

Repertorio aziendale n. 2736 del 23 dicembre 2021

Deliberazione del Direttore Generale n. 1661 del 16 dicembre 2021

CONTRATTO TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E SOCIETA' PRIVATA DI RIABILITAZIONE "VILLAGGIO DELLA CONSOLATA" S.R.L.

Acquisto prestazioni di riabilitazione extraospedaliera estensiva in regime residenziale

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

L'Istituto "Villaggio della Consolata" S.r.l. con sede in Bibbiena, Fraz. Serravalle, Via delle Rimembranze n. 13, (C.F. e P.I.: n. 01971580517), di seguito denominata "Istituto", nella persona del legale rappresentante [REDACTED] domiciliata per la carica presso l'Istituto stesso.

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 24 febbraio 2005, n. 41** "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", ed in particolare l'art. 21, il quale nell'elencare le strutture sottoposte ad autorizzazione, individua le strutture residenziali, che erogano prestazioni socio- assistenziali e ad integrazione socio- sanitaria, per l'accoglienza di soggetti disabili e non autosufficienti, caratterizzati da media alta intensità assistenziale, media ed alta complessità organizzativa, con una capacità recettiva massima di ottanta posti letto, in nucleo fino a quaranta ospiti;

il **Decreto del Presidente della Giunta regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R** "Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale e 24 febbraio 2005 , n. 41" (Autorizzazione all'esercizio), come modificato con Decreto del Presidente della Giunta regionale 11 settembre 2018, n. 50/R;

la **Legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82** "Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato", ed in particolare l'art. 4 in virtù del quale

l'accreditamento può essere richiesto alla Giunta regionale dalle strutture pubbliche e private, individuate dall'articolo 21, comma 1, della Legge regionale 41/2005, in possesso dell'autorizzazione al funzionamento, tra cui figurano le strutture residenziali, che erogano prestazioni socio- assistenziali e ad integrazione socio- sanitaria, per l'accoglienza di soggetti disabili e non autosufficienti, caratterizzate da media ed alta intensità assistenziale, media ed alta complessità organizzativa;

il **Decreto del Presidente della Giunta regionale 11 agosto 2020, n. 86/R** di attuazione della Legge regionale n. 82/2009 e le Deliberazioni di Giunta regionale 245 del 15 marzo 2021 e 289 del 22 marzo 2021 definiscono le procedure e i requisiti per l'Accreditamento 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 7 maggio 2001, n. 466** "Accordo per le Residenze Assistenziali per Disabili (RSD) e Comunità Alloggio Protette per Disabili (CAP)", la quale, tra l'altro, definisce quanto segue:

RSD – Residenza Assistenziale per Disabili: è una struttura a carattere residenziale a ciclo continuativo, ove vengono erogati interventi di riabilitazione estensiva di alta integrazione socio-sanitaria, rivolti ad utenti adulti e adolescenti con disabilità stabilizzata, non autosufficienti, o parzialmente autosufficienti, non assistibili a domicilio o in strutture intermedie;

CAP - Comunità Alloggio Protetta per Disabili: è una residenza ad alta integrazione sociosanitaria per ospitalità di disabili adulti, che al termine del percorso assistenziale riabilitativo non sono in grado rientrare al domicilio;

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 di autorizzazione al funzionamento, come da Provvedimento del Comune di Bibbiena n. 19 del 15 ottobre 2019, per la struttura residenziale per persone adulte disabili, prevalentemente gravi , con attestazione di gravità, che eroga prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione socio-sanitaria, denominata Residenza Sanitaria Assistenziale per Disabili (R.S.D.) di cui all’art. 21, comma 1, lett. A), della Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41, denominata “Villaggio della Consolata Srl”, con sede in Bibbiena, Via della Rimembranza, n. 13, a Serravalle, per n. 40 posti letto in regime residenziale e n. 13 posti in regime semiresidenziale;

CHE l’Istituto risulta in possesso di autorizzazione al funzionamento, come da Provvedimento del Comune di Bibbiena n. 21 del 15 ottobre 2019, della struttura residenziale a carattere comunitario, ad alta integrazione socio-sanitaria, per l’accoglienza di persone adulte disabili, che necessitano di aiuto prevalentemente non in situazione di gravità, denominata Comunità Alloggio Protetta (C.A.P.), di cui all’art. 21, comma 1, lett. C), della Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41, denominato “Villaggio della Consolata Srl”, con sede in Bibbiena, Via della Rimembranza, n. 13, a Serravalle, per n. 12 posti letto in regime residenziale;

CHE l’Istituto risulta in possesso di accreditamento sociale, ai sensi della Legge regionale del 28 dicembre 2009, n. 82 e del regolamento attuativo, approvato con D.P.G.R. 30 marzo 2010,

	n. 29/R, rilasciato dal Comune di Bibbiena in data 20 luglio 2017, per attività resa da:	
	Struttura sociale residenziale, per la medesima dotazione di posti letto;	
	Che l'Azienda valuta necessario, in relazione al suo fabbisogno, avvalersi dell'Istituto Privato	
	di Riabilitazione Villaggio della Consolata S.r.l. per la prosecuzione di prestazioni di	
	riabilitazione extraospedaliera estensiva, erogate tramite Residenza Sanitaria Disabili	
	(R.S.D.) e Comunità Alloggio Protetta (C.A.P.);	
	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 <i>non profit</i> nel settore	
	della riabilitazione extraospedaliera, intensiva ed estensiva, 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.	
	6	

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente Accordo, si avvale dell'Erogatore, che accetta, per l'erogazione di prestazioni di alta integrazione socio-sanitaria, per conto del Servizio Sanitario Regionale ai fini della riabilitazione extra-ospedaliera estensiva in regime residenziale, in favore di cittadini adulti, residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda (R.S.D. e C.A.P.).

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 – CONDIZIONI DI EROGABILITA' DELLE PRESTAZIONI

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 al funzionamento e di accreditamento istituzionale, in Via della Rimembranza, n. 13 a Bibbiena (AR), località Serravalle.

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 ad alta integrazione socio-sanitaria di riabilitazione extra-ospedaliera estensiva sono erogabili in virtù dei provvedimenti autorizzativi richiamati nelle premesse, in favore di soggetti adulti, da attuarsi in diretta collaborazione con il Dipartimento Servizi Sociali dell'Azienda e con le relative articolazioni distrettuali. In particolare si evidenzia:

a. Residenza sanitaria per disabili (R.S.D.): per tale tipologia di prestazioni l'Istituto riserva in favore degli assistiti dell'Azienda l'utilizzo di n. **13** posti per 365 giorni anno, di cui fino a n. 4 posti letto da impiegare a prestazioni di lungo degenza riservati a soggetti ultra sessantacinquenni, già trattati in R.S.D. e non suscettibili di inserimento in R.S.A. ordinaria, mantenendo la medesima tariffa giornaliera. Alla dimissione dell'Ospite ultra 65enne il posto torna ad essere impiegato per ricoveri ordinari.

b. Comunità alloggio protetta (C.A.P.): per tale tipologia di prestazioni l'Istituto riserva in favore degli assistiti dell'Azienda l'utilizzo di n. **7** posti per 365 giorni anno di cui fino a n. 2 posti letto da impiegare a prestazioni di lungo degenza riservati a soggetti ultra sessantacinquenni, già trattati in C.A.P. e non suscettibili di inserimento in R.S.A. ordinaria, mantenendo la medesima tariffa giornaliera. Alla dimissione dell'Ospite ultra 65enne il posto torna ad essere impiegato per ricoveri ordinari.

2. L'attività riabilitativa dell'Istituto è rivolta all'inserimento di adulti inabili di entrambi i sessi, portatori di disabilità stabilizzata con riconoscimento di handicap in situazione di gravità (art. 4 legge n. 104/92), non assistibili a domicilio, che necessitano di una risposta continuativa a carattere residenziale, tesa a mantenere i livelli di autonomia acquisiti ed a garantire un adeguato intervento socio-sanitario, segnalati dai servizi socio sanitari competenti secondo le procedure di ammissibilità alle prestazioni.

3. 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.

4. E' onere dell'Istituto provvedere autonomamente all'approvvigionamento di componenti di arredo e accorgimenti dettati dalle particolari esigenze di comodità, di mobilitazione e di

sicurezza degli assistiti residenti secondo quanto previsto dalle disposizioni regionali. In particolare, l'Istituto dovrà disporre:

- degli ausili e dei presidi per l'incontinenza con sistemi di assorbenza (es. pannoloni e traverse salvaletto) di cui al Nomenclatore D.M. 332/1999 e s.m.i.;
- del materiale per medicazioni ordinarie di cui all'Allegato 1 della Delibera Giunta regionale 503/1996.

Per tali prestazioni e materiali non potrà essere imputato alcun costo agli assistiti.

5. Resta inteso che le prestazioni sanitarie previste dai LEA (protesica personalizzata, nutrizione enterale e parenterale, ossigeno liquido e gassoso, medicazioni avanzate di cui al Nomenclatore, assistenza integrativa) sono garantite dal SSR senza nessun costo per gli assistiti. La Società si impegna altresì a garantire l'assistenza farmaceutica agli assistiti secondo le necessità definite nel progetto individuale e sulla base della disciplina vigente (D.L. 347/2001 convertito in L. 405/2001 e D.G.R.T. 208/2016). I trasporti sanitari per visite ed esami esterne all'Istituto che esulano dai problemi della disabilità sono a carico dell'utente, a meno che il paziente sia non deambulante ed il medico che prescrive la visita o l'accertamento diagnostico non prescriva anche la ricetta per il trasporto. Tuttavia, a seguito della revisione tariffaria di cui alla DGRT n. 1476/2018 dovuta alla mutata complessità ed impegno assistenziale per questi pazienti, un operatore dell'Istituto dovrà accompagnare gli ospiti in regime residenziale quando questi saranno chiamati ad eseguire esami o visite mediche fuori dalla struttura perché il costo deve intendersi remunerato nelle nuove tariffe.

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 estensiva in regime residenziale, entro un volume di attività corrispondente al tetto economico massimo pari a € **906.105**, per ciascun anno di vigenza del presente Accordo, già rivalutato per gli anni 2019,

2020, 2021, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 21 dicembre 2018, n. 1476.

2. Il tetto di spesa annuo è da intendersi al netto della quota di concorso alla spesa posta a carico dell'utente (quota sociale).

3. Il tetto di spesa contrattuale annuo risulta è articolato nei seguenti sotto-tetti di spesa:

- Residenza Sanitaria Assistenziale per Disabili: **€ 638.724**

- Comunità Alloggio Protetta: **€ 267.381**

4. Il tetto di spesa per residenti è comprensivo delle risorse per l'erogazione di prestazioni in favore di n. 2 Disabili cronici con residenza originaria extra-regione (Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza), internati prima dell'anno 1992, rispettivamente in R.S.D. e C.A.P. e riconosciuto come tale da Regione Toscana. L'Azienda provvede ai pagamenti in favore dell'Istituto delle prestazioni erogate, per poi procedere al recupero degli importi anticipati, presso l'Azienda sanitaria di origine. Resta ferma la sottrazione degli importi in oggetto dal tetto di spesa annuale, qualora i competenti Uffici regionali, in attuazione delle decisioni assunte in seno alla Commissione salute, forniscano indicazioni per procedere a fatturazione diretta alle Aziende sanitarie di residenza originaria, oppure qualora l'utilizzo di dette risorse vada incontro ad esaurimento.

5. In caso di urgente necessità, i sotto-tetti di spesa tetto di spesa "R.S.D." e "C.A.P." si intendono comunicanti. Ciò significa che l'Istituto può produrre un volume economico superiore rispetto a quello concordato per una delle due tipologie di prestazioni, con corrispondente riduzione nell'altra attività, fermo restando il rispetto del tetto di spesa complessivo stabilito per residenti.

6. I sotto-tetti di spesa previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda dai comma precedenti sono articolati per Zona-Distretto, in sede di definizione della programmazione annuale di cui all'articolo precedente e comunicati all'Istituto secondo la tempistica ivi indicata.

7. Qualora le Strutture organizzative socio-sanitarie dell'Azienda manifestino il fabbisogno di ulteriori prestazioni di alta integrazione socio-sanitaria da parte dell'Istituto (inserimento in R.S.D. o C.A.P.), oltre il sotto-tetto di spesa previsto dal presente Accordo contrattuale, in favore di utenti residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, esse provvedono al relativo finanziamento tramite fondi di propria pertinenza, quali, ad esempio, il fondo non – autosufficienza. L'Istituto metterà a disposizione del fabbisogno aggiuntivo i posti letto autorizzati-accreditati in virtù della documentazione in suo possesso e richiamata nelle premesse, oltre quelli convenzionati. La relativa fatturazione sarà emessa dall'Istituto nei confronti della Zona-Distretto richiedente, alla quale competono le funzioni di emissione dell'ordine elettronico e di controllo amministrativo e autorizzazione al pagamento, tramite il supporto del Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari.

8. 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 entro un volume di attività corrispondente al tetto economico massimo pari a € 147.398, già rivalutato per gli anni 2019, 2020, 2021, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 21 dicembre 2018, n. 1476.

9. 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.

10. Le prestazioni rese a cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie oltre il tetto di spesa contrattuale, di aziende sanitarie di altre regioni o in paese dell'unione europea sono escluse dai predetti tetti economici e sottoposte a fatturazione diretta.

11. 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.

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

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

Art. 6 – TARIFFE

1. Per la remunerazione delle attività riabilitative estensive residenziali erogate in R.S.D. e C.A.P., l'Istituto applica i seguenti importi, che costituiscono la quota sanitaria della tariffa giornaliera, oggetto di fatturazione a carico dell'Azienda, nell'ambito del tetto di spesa contrattualmente definito:

- R.S.D.: € 134,61 pro-die per ciascun ospite;
- C.A.P. : € 104,65 pro-die per ciascun ospite.

2. Ai sensi delle Deliberazioni Giunta regionale n. 776/2008 e n. 1476/18, la quota sociale della tariffa giornaliera, dovrebbe essere definita in rapporto all'indennità mensile di accompagnamento di cui è titolare la persona disabile, fatti salvi eventuali accordi locali, che per l'Istituto prevedono, per l'anno 2022, sia per R.S.D. che per C.A.P., un importo pari a € 15,49 giornaliero. Il concorso alla spesa dell'utente è rivalutato annualmente, in relazione alla modifica degli importi dell'indennità di accompagnamento e della pensione di invalidità.

3. Qualora l'utente non sia titolare di indennità di accompagnamento lo stesso non è tenuto a

versare alcun concorso alla spesa e l'intera tariffa, nella componente non solo sanitaria ma anche sociale, resta a carico dell'Azienda.

4. Il concorso alla spesa è conferito dall'assistito direttamente all'Istituto, il quale non può richiedere agli interessati, a nessun titolo, mensilità anticipate.

5. Le Parti danno atto che la rivalutazione percentuale prevista dalla DGRT 1476/2018 nei confronti delle rette di cui alla DGRT 776/2008 per prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera estensiva, è stata applicata, in attuazione di indicazioni regionali, alla sola quota sanitaria della tariffa, mantenendo invariata la quota di concorso alla spesa a carico dell'utente. Ciò non consente la piena applicazione del sistema tariffario introdotto per R.S.D. e C.A.P. dalla DGRT 1476/2018. Le Parti concordano di perseguire congiuntamente l'obiettivo della piena applicazione delle rette R.S.D. e C.A.P. previste dalla DGRT 1476/18, a decorrere, in modo retroattivo, dall'anno 2019, tramite la costante sollecitazione dei competenti Uffici regionali.

Art. 7 – MODALITA' DI AMMISSIONE

1. Possono accedere alle Strutture R.S.D e C.A.P. convenzionate in virtù del presente Accordo, utenti non assistibili a domicilio, che necessitano di una risposta continuativa a carattere residenziale tesa a mantenere i livelli di autonomia acquisiti ed a garantire un adeguato intervento sociosanitario.

2. Ai fini dell'accesso ai due livelli assistenziali è elaborato, da parte dei Servizi socio-sanitari di Zona-Distretto, un Piano personalizzato di intervento, che definisce i bisogni, compresi quelli di assistenza protesica, e gli obiettivi sanitari riabilitativi e socio assistenziali della persona, nonché la durata presunta dall'intervento. Almeno ogni 12 mesi sono effettuate verifiche, da parte del Servizio distrettuale che ha richiesto il trattamento, sullo stato di attuazione del progetto individuale predisposto.

3. La richiesta per il ricovero è inoltrata direttamente all'Istituto dalle Strutture organizzative

socio-sanitarie distrettuali di residenza dell'utente, corredata della seguente documentazione,

valida sia per R.S.D. e C.A.P.:

a. Accertamento di handicap in situazione di gravità (art. 4 legge n. 104/92);

b. Piano personalizzato d'intervento predisposto dai Servizi socio-sanitari distrettuali territorialmente competenti;

c. Impegnativa amministrativa al pagamento della quota sanitaria, rilasciata dal competente ufficio amministrativo della Zona-Distretto di residenza dell'utente;

d. Impegno sottoscritto dall'utente e/o dal legale rappresentante o tutore di amministratore di sostegno e/o del Comune di residenza dell'utente in ordine alla quota parte sociale della retta di propria spettanza. Detto impegno dovrà essere rinnovato a cadenza annuale per tutta la durata del ricovero.

4. La quota sanitaria resta a carico dell'Azienda sanitaria di residenza al momento della ammissione dell'utente in R.S.D. o C.A.P. Qualora la quota sociale sia carico dell'Ente pubblico, essa ricade nelle competenze del Comune di domicilio sanitario dell'utente.

5. Per assicurare un ordine di priorità di ammissione fra più utenti su posti letto gestiti nell'ambito del tetto di spesa annuale definito dal presente Accordo, l'Istituto assicura la gestione di una lista di attesa, distinta per R.S.D. e C.A.P, nella quale sono inseriti in ordine cronologico, le richieste provenienti dai Servizi socio-sanitari delle varie Zone-Distretto dell'Azienda, per utenti che siano in possesso di tutta la documentazione atta ad assicurare un corretto inserimento all'interno della struttura, indicata dal presente Articolo. Sono fatti salvi i particolari casi di urgente necessità, valutati d'intesa tra le Zone-Distretto coinvolte e l'Istituto, che rendano necessario il superamento del mero criterio cronologico.

6. L'Istituto è tenuto a notificare ai Servizi socio-sanitari di Zona-Distretto di provenienza degli assistiti, la dimissione dei singoli utenti, nel termine di 5 giorni dalla cessazione del trattamento.

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 estensiva 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 di alta integrazione socio-sanitaria erogate, e fino a concorrenza del tetto massimo di spesa di cui al presente Accordo, l'Erogatore provvede, con cadenza trimestrale, 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 retina, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: RDA7DQ, entro il giorno 10 del trimestre successivo a quello in cui le prestazioni sono state eseguite. Le fatture elettroniche riportano l'indicazione del trimestre di competenza e la descrizione della tipologia di prestazioni erogate a cui si riferiscono.

3. 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: villaggioconsolatasrl@pec.it, indicato dall'Erogatore stesso.

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

5. 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.	
	6. 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.	
	7. Le fatture trimestrali emesse dall'Istituto per prestazioni erogate in favore di residenti	
	nell'ambito territoriale dell'Azienda e di altre aziende sanitarie della Regione Toscana	
	nell'ambito del tetto di spesa previsto dal presente Accordo contrattuale sono articolate e	
	redatte sulla base dell'azienda sanitaria di residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente	
	ordine, precisando che nel corpo della fattura è indicata la tipologia di utenti alla quale si	
	riferiscono:	
	- residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, suddivise in base alla zona di residenza	
	dell'assistito, secondo i seguenti codici alfabetici: Zona Amiata Grossetana, Colline	
	Metallifere, Grossetana: R; Zona Amiata senese e Val d'Orcia, Valdichiana senese: P;	
	Zona Aretina, Casentino, Valtiberina: Q; Zona dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di	
	Chiana Aretina: G; Zona delle Colline dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona	
	Senese: D. Nell'emissione della fattura dovranno comunque essere mantenuti distinti gli	
	ambiti territoriali antecedenti alla riforma ex Legge regionale n.11/2017;	
	- residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana.	
	8. Le prestazioni erogate dall'Istituto in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di	
	altre aziende sanitarie della Regione Toscana oltre il tetto di spesa previsto dal presente	
	Accordo contrattuale sono oggetto di fatturazione diretta all'azienda sanitaria del richiedente.	
	9. Le prestazioni erogate dall'Istituto in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di	
	aziende sanitarie di altre regioni sono oggetto di fatturazione diretta all'azienda sanitaria del	
	18	

richiedente. Si fanno salve le prestazioni residenziali erogate in favore di n. 3 ospiti provenienti rispettivamente dalle Regioni Calabria, Sicilia, Campania, internati prima dell'anno 1992, che hanno acquisito solo successivamente la residenza presso l'Istituto. Per tali prestazioni l'Istituto procede, con fatturazione separata, nell'ambito del tetto di spesa per cittadini residenti a tal fine appositamente integrato, ad inoltrare la richiesta di pagamento all'Azienda, la quale provvede al recupero tramite specifica compensazione interregionale, disposta esclusivamente per questa tipologia di casi.

10. L'Istituto si impegna ad inviare contestualmente ad ogni fattura elettronica il Tabulato riepilogativo delle prestazioni 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 copia della seguente Documentazione sanitaria per gli approfondimenti dei controlli amministrativi: piani personalizzato d'intervento, predisposto dalla strutture osio-sanitarie aziendali all'atto di ciascun ingresso.

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

13. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria sono trasmessi con cadenza trimestrale, in coincidenza con l'emissione della fattura elettronica, tramite posta elettronica certificata, al seguente indirizzo ausltoscanasudest@postacert.toscana.it. Nell'oggetto è inserita la dicitura: *“Prestazioni accreditate: documentazione a corredo fattura elettronica*

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

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.

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.

Art. 12 – CONTROLLI SOCIO-SANITARI

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

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

3. Qualora siano rilevate difformità relative ai requisiti di funzionamento, i pagamenti delle prestazioni erogate sono sospesi a decorrere dalla data del sopralluogo, in attesa del pieno ripristino del possesso dei requisiti da parte dell'Istituto.

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

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.

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 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. 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 al	
	funzionamento 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 al funzionamento;	
-	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 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 € 160,00, 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. 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. 32 pagine e n. 1 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.

Letto, firmato e sottoscritto

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE UOC PA e TS

Villaggio della Consolata S.r.l

Azienda Usl Toscana Sud Est

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 LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE UOC PA e TS

Villaggio della Consolata S.r.l

Azienda Usl Toscana Sud Est

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] 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

L'Istituto **"Villaggio della Consolata" S.r.l.** con sede in Bibbiena, Fraz. Serravalle, Via delle Rimembranze n. 13, (C.F. e P.I.: n. 01971580517), di seguito denominata **"Istituto"**, nella persona del legale rappresentante [REDACTED], domiciliata per la carica presso l'Istituto stesso.

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'"CONTRATTO TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E SOCIETA' PRIVATA DI RIABILITAZIONE "VILLAGGIO DELLA CONSOLATA" S.R.L. - *Acquisto prestazioni di riabilitazione extraospedaliera estensiva in regime residenziale*".

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

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 riferimento all'analisi dei rischi aziendali, all'evolversi della normativa e al progredire dello sviluppo tecnologico;
- a garantire le evidenze e la documentazione comprovanti l'adozione delle misure tecniche ed organizzative idonee.

ART. 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	
	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'art. 12 e ss. Del RGPD ovvero di	
	richieste delle Autorità di controllo che riguardino ambiti di trattamento di competenza	
	4	

dell'altra parte.

ART. 9 (Durata)

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

ART. 10 (Rescissione)

1. 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

Il DIRETTORE U.O.C. Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari

[REDACTED]

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Villaggio della Consolata Srl

[REDACTED]