali o parziali.

Art. 7 – MODALITA' DI ACCESSO

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

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

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

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

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

6. Il Direttore dell'Area Funzionale Dipartimentale Riabilitazione e il Direttore del Dipartimento Tecnico-Sanitario individuano i nominativi dei componenti le Équipe

Riabilitative per ogni ambito distrettuale. La composizione delle Équipe Riabilitative aziendali è formalizzata con apposito atto del Direttore Generale.

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

8. L'Équipe riabilitativa competente territorialmente provvede alla numerazione del piano di trattamento, in base ad una numerazione alfanumerica progressiva ed univoca, secondo il seguente criterio: PIANO DI TRATTAMENTO: COD. EQUIPE RIABILITATIVA: A 11, N. 001, ANNO: 2022, che determina il seguente numero di piano: A 11 001, ove le prime tre cifre corrispondono al Codice dell'Équipe Riabilitativa aziendale, le seconde tre cifre rappresentano il numero progressivo univoco che l'Équipe assegna, che può andare, per ciascun anno, da 001 a 999.

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

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

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

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

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

13. Ove venga ravvisata la necessità di prolungare l'assistenza rispetto ai termini previsti dal piano di trattamento, l'Istituto, entro un tempo utile dalla scadenza del periodo autorizzato, deve fare pervenire proposta motivata di proroga all'Équipe riabilitativa dell'Azienda competente territorialmente. A tal fine, in chiusura di piano di trattamento iniziale, e all'interno del numero di prestazioni ivi prescritte, massimo n. 1 prestazione è erogata dall'Istituto per definire i risultati raggiunti e l'eventuale fabbisogno del paziente di prosecuzione del percorso assistenziale (*Valutazione in itinere*).

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

15. L'Equipe Riabilitativa aziendale competente territorialmente provvede alla numerazione dell'atto di proroga, in base ad una numerazione alfanumerica progressiva ed univoca, secondo il seguente criterio: PROROGA: N. 1 ANNO 2020, DEL PIANO DI TRATTAMENTO COD. EQUIPE RIABILITATIVA A 11, N. 001, ANNO 2020, che determina il seguente numero da apporre sull'atto di proroga: A 11 001/1, ove le prime sei cifre corrispondono al piano di trattamento cui la proroga si riferisce, seguite da una barra “/”

e dal numero progressivo della proroga (da 1 a 9). Possono essere disposte al massimo n. 9

proroghe per ogni singolo piano di trattamento. Successivamente deve essere redatto un

nuovo piano di trattamento, a cura dell'Equipe Riabilitativa aziendale.

16. Per utenti provenienti da altre aziende sanitarie della Regione Toscana, il piano di

trattamento, o l'eventuale proroga, è redatto a cura dei competenti specialisti dell'azienda

sanitaria di provenienza dell'assistito o da questi validato qualora predisposto da parte del

medico specialistica dell'Istituto. Il Piano di trattamento e l'eventuale proroga ha validità di

atto autorizzativo nell'ambito del sotto-tetto di spesa previsto dal presente Accordo in favore

di utenti regionali.

17. Per utenti provenienti da altre aziende sanitarie di altre regioni, il piano di trattamento, o

l'eventuale proroga, è predisposto da parte dei competenti specialisti dell'azienda sanitaria di

provenienza dell'assistito o, qualora predisposto da medici specialisti dell'Istituto, da questi

validato. Il piano di trattamento, predisposto o validato da specialista dell'azienda sanitaria di

provenienza dell'assistito, ha validità di atto autorizzativo, con conseguente assunzione

dell'onere della spesa, tramite fatturazione diretta all'azienda interessata.

18. L'Istituto assicura l'apertura della struttura di pertinenza per almeno 5 giorni alla

settimana, da lunedì a venerdì, al fine di garantire la continuità assistenziale e la corretta

tempistica dell'erogazione dell'attività. Assicura inoltre una ripartizione tendenzialmente

omogenea durante l'arco dell'anno dell'erogazione delle prestazioni, prevedendo la chiusura

delle sedi operative nella mensilità di agosto per numero massimo 21 giorni e nella mensilità

di dicembre per numero massimo di 21 giorni.

19. L'Istituto si impegna a dare la propria disponibilità per l'inserimento della propria offerta

di prestazioni ambulatoriali nella procedura informatizzata CUP aziendale, entro i tempi che

saranno stabiliti dall'Azienda, con cui verranno congiuntamente esaminate le problematiche

attuarie connesse.

Art. 8 – FLUSSI INFORMATIVI

1. L'Istituto si impegna trasmettere ad ESTAR, entro il giorno 5 del mese successivo a quello di erogazione, i dati e le informazioni relative a tutte le prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera erogate in virtù del presente Accordo, secondo il tracciato previsto a livello regionale per il Flusso denominato DOC SPR, di cui alla Deliberazione Giunta regionale del 30 agosto 2016, n. 833, recante "Modifiche ed Integrazioni al Manuale dei flussi DOC".

Qualora il riferimento normativo indicato sia superato dal legislatore, l'Istituto è tenuto ad uniformarsi alle nuove disposizioni.

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

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

4. La Regione Toscana, sulla base delle informazioni trasmesse da ESTAR, effettua il calcolo della mobilità sanitaria attiva (compensazioni), per le prestazioni rese dall'Istituto ad utenti residenti in altre aziende sanitarie regionali. L'Azienda si riserva di rivalersi sull'Istituto, qualora questa non ottemperi al suddetto invio nei termini stabiliti.

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

6. L'Istituto trasmette alla competente struttura di ESTAR, entro il 20 gennaio di ogni anno, la compilazione del flusso informativo ministeriale RIA.11, con riferimento ai dati di struttura, di personale e di attività per l'anno cui si riferisce la rilevazione, tenendo conto

delle eventuali modifiche o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente Accordo.

Art. 9 – FATTURAZIONE

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

2. L'Istituto è tenuto ad inviare le fatture elettroniche al codice ufficio dell'area senese, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: : ZXFD74, entro il giorno 10 del mese successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite. Le fatture elettroniche riportano l'indicazione del mese di competenza e la descrizione della tipologia di prestazioni erogate a cui si riferiscono.

3. Le fatture mensili sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il tetto di spesa è “negoziato al lordo”. Nel corpo del documento, l'Erogatore provvede, comunque, a distinguere i seguenti importi:

- a) quota eccedente il ticket, quale importo esente IVA, ai sensi dell'art. 10 del DPR 633/1972;
- b) quota ticket incassato, quale importo fuori campo IVA, ai sensi dell'art. 2 del DPR 633/1972.

4. Ai fini della fatturazione da parte dell'Erogatore delle prestazioni erogate, l'Azienda trasmette l'ordine elettronico di fornitura tramite NSO (Nodo Smistamento Ordini), utilizzando il seguente canale: direzione.polo6@pec.dongnocchi.eu, indicato dall'Erogatore stesso.

5. L'ordine elettronico annuale corrisponde al tetto massimo di spesa annuo, comprensivo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente (ticket). All'interno dell'ordine sono inserite, nel corso dell'anno e a cura dell'Azienda, le dodici rate mensili in cui si articola il tetto di spesa annuale.

	6. L'Erogatore è tenuto ad emettere fattura elettronica contenente il numero apposto	
	sull'ordine di fornitura elettronico. Il numero d'ordine ha di norma durata annuale, fatti salvi	
	eventuali periodi ridotti o eventuali revoche dell'ordine elettronico iniziale. A decorrere dalla	
	mensilità di gennaio 2022, l'Azienda non può provvedere alla liquidazione delle fatture non	
	corredate dal numero dell'ordine. Per quanto riguarda le eventuali note di credito, esse	
	devono riportare lo stesso numero di ordine delle fatture a cui si riferiscono.	
	7. L'Erogatore può inviare eventuali fatture integrative solo previa comunicazione, per	
	permettere all'Azienda l'aggiornamento dell'ordine elettronico mediante inserimento di un	
	ulteriore rata.	
	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.	
	Nell'emissione della fattura dovranno comunque essere mantenuti distinti gli ambiti	
	territoriali antecedenti alla riforma ex Legge regionale n.11/2017;	
	territoriali antecedenti alla riforma ex Legge regionale n.11/2017;	
	8. Le prestazioni di riabilitazione eventualmente erogate dall'Istituto in favore di cittadini	
	residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie toscane e aziende sanitarie di altre	
	regioni sono oggetto di fatturazione diretta all'azienda sanitaria del richiedente	
	10. L'Istituto si impegna ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica il Tabulato	
	riepilogativo delle prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera a cui il documento contabile	
	si riferisce, con l'indicazione dei seguenti elementi: mese di competenza; numero di piano di	
	trattamento o eventuale proroga; cognome, nome ed indirizzo dell'utente; comune di	
	residenza anagrafica dell'utente; codice fiscale e codice regionale dell'utente; eventuale codice	
	di esenzione dell'utente; data di inizio e fine delle prestazioni; codice tariffa, descrizione e	

numero delle prestazioni eseguite; importo fatturato, importo ticket corrisposto dall'utente e quota ricetta per prestazioni ambulatoriali.

11. L'Istituto si impegna altresì ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica copia della seguente Documentazione sanitaria per gli approfondimenti dei controlli amministrativi: piani di trattamento di accesso alle prestazioni e le eventuali proroghe, con relativi fogli firma attestante l'effettiva fruizione delle prestazioni da parte dell'utente.

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

13. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria di accesso alla riabilitazione extra-ospedaliera intensiva sono trasmessi con cadenza mensile entro il 30esimo giorno del mese successivo a quello di fatturazione. La trasmissione è disposta tramite il portale AlfrescoShare dell'Azienda, dove sarà possibile accedere ad una cartella riservata in favore dell'Istituto per caricare la documentazione. L'Istituto assicura l'inserimento dei file zippati, protetti da password avente le seguenti caratteristiche: lunghezza minimo 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'Istituto 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.).

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

Art. 10 – PAGAMENTI

1. Il pagamento delle prestazioni erogate dall'Istituto avviene entro 60 giorni dalla data di ricevimento delle fatture elettroniche, a condizione che siano pervenuti all'Azienda, contestualmente alle fatture stesse o al massimo entro 30 giorni dall'invio della fattura, 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. Ai sensi di quanto previsto dalla determinazione ex AVCP (ora ANAC) n. 4 del 7 luglio 2011, le prestazioni sanitarie oggetto del presente accordo contrattuale non sono soggette agli obblighi di tracciabilità di cui all'art. 3, comma 1, Legge 13 agosto 2010, n. 136, pertanto non è previsto il codice identificativo di gara (CIG). Sono fatte salve diverse disposizioni normative o interpretative che dovessero intervenire nel periodo di vigenza contrattuale.

L'Erogatore si impegna, in ogni caso, ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva, i cui riferimenti sono comunicati all'Azienda tramite dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 resa dal titolare o legale rappresentante, redatta su apposito Modulo aziendale, che riferisce anche in merito alle generalità ed al codice fiscale delle persone delegate ad operare sul conto corrente dedicato. 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'Erogatore, riscuotendo gli importi della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per conto dell'Azienda, assume la veste di Agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia, di cui alla Deliberazione Giunta regionale 15 luglio 2019, n. 918, recante "Approvazione dello schema di Regolamento degli Agenti Contabili e della resa del Conto Giudiziale" e alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1450 del 30 dicembre 2019 "Regolamento aziendale degli Agenti contabili e della resa del Conto Giudiziale", di attuazione. Annualmente l'Erogatore è tenuto pertanto alla sottoscrizione del Conto della Gestione, che riporta l'elenco degli incassi ticket mensili, effettuati e riversati, ai fini della "parificazione", disposta dal Direttore U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie dell'Azienda.

5. L'Erogatore provvede a riversare all'Azienda gli importi incassati a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente, indicati in fattura, tramite apposito bonifico su conto corrente bancario intestato all'Azienda, con IBAN IT42C0103014217000000622569. Per ciascun riversamento è effettuato un bonifico distinto, contestualmente all'emissione della fattura mensile relativa alle prestazioni erogate. Per riversare correttamente gli importi in argomento, l'Erogatore si uniforma alle procedure aziendali vigenti, a tal fine rese note dagli Uffici competenti. L'Azienda provvede ad effettuare, in via ordinaria, periodici controlli sui valori riversati. Qualora siano rilevate anomalie, l'Erogatore è tenuto a regolarizzare la propria posizione.

Art. 11 – CONTROLLI AMMINISTRATIVI

1. L'Azienda provvede al controllo amministrativo di I livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-001 delle prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera erogate, 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-001, tramite copia dei piani di trattamento/proroghe e dei relativi fogli firma, unici e collegati al piano di trattamento/proroghe, trasmessi mensilmente dall'erogatore all'Azienda.

3. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione all'Erogatore. 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. L'Erogatore è tenuto ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili.

4. Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica del rispetto dei tetti economici massimi previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

5. In tutti i casi in cui l'Erogatore è tenuto all'emissione di nota di credito, ma non provvede per varie motivazioni e in tempi congrui, l'Azienda ha titolo per recuperare gli importi dovuti, con azione di rivalsa sulle competenze di spettanza della Società ancora da liquidare.

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

Art. 12 – CONTROLLI SANITARI

1. L'Azienda esercita funzioni di vigilanza, monitoraggio e controllo sanitario sulla qualità, quantità, efficacia, congruità e appropriatezza, clinica ed organizzativa, delle prestazioni rese dall'Erogatore, al fine di assicurare la tutela della salute e della sicurezza dei pazienti.

2. L'Azienda, in caso di necessità, esercita anche funzioni di vigilanza sulla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso per verificare il mantenimento dei requisiti strutturali,

organizzativi e tecnologici previsti dalle vigenti disposizioni in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e dei requisiti previsti in materia di accreditamento istituzionale. Resta ferma ogni altra competenza dell'Azienda in materia di igiene delle strutture sanitarie e di medicina del lavoro, riservata al Dipartimento di Prevenzione.

3. L'attività di controllo sanitario di cui al precedente comma 1 è svolta dal Nucleo Operativo Controlli Sanitari, istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 480 del 17 aprile 2019, secondo modalità, tempistiche e campionamenti definiti dal Piano Annuale dei Controlli, adottato annualmente dall'Azienda e trasmesso per la dovuta informativa all'Erogatore.

4. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari redige un verbale di verifica in base al quale l'Erogatore è tenuto ad emettere nota di credito per gli importi relativi alle prestazioni ritenute non appropriate che abbiano comportato eccesso di fatturazione e adeguare, di conseguenza, il flusso informativo regionale SPR. L'Erogatore emette nota di credito entro dieci giorni dalla richiesta, trascorsi inutilmente i quali l'Azienda è autorizzata a trattenere gli importi dovuti sulle liquidazioni in giacenza.

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

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

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

Art. 13 – INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE

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

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

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

c) obbligo previsto dall'art 1, comma 19 della legge n. 662/1996, per le istituzioni sanitarie private, ai fini dell'accreditamento di cui all'articolo 8, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, di documentare la capacità di garantire l'erogazione delle proprie prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro del personale del S.S.N. e con piante organiche a regime;

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

	pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari	
	dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.	
	2. L'Erogatore prende atto degli effetti che le situazioni di incompatibilità comportano ex art	
	1, comma 19, L. n. 662/1996: l'esistenza di situazioni d'incompatibilità preclude	
	l'accreditamento e comporta la nullità dei rapporti eventualmente instaurati con le unità	
	sanitarie locali. L'accertata insussistenza della capacità di garantire le proprie prestazioni	
	comporta la revoca dell'accreditamento e la risoluzione dei rapporti costituiti.	
	3. L'Erogatore si impegna a documentare lo stato del proprio organico a regime, con il quale	
	ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle incompatibilità	
	previste dalla normativa vigente, mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva	
	scritta, resa da soggetti comunque operanti nella propria struttura, dalla quale risulti la	
	situazione lavorativa degli stessi e a darne comunicazione all'Azienda alla data di stipula del	
	presente accordo contrattuale e successivamente entro il 31 gennaio di ogni anno.	
	4. L'Azienda provvede a confrontare i nominativi forniti dall'Erogatore con il proprio	
	personale in servizio tramite il Dipartimento Risorse Umane, escludendo in tal modo la	
	sussistenza di ogni situazione di incompatibilità.	
	Art. 14 – CARTA DEI SERVIZI	
	1. L'Erogatore adotta ed attua una propria Carta dei servizi, sulla base dei principi indicati	
	dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e dello schema	
	generale di riferimento della “Carta dei Servizi Pubblici Sanitari” emanato con Decreto del	
	Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995.	
	2. L'Erogatore si impegna altresì a comunicare all'Azienda in tempo reale le modifiche della	
	Carta dei servizi e a procedere annualmente alla verifica e alla revisione della medesima.	
	3. L'Erogatore si impegna a dare adeguata pubblicità agli utenti della Carta dei Servizi.	
	Art. 15 – 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. L'Erogatore è tenuto ad informare l'utente il merito alla necessità di adempiere al pagamento della quota di compartecipazione a proprio carico presso gli sportelli aziendali, prima della fruizione della prestazione con oneri a carico del SSR.

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/attachments/article/9/Regolamento-Tutela-Usl-Toscana-sudest.pdf>.

3. L'Erogatore collabora con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Azienda, predisponendo, su richiesta del medesimo, le dovute relazioni informative, al fine di assicurare una corretta e tempestiva risposta all'utenza. L'Erogatore collabora altresì con la Commissione Mista Conciliativa nominata con Deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda 28 gennaio 2019, n. 91.

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

Art. 16 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

1. In riferimento alle prestazioni erogate in virtù del presente Accordo, le Parti si qualificano quali Titolari Autonomi del Trattamento, ai sensi dell'art. 4, par. 7) del Regolamento (UE)

2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (RGPD).

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

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

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. 17 – COPERTURE ASSICURATIVE E RESPONSABILITA'

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

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

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

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

Art. 18 – RECESSO

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

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

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

Art. 19 – PENALITA' PER RITARDATO ADEMPIMENTO DELLE PRESTAZIONI E RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

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

2. In caso di non accoglimento delle controdeduzioni da parte dell'Azienda, il competente ufficio aziendale procederà all'applicazione delle penalità commisurate al danno arrecato e graduate in base alla gravità della violazione da un minimo di 400,00€ ad un massimo di 1.000,00€, anche tramite compensazione con quanto dovuto all'Erogatore per le prestazioni fino a quel momento rese.

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

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

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

Art. 20 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

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

- l'accertata falsità di dichiarazioni rese dall'Erogatore ai fini della stipulazione e della esecuzione del presente accordo contrattuale;
- la decadenza, sospensione e/o revoca dei provvedimenti di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e accreditamento istituzionale in corso di rapporto contrattuale;
- la reiterata inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni, ivi

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

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

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

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

Art. 21 – FORO COMPETENTE

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

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

Art. 22 – 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. 23 – DECORRENZA E DURATA

1. Il presente Accordo contrattuale ha validità dal 1 gennaio 2022 al 31 dicembre 2024, con

possibilità di rinnovo per una ulteriore annualità, agli stessi patti e condizioni, tenuto conto

degli atti di programmazione regionale.

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. 24 – SPESE IMPOSTA DI BOLLO E REGISTRAZIONE

1. Il presente atto è esente da imposta di bollo ai sensi dell'articolo 27 bis dell'Allegato B -

Tabella, al Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642.

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. 25– REPERTORIO

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

2. Il presente accordo contrattuale consta di n. 26 articoli, n. 35 pagine e n. 3 allegati, ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

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

Art. 26 - 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.

IL DELEGATO

IL DIRETTORE


DAL LEGALE RAPPRESENTANTE

U.O.C. SSP. PA, E TS

Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus

Azienda Usl Toscana Sud Est


(firmato digitalmente)


(firmato digitalmente)

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

IL DELEGATO

IL DIRETTORE

DAL LEGALE RAPPRESENTANTE

U.O.C. SSP. PA, E TS

 Azienda Usl Toscana Sud Est



(firmato digitalmente)



(firmato digitalmente)

ALLEGATO 1 - ACCORDO CONTRATTUALE 2022/2024 PER L'ACQUISTO DI PRESTAZIONI SANITARIE DI RIABILITAZIONE EXTRA-OSPEDALIERA	
ART. 4 - CONSUNTIVO MENSILE DI SPESA	

STRUTTURA ACCREDITATA CONVENZIONATA	FONDAZIONE DON CARLO GNOCCI
-------------------------------------	-----------------------------

MESE	
------	--

ANNO	
------	--

TIPOLOGIA DI ATTIVITA	TETTO DI SPESA ANNUO	PRODUZIONE IN DODICESIMI	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
Riabilitazione funzionale - Percorso 3														

N.B. Modello da trasmettere alla Ausl Tse entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento. L'importo è inserito a lordo della eventuale compartecipazione alla spesa dell'utente e al netto della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria. Corrisponde all'importo della fattura mensile

Riabilitazione funzionale - Percorso 3 - Residenti Ausl Toscana Sud Est[illegible]

ZONA-DISTRETTO **PRESIDIO**

DATA

☐ **PIANO DI TRATTAMENTO: COD. EQUIPE RIABILITATIVA** **N.** **ANNO**

☐ **PROROGA N.** **ANNO** **DEL PIANO DI TRATTAMENTO COD. EQUIPE RIABILITATIVA**.....**N.** **ANNO**

1. DATI ANAGRAFICI E AMMINISTRATIVI DELL'UTENTE

Sig./Sig.ra

Luogo e Data di nascita/...../.....

Comune di residenza **Prov (.....)** **Tel.**

Il / La sottoscritto / a

DICHIARA

❖ **DI ESSERE SOGGETTO / A AL PAGAMENTO DI TICKET**

☐ **SI**

☐ **NO**

❖ **DI AVERE IL SEGUENTE CODICE DI ESENZIONE**

❖ **CODICE FISCALE**

❖ **CODICE S.S.N.**

FIRMA:

.....

2. TRATTAMENTO RIABILITATIVO PROGRAMMATO

Anamnesi Patologica prossima

Diagnosi - Codice ICD.....

PROGETTO/PROGRAMMI:

N° PRESTAZIONI RIABILITATIVE PRESCRITTE:

N° TRIMESTRI DI TRATTAMENTO N° TRATTAMENTI ALLA SETTIMANA

OBIETTIVI/INDICATORI:

PROTOCOLLI AZIENDALI E/O ALTRI DOCUMENTI DI RIFERIMENTO:

<input type="checkbox"/> Rieducazione Motoria	<input type="checkbox"/> Rieducazione del Linguaggio	<input type="checkbox"/> Rieducazione Neuropsicologica
<input type="checkbox"/> Rieducazione Neuropsicomotoria	<input type="checkbox"/> Intervento Riabilitativo/Educativo	<input type="checkbox"/>

(Da compilarsi qualora il Piano di Trattamento sia predisposto dalla Struttura Accreditata-Convenzionata)

VALIDAZIONE

Si valida il Piano di Trattamento/Proroga così come redatto dall'Equipe Riabilitativa delle Struttura accreditata-convenzionata

Eventuali osservazioni:.....

Équipe Riabilitativa Azienda Usl Toscana Sud Est

Medico Specialista: Cognome.....Nome.....Firma.....

Operatore Riab.ne: Cognome.....Nome.....Firma.....

Data

3. PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGARSI PRESSO LA STRUTTURA ACCREDITATA-CONVENZIONATA: Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus (tenuto conto delle liste di attesa presso le strutture pubbliche di Ausl Tse)

	Cod.	Tariffa a prestazione	N. prestazioni	Costo	Ticket € 38,00	Quota ricetta € 3,10
Prestazioni ambulatoriali adulti	405.1	44,90				
Prestazioni ambulatoriali minori	405.2	49,26				
Prestazioni ambulatoriali gruppo adulti	406.1	15,87				
Prestazioni ambulatoriali gruppo minori (minimo 4 utenti)	406.2	17,41				
Valutazione in itinere rispetto a Piano di Trattamento iniziale - max n. 1 prestazione - Codice prestazione e Tariffa prestazione definita in conformità alla prestazione riabilitativa oggetto del PdT						

Il Medico Specialista

.....

L'Operatore Professionale di Riabilitazione

.....

L'Utente o chi ne fa le veci

.....

3. VERIFICA FINALE

Codice menomazione	Data inizio trattamento	Data fine trattamento	N° Trattamenti effettuati	Ticket verifica	Pagamento effettuato (€)
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Quota ricetta	€

Il Medico Specialista

.....

L'Operatore Professionale di Riabilitazione

.....

ATTESTAZIONE DEI TRATTAMENTI EFFETTUATI

PAZIENTE: Cognome.....

Nome.....

N°	DATA	FIRMA DEL PAZIENTE O ACCOMPAGNATORE (PER TRATTAMENTO RICEVUTO)	FIRMA OPERATORE (leggibile)	PROFILO PROFESSIONALE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Data,

Accordo Data Protection fra Titolari Autonomi

TRA

L'Azienda Ausl Toscana Sud Est, con sede legale in Arezzo, via Curtatone, 54 (C.F./P.Iva. 02236310518), di seguito denominata “**Azienda**”, nella persona di [REDACTED]
[REDACTED] liata 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 **Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus**, con sede legale in Milano, Piazzale Morandi, n. 6 (C.F. n. 04793650583 e P.I. n. 12520870150), di seguito denominato “**Istituto**”, rappresentata dal [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
conferita dal Presidente della “Fondazione Don Carlo Gnocchi-ONLUS”, depositata agli atti dell'Azienda al momento della sottoscrizione del contratto;

di seguito congiuntamente indicati come “Parti”, si conviene quanto segue:

ART. 1 (Autonoma titolarità del trattamento)

1. Le Parti tratteranno in via autonoma i dati personali oggetto dello scambio per trasmissione o condivisione per le finalità connesse all'esecuzione dell'“**ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI**”

ONLUS - *Acquisto prestazioni specialistiche di riabilitazione extra ospedaliera in regime ambulatoriale.*

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

3. I dati personali oggetto di scambio e condivisione tra le Parti sono relativi al processo di erogazione e registrazione delle prestazioni erogate in favore degli utenti presi in carico.

ART. 2 (Scambio di dati: finalità e base giuridica)

1. 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.

2. 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.vo 82/2005 e relative linee guida e regole tecniche) e dalle altre norme di riferimento.

ART. 3 (Scambio di dati: ruoli, ambito e modalità)

1. 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:

- Ausl Toscana Sud Est quale soggetto Utilizzatore;

- Fondazione Don Carlo Gnocchi – ONLUS quale soggetto Produttore.

ART. 4 (Rispetto della normativa)

1. 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 (RGPD).	
	2. In particolare, quali Titolari autonomi del trattamento, le Parti sono tenute a rispettare tutte	
	le normative rilevanti sulla protezione e il trattamento dei dati personali che risultino	
	applicabili ai rapporti che intercorrono fra produttore di informazioni e utilizzatore sulla base	
	del presente DPA.	
	3. 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)	
	1. 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	
	richiamo all'analisi dei rischi aziendali, all'evolversi della normativa e al	
	progresso dello sviluppo tecnologico;	
	- a garantire le evidenze e la documentazione comprovanti l'adozione delle misure	
	tecniche ed organizzative idonee.	
	ART. 6 (Obblighi del personale autorizzato)	
	1. 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 della	
	convenzione, 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.	
	2. 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)	
	1.Fatto salvo quanto previsto come inderogabile dalla legge, nessuna responsabilità sarà	
	imputabile al produttore del dato per i trattamenti operati dall'utilizzatore, 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)	
	1.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 dei dati personali , ivi compreso il RGPD, alla normativa in materia	
	4	

