

Repertorio aziendale n. 2724 del 22 dicembre 2021

Deliberazione del Direttore Generale n. 1661 del 16 dicembre 2021

CONTRATTO TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E ISTITUTO MEDAGLIA

MIRACOLOSA

Acquisto prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera intensiva, in regime semiresidenziale, ambulatoriale e Acquisto prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera estensiva, in regime semiresidenziale

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 Congregazione delle Suore di Santa Marta, con sede in Roma, per l'Istituto privato di riabilitazione "Medaglia Miracolosa", con sede in Civitella Val di Chiana (AR), Via delle Mandriole, n. 2, (C.F.: 02510770585 e P.I.: 01067681005), di seguito denominato "Istituto", rappresentato dal [REDACTED] [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 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;

D.1 - Strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione funzionale per soggetti

portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;

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'accredito 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 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 dell’autorizzazione all’esercizio di attività sanitarie, come

da Provvedimento del Comune di Civitella in Val di Chiana n. 1 del 28 febbraio 2015, per la

Struttura privata denominata Istituto privato di riabilitazione “Medaglia Miracolosa”, ubicato

in Via della Mandriole, n. 2, Fraz. di Viciomaggio, per Centro ambulatoriale di recupero e

riabilitazione funzionale (disabilità fisica, psichica e sensoriale), e per Presidio di

riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali a

ciclo diurno (senza accoglimento bambini 0-4 anni), per n. 37 posti;

CHE l'Istituto risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale per le attività sanitarie rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 9921 del 7 Luglio 2017 e smi, per il processo di riabilitazione erogato nella struttura di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e nel centro di recupero e riabilitazione funzionale "Istituto privato di riabilitazione Medaglia Miracolosa" in via delle Mandriole, 2 a Civitella Val di Chiana;

CHE l'Istituto è in possesso dell'autorizzazione al funzionamento rilasciata dal Comune di Civitella in Val di Chiana in data 3 agosto 2001 prot. n. 12992 aut. n. 01/03, ai sensi dell'art. 11 della L.R.T. n. 8 del 23 febbraio 1999, per Centro Diurno di socializzazione per disabili portatori di handicap in condizioni di gravità di età superiore a 16 anni, per n. 20 posti;

CHE l'Azienda valuta necessario, in relazione al proprio fabbisogno, avvalersi dell'Istituto Privato di Riabilitazione Medaglia Miracolosa, per la prosecuzione nell'erogazione di prestazioni di riabilitazione extraospedaliera, intensiva ed estensiva, ricomprese nei provvedimenti di accreditamento istituzionale e socio-sanitario, poc'anzi richiamati;

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 *non profit* 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.

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente contratto, si avvale dell'Istituto, che accetta, per l'erogazione delle seguenti prestazioni sanitarie e di alta integrazione socio-sanitaria per conto del Servizio Sanitario Nazionale:

- riabilitazione extra ospedaliera intensiva post-acuta in favore di cittadini, adulti e minori, residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda;
- riabilitazione extra ospedaliera intensiva per patologie neuropsichiche, incluso autismo, in regime semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare;
- riabilitazione extra-ospedaliera estensiva in regime semiresidenziale, in favore di residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

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.

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 all'esercizio di attività sanitarie e di

accreditamento istituzionale, ubicata in Via delle Mandriole, n. 2 a Civitella val di Chiana

(AR).

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 intensiva effettuate in regime semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare, in favore di adulti e minori, nonché attività di Centro diurno ad alta integrazione socio-sanitaria, in virtù dell'autorizzazione al funzionamento di cui dispone. Le attività del presente Accordo sono da attuarsi in diretta collaborazione con il Dipartimento di coordinamento tecnico scientifico Riabilitazione, il Dipartimento di coordinamento tecnico scientifico Salute Mentale e il Dipartimento Tecnico Sanitario dell'Azienda, ciascuno per quanto di rispettiva competenza.

2. In particolare si evidenzia la seguente classificazione di prestazioni:

a. recupero della disabilità fisica, psichica, sensoriale e mista ed accoglienza soggetti in età evolutiva (4-18 anni), in regime semiresidenziale, in diretta collaborazione con il Dipartimento di coordinamento tecnico scientifico Salute Mentale dell'Azienda (Codice autorizzazione-accreditamento: D1 – Presidi di Riabilitazione Funzionale dei Soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali);

b. recupero della disabilità fisica, psichica, sensoriale in fase post acuta, in regime ambulatoriale e domiciliare, in diretta collaborazione, per la parte inerente la disabilità fisica

	post acuta, con il Dipartimento di coordinamento tecnico scientifico Riabilitazione	
	dell'Azienda;	
	c. recupero della disabilità fisica, psichica, sensoriale per la disabilità psichica e sensoriale, in	
	regime ambulatoriale e domiciliare, in diretta collaborazione con il Dipartimento di	
	coordinamento tecnico scientifico Salute Mentale dell'Azienda (Codice autorizzazione-	
	accreditamento: B2.1 – Strutture ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale);	
	d. attività presso Centro Diurno di socializzazione per disabili portatori di handicap in	
	condizione di gravità di età superiore a 16 anni, in diretta collaborazione con il Dipartimento	
	Servizi Sociali dell'Azienda.	
	3. Per il recupero della disabilità fisica, psichica, sensoriale e mista ed accoglienza soggetti in	
	età evolutiva (4-18 anni), in regime semiresidenziale, di cui al precedente comma 2 a) ,	
	l'Istituto mette a disposizione n. 37 posti a ciclo diurno da utilizzare per le seguenti	
	prestazioni:	
	- riabilitazione intensiva per patologie neuropsichiche;	
	- riabilitazione per soggetti autistici.	
	4. Per il recupero della disabilità fisica, psichica, sensoriale in fase post acuta e per la	
	disabilità psichica e sensoriale, in regime ambulatoriale e domiciliare, di cui al precedente	
	comma 2 b) e 2 c) , l'Istituto mette a disposizione le seguenti prestazioni afferenti al c.d.	
	Percorso 3, di cui alla Deliberazione Giunta regionale 30 maggio 2005, n. 595, richiamata	
	nelle premesse:	
	- Prestazioni ambulatoriali complesse adulti ;	
	- Prestazioni ambulatoriali complesse minori;	
	- Prestazioni ambulatoriali altro adulti ;	
	- Prestazioni ambulatoriali altro minori;	
	- Prestazioni ambulatoriali gruppo adulti;	

-	Prestazioni ambulatoriali complesse di gruppo minori (massimo 2 utenti) - DSM	
-	Prestazioni ambulatoriali altro di gruppo minori (minimo 4 utenti);	
-	Prestazioni domiciliari adulti;	
-	Prestazioni domiciliari minori.	
5.	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.	
6.	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.	
7.	Per le attività presso il Centro diurno ad alta integrazione socio-sanitaria, di cui al precedente comma 2 d) l'Istituto mette a disposizione n. 20 posti a ciclo diurno.	
8.	Per la riabilitazione extra-ospedaliera intensiva, 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.	
	9. Per la riabilitazione extra-ospedaliera intensiva, attuata in diretta collaborazione con il	
	Dipartimento di coordinamento tecnico scientifico Salute Mentale dell’Azienda, nel caso di	
	alcune patologie, particolarmente rilevanti per gravità o numerosità degli accessi, l’Istituto si	
	attiene alle Procedure aziendali di seguito denominate, già in suo possesso:	
	PA SMIA 001 Procedura aziendale per la gestione ambulatoriale della disabilità intellettiva in	
	età evolutiva;	
	PA SMIA 002 Procedura aziendale per la gestione ambulatoriale dei disturbi specifici	
	dell’apprendimento;	
	PA SMIA 003 Procedura aziendale per la gestione ambulatoriale dei disturbi del linguaggio;	
	PA SMIA 004 Procedura aziendale per la gestione ambulatoriale delle paralisi cerebrali	
	infantili in età evolutiva.	
	10. L’Istituto si atterrà ad ulteriori Procedure aziendali che saranno eventualmente	
	predisposte dall’Azienda. Nel processo di elaborazione di tali procedure l’Azienda si	
	impegna ad acquisire il parere dell’Istituto e trasmettere formalmente le nuove procedure	
	approvate.	
	11. 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.	
	12. 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.

13. 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, così come l'entità della quota di compartecipazione prevista per i servizi socio-sanitari.

14. 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.

15. 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.

16. 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 di coordinamento tecnico-scientifico Salute Mentale, al Dipartimento Tecnico Sanitario, al Dipartimento Servizi Sociali, 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.

17. 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.

18. L'Istituto, fornendo prestazioni con degenza diurna e con degenza a tempo pieno è tenuto a garantire, tenendo conto delle esigenze individuali dei soggetti, l'accesso all'istruzione scolastica, all'orientamento, alla qualificazione e riqualificazione professionale degli assistiti, secondo le normative nazionali e regionali vigenti.

19. Qualora previsto dal piano di trattamento per la riabilitazione intensiva delle disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, l'Istituto assicura continuità nella presa in carico dei minori per le attività finalizzate alla redazione dei piani educativi individualizzati (P.E.I.), inclusa la partecipazione agli incontri previsti dalla programmazione scolastica, con oneri a carico dell'Azienda nell'ambito del tetto di spesa previsto dal presente Accordo, fino ad un massimo di due accessi per anno scolastico, fatte salve situazioni di urgenza adeguatamente motivate.

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 semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare, e prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera estensiva, entro un volume di attività corrispondente al tetto economico massimo pari a € **1.017.069** 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 annuo è da intendersi a lordo della compartecipazione a carico dell'assistito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari e al netto della quota sociale per le prestazioni di riabilitazione extra ospedaliera estensiva e risulta come di seguito articolato:

a) Quota Riabilitazione funzionale: € **211.708**

b) Quota DSM: € **630.470**

c) Quota Alta integrazione: € **174.891**

3. I sotto-tetti di spesa tetto di spesa “Riabilitazione” e “DSM”. si intendono comunicanti. Ciò significa che l’Istituto può produrre un volume economico superiore rispetto a quello concordato per una delle due tipologie di prestazioni, con corrispondente riduzione nell’altra attività, fermo restando il rispetto del tetto di spesa complessivo stabilito per residenti. Tale passaggio non avviene automaticamente, bensì previo raccordo con l’Area Funzionale Dipartimentale Riabilitazione e il Dipartimento di coordinamento tecnico scientifico Salute Mentale, i quali, in base al fabbisogno rilevato nel proprio settore di competenza ed ai relativi tempi di attesa, autorizzano, d’intesa, e coadiuvati dalla U.O.C. SSP, PA e TS, la maggiore e minore produzione. Il sotto-tetto di spesa “Alta integrazione” è gestito in autonomia e consente compensazioni con gli altri due tetti di spesa indicati, solo se preventivamente autorizzate dalla Direzione aziendale, a seguito di specifica richiesta dell’Istituto.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

	7. 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.	
	8. 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 PER ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE INTENSIVA	
	1. Per l'erogazione delle prestazioni di competenza, l'Istituto applica le tariffe di cui ai	
	seguenti comma, conformi a quanto previsto dalle citate Deliberazione Giunta regionale del 6	
	ottobre 2008, n. 776 e Deliberazione Giunta regionale 21 dicembre 2018, n. 1476.	
	2. Per le prestazioni relative al recupero della disabilità fisica, psichica, sensoriale e mista ed	
	accoglienza soggetti in età evolutiva (4-18 anni), in regime semiresidenziale, le seguenti	
	tariffe giornaliere:	
	- riabilitazione intensiva semiresidenziale in situazione di gravità: € 131,24	
	- riabilitazione intensiva semiresidenziale per soggetti autistici: € 156,59	
	- riabilitazione estensiva semiresidenziale in situazione di gravità: € 122,26.	
	3. Per le prestazioni relative al recupero della disabilità fisica, psichica, sensoriale in favore di	
	Area Funzionale Dipartimentale Riabilitazione e Dipartimento di coordinamento tecnico	
	scientifico Salute Mentale, in regime ambulatoriale e domiciliare:	
	- Prestazioni ambulatoriali complesse adulti: € 54,25	
	- Prestazioni ambulatoriali complesse minori: € 59,52	
	- Prestazioni ambulatoriali altro adulti: € 44,90	
	- Prestazioni ambulatoriali altro minori: € 49,26	

- Prestazioni ambulatoriali altro di gruppo adulti: € 15,87	
- Prestazioni ambulatoriali complesse di gruppo minori (2 utenti): € 29,76 - DSM	
- (introdotta in virtù di accordo tra le parti)	
- Prestazioni ambulatoriali altro di gruppo minori (minimo 4 utenti): €17,41;	
- Prestazioni ambulatoriali individuali a fronte di patologie minimali adulti: € 20,00	
(introdotta in virtù di accordo tra le parti)	
- Prestazioni ambulatoriali individuali a fronte di patologie minimali minori: € 21,03	
(introdotta in virtù di accordo tra le parti).	
4. Le prestazioni erogate dall'Istituto per definire i risultati raggiunti in attuazione del percorso assistenziale e l'eventuale fabbisogno del paziente di prosecuzione delle attività riabilitative (<i>Valutazione in itinere - max n. 2 prestazioni incluse nel piano di trattamento iniziale</i>), sono codificate e fatturate in base al codice e alla tariffa della prestazioni prioritaria prevista dal piano di trattamento.	
5. Per la partecipazione agli incontri previsti dalla programmazione scolastica ai fini della predisposizione dei piani educativi individualizzati (P.E.I.), si prevede una tariffa concordata di € 49,26 per accesso, fino ad un massimo di due accessi per anno scolastico, fatta salva l'applicazione, nel periodo di vigenza del presente Accordo, di incrementi tariffari definiti in base a percentuali desunte dal sistema tariffario regionale.	
6. Le tariffe di cui al presente articolo s'intendono comprensive di tutte le prestazioni sanitarie riabilitative previste dalla documentazione di accesso e delle eventuali prestazioni farmaceutiche.	
7. 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.	
8. Per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare è prevista la partecipazione alla spesa sanitaria, in base alla Deliberazione Giunta regionale 24 maggio 2004, n. 493,	
17	

recante “Livelli essenziali di assistenza” e successive modifiche ed integrazioni. Sono fatti salvi i regimi di esenzione, totali o parziali.

Art. 7 – TARIFFE PER ATTIVITA' RIABILITAZIONE ESTENSIVA

1. Per l'erogazione delle prestazioni di competenza, l'Istituto applica le tariffe, conformi a quanto previsto dalla Deliberazione Giunta regionale 21 dicembre 2018, n. 1476.

2. Per le attività riabilitative estensive semiresidenziali erogate in modalità continuativa (Centro diurno ad alta integrazione socio-sanitaria), è previsto il concorso alla spesa della quota sociale giornaliera a carico dell'utente e/o del Comune di residenza, che, ai sensi della Deliberazione Giunta regionale 6 ottobre 2008, n. 776, corrisponde a 1/30° dell'indennità mensile di accompagnamento di cui è titolare la persona disabile, fatti salvi eventuali Accordi locali assunti in sede di Conferenza dei Sindaci. La quota di compartecipazione è conferita dall'assistito direttamente all'Istituto, il quale non può richiedere agli interessati, a nessun titolo, mensilità anticipate. Le parti prendono atto che detta quota può essere oggetto di revisione a seguito dei risultati del Gruppo di lavoro istituito con Deliberazione Giunta regionale 21 dicembre 2018, n. 1476, tra i cui compiti figura, tra l'altro, la definizione delle modalità di compartecipazione alla spesa in attuazione della normativa nazionale e dei vigenti LEA di cui al DPCM 12 gennaio 2017.

3. Per le prestazioni presso il Centro diurno ad alta integrazione socio-sanitaria, la quota sanitaria è pari a € 50,73 al giorno.

4. 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 dalla DGRT 1476/2018. Le Parti concordano di perseguire congiuntamente l'obiettivo della piena

applicazione della DGRT 1476/18, a decorrere, in modo retroattivo, dall'anno 2019, tramite la costante sollecitazione dei competenti Uffici regionali.

5. Le tariffe applicate a prestazioni di riabilitazione estensiva residenziale s'intendono al netto della quota di concorso alla spesa da parte dell'utente ed il relativo finanziamento è escluso dal tetto di spesa "Alta integrazione" previsto dal presente Accordo.

Art. 8 – MODALITA' DI ACCESSO AD ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE INTENSIVA

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

2. Per i residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, adulti o minori, il piano di trattamento è redatto secondo una modulistica concordata, 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. Per le prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera intensiva in regime semiresidenziale ed ambulatoriale, l'Istituto è tenuto altresì alla predisposizione di un foglio firma, unico e collegato al piano di trattamento, tramite il quale sono acquisite le firme degli utenti presi in carico e dell'operatore dell'Istituto, con l'indicazione delle specifica professionalità, ai fini dell'attestazione delle prestazioni effettivamente erogate a fronte della programmazione definita dal piano di trattamento. I trattamenti effettuati in maniera non conforme al piano non sono riconosciuti agli effetti economici.

4. Per utenti residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, il piano di trattamento è redatto a cura dell'Équipe Riabilitativa dell'Azienda competente territorialmente. Il Piano di

trattamento ha validità di atto autorizzativo nell'ambito dei sotto-tetti di spesa previsti dal presente Accordo.

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

6. Il Direttore dell'Area Funzionale Dipartimentale Riabilitazione, il Direttore del Dipartimento di coordinamento tecnico scientifico Salute Mentale e il Direttore del Dipartimento Tecnico-Sanitario individuano i nominativi dei componenti le Équipe Riabilitative per ogni ambito distrettuale. La composizione delle Équipe Riabilitative aziendali è formalizzata con apposito atto del Direttore Generale.

7. La redazione dei 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'Equipe 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. Per la compilazione del campo 4 "Numero pratica" del flusso informativo regionale SPR, l'Istituto è tenuto ad utilizzare il codice alfanumerico progressivo apposto su ogni piano di trattamento da ciascuna Équipe riabilitativa.

10. 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.

11. 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.

12. Nel caso in cui l'utente provveda al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa presso gli sportelli ticket aziendali, l'Erogatore è tenuto alla verifica dell'avvenuto pagamento prima dell'erogazione della prestazione ed in caso di mancato pagamento, orienta l'utente verso gli sportelli ticket aziendali per regolarizzare la propria posizione.

13. 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.

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

15. Ove venga ravvisata la necessità di prolungare l'assistenza rispetto ai termini previsti dal piano di trattamento, l'Istituto, entro un tempo utile dalla scadenza del periodo autorizzato,

deve fare pervenire proposta motivata di proroga all'Équipe riabilitativa dell'Azienda competente territorialmente. A tal fine, in chiusura di piano di trattamento iniziale, e all'interno del numero di prestazioni ivi prescritte, massimo n. 2 prestazioni sono erogate dall'Istituto per definire i risultati raggiunti e l'eventuale fabbisogno del paziente di prosecuzione del percorso assistenziale (*Valutazione in itinere*).

16. 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.

17. 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.

18. Per la compilazione del campo 4 "Numero pratica" del flusso informativo regionale SPR, l'Istituto è tenuto ad utilizzare il codice alfanumerico progressivo apposto su ogni atto di proroga da ciascuna Équipe riabilitativa.

19. 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.

20. 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.

21. 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.

22. 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 attuative connesse.

Art. 9 – MODALITA' DI ACCESSO AD ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA

1. Per le prestazioni di riabilitazione extraospedaliera estensiva presso il Centro diurno ad alta integrazione socio-sanitaria, l'accesso avviene tramite Piano Abilitativo Riabilitativo Globale (PARG), formulato da parte del competente GOIF aziendale. Per tali tipologie di prestazioni l'Azienda e l'Istituto concertano modalità di comunicazione e di sottoscrizione di impegno

	dell'utente e/o della famiglia e/o del Comune, relativamente all'assunzione della quota sociale	
	a suo carico.	
	2. Per tali tipologie di prestazioni, l'Azienda e l'Istituto concertano modalità di	
	comunicazione e di sottoscrizione di impegno dell'utente e/o della famiglia e/o del Comune,	
	relativamente all'assunzione della quota sociale a suo carico. Per le medesime prestazioni,	
	l'Istituto, in relazione al bisogno assistenziale dell'utente, può proporre all'Azienda di	
	residenza di prolungare l'assistenza oltre la scadenza prevista nel piano di assistenza. Almeno	
	una volta all'anno è effettuata una verifica/aggiornamento del P.A.R.G. e/o richiesta di	
	proroga motivata di trattamento. In tale fattispecie l'Istituto, con preavviso di almeno 20	
	giorni, deve concordare l'aggiornamento del piano di assistenza con l'Azienda sanitaria di	
	residenza dell'utente e chiedere a quest'ultima la proroga dell'autorizzazione in ordine alla	
	quota-parte di retta di propria spettanza, informando contestualmente l'Azienda.	
	Art. 10 – 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	
	24	

ESTAR, al fine di consentire il valido invio in Regione Toscana delle attività sanitarie erogate.

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

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

Art. 11 – FATTURAZIONE

1. A fronte delle prestazioni sanitarie e di alta integrazione 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 retina, indicato dalla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie, di seguito riportato: RDA7DQ, 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. Per le prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera intensiva in regime ambulatoriale, le fatture mensili sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il tetto di spesa è *"negoziato al lordo"*. Nel corpo del documento, l'Erogatore provvede, comunque, a distinguere i seguenti importi:

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

	b) quota ticket incassato, quale importo fuori campo IVA, ai sensi dell'art. 2 del DPR 633/1972.	
	4. Ai fini della fatturazione da parte dell'Erogatore delle prestazioni erogate, l'Azienda trasmette l'ordine elettronico di fornitura tramite NSO (Nodo Smistamento Ordini), utilizzando il seguente canale: segreteriamedica@pec.istitutommiracolosa.net, indicato dall'Erogatore stesso. Le strutture aziendali tenute all'emissione dell'ordine elettronico sono, ciascuna per la parte di propria competenza, la U.O.C. Strutture sanitarie pubbliche, Private accreditate e Trasporti sanitari e le articolazioni zonali del Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari.	
	5. 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 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.	
	8. Le fatture mensili emesse dall'Istituto per prestazioni erogate in favore di residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda nell'ambito del tetto di spesa previsto dal presente Accordo contrattuale sono suddivise in base al dipartimento aziendale a cui fa riferimento il	
	26	

tetto di spesa, ovvero Dipartimento di coordinamento tecnico scientifico Salute Mentale, Area Funzionale Dipartimentale Riabilitazione e Dipartimento Servizi Sociali. Per ciascun dipartimento, le medesime fatture sono ulteriormente articolate per 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;

9. 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 i relativi fogli firma attestanti 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 sono trasmessi con cadenza mensile, in coincidenza con l'emissione della fattura elettronica, tramite posta elettronica certificata, al seguente indirizzo ausltoscanasudest@postacert.toscana.it. Nell'oggetto è inserita la dicitura: "*Prestazioni accreditate: documentazione a corredo fattura elettronica del mese di, anno*". I file sono protetti con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse. A tal fine il file sono zippati e dotati di password per l'apertura (minimo 8 caratteri con: almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale). La password è resa nota all'Azienda tramite canali diversi da quelli utilizzati per l'invio (ovvero consegna *brevi manu* oppure comunicazione telefonica). La password ha una durata annuale, per poi essere sostituita con una nuova password, comunicata con le stesse modalità.

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

15. La partecipazione agli incontri previsti dalla programmazione scolastica ai fini della predisposizione dei piani educativi individualizzati (P.E.I.), è fatturata contestualmente alle prestazioni di salute mentale e rendicontata separatamente in apposito allegato alla fattura medesima. L'attività non è inserita nel flusso informativo regionale SPR. A corredo della fattura, l'Istituto si impegna a trasmettere all'Azienda copia dei piani di trattamento che prevedono detta attività, l'elenco delle date degli incontri per i quali è stata assicurata la partecipazione e copia degli attestati di presenza controfirmati dal genitore o, in caso di assenza di quest'ultimo, controfirmati da rappresentanti della scuola interessata. La

documentazione a corredo è trasmessa in coincidenza della trasmissione dei file relativi alle prestazioni sanitarie erogate.

Art. 12 – 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. Per quanto attiene le prestazioni di riabilitazione intensiva in regime ambulatoriale, l'Erogatore, riscuotendo gli importi della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per conto dell'Azienda, assume la veste di Agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia, di cui alla Deliberazione Giunta regionale 15 luglio 2019, n. 918, recante "Approvazione dello schema di Regolamento degli Agenti Contabili e della resa del Conto Giudiziale" e alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1450 del 30 dicembre 2019 "Regolamento aziendale degli Agenti contabili e della resa del Conto Giudiziale", di attuazione. Annualmente l'Erogatore è tenuto pertanto alla sottoscrizione del Conto della Gestione, che riporta l'elenco degli incassi ticket mensili, effettuati e riversati, ai fini della "parificazione", disposta dal Direttore U.O.C. 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 IT 08 X 01030 14217 000000 617903. 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. 13 – CONTROLLI AMMINISTRATIVI

	1. Per le prestazioni erogate in collaborazione al Dipartimento di coordinamento tecnico	
	scientifico Salute Mentale e all'Area Dipartimentale Funzionale Riabilitazione, le attività di	
	controllo amministrativo ed autorizzazione al pagamento delle fatture emesse dall'Istituto	
	sono attribuite alla U.O.C. Strutture sanitarie pubbliche, Private accreditate e Trasporti	
	sanitari.	
	2. La U.O.C. Strutture sanitarie pubbliche, Private accreditate e Trasporti sanitari provvede al	
	controllo amministrativo di I e II livello, di propria competenza, in attuazione della Procedura	
	Aziendale PA AFG-PAT-001.	
	3. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione all'Istituto.	
	L'Istituto provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come sanabili entro il mese	
	successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo alle anomalie non sanate verrà	
	decurtato dalla liquidazione spettante all'Istituto. L'Istituto è tenuto ad emettere nota di	
	credito per anomalie ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a	
	seguito dell'emissione da parte dell'Istituto delle note di credito ad esso richieste.	
	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 e	
	nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana.	
	5. L'Azienda provvede alla verifica semestrale della coerenza tra i dati contenuti nel	
	documento contabile e le prestazioni risultanti dai flussi informativi regionali per tutte le	
	prestazioni erogate dall'Istituto in virtù del presente Accordo contrattuale, 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.	
	6. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nei flussi	
	informativi regionali, l'Azienda avrà titolo per procedere al blocco del pagamento della	
	relativa fattura dandone comunicazione all'Istituto. L'Istituto è tenuto ad emettere nota di	

credito per incoerenze ritenute non sanabili. La liquidazione delle spettanze dovute è disposta a seguito del ricevimento da parte dell'Azienda delle note di credito richieste all'Istituto.

7. L'Istituto è tenuto a restituire all'Azienda gli importi già percepiti a seguito di emissione di fattura ma successivamente non riconosciuti dalla Regione Toscana alla data di chiusura dell'anno di riferimento, in quanto connessi a records forniti dall'Istituto medesimo non utilizzabili ai fini delle compensazioni infraregionali, tramite emissione di note di credito.

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

9. Per le prestazioni erogate in collaborazione con il Dipartimento Servizi Sociali, le attività di controllo amministrativo ed autorizzazione al pagamento delle fatture emesse dall'Istituto sono attribuite alle articolazioni zonali del Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari, competenti territorialmente, in attuazione di procedure operative in ogni zona-distretto.

Art. 14 – CONTROLLI SANITARI

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

2. L'attività di controllo sanitario è svolta dal Nucleo Operativo Controlli Sanitari, istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 480 del 17 aprile 2019, secondo modalità,

tempistiche e campionamenti definiti dal Piano Annuale dei Controlli, adottato annualmente dall'Azienda e trasmesso per la dovuta informativa all'Istituto.

3. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari redige un verbale di verifica in base al quale l'Istituto è tenuto ad emettere nota di credito per gli importi relativi alle prestazioni ritenute non appropriate ed adeguare, di conseguenza, il flusso informativo regionale SPR. L'Istituto emette nota di credito entro 10 giorni dalla richiesta, trascorsi inutilmente i quali l'Azienda è autorizzata a trattenere gli importi dovuti sulle liquidazioni in giacenza.

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

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

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

Art. 15 – 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	
	34	

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. 16 – 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. 17 – 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. 18 – 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. 19 – 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. 20 – 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. 21 – 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. 22 – 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	

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. 23 – 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. 24 – 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. 25 – 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. 26 – SPESE IMPOSTA DI BOLLO E REGISTRAZIONE

1. Il presente atto è soggetto all'imposta di bollo ai sensi dell'art. 2 dell'Allegato A – Tariffa Parte I, al Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642, che viene assolta in maniera virtuale come da Autorizzazione Agenzia delle Entrate di Azienda USL Toscana Sud Est del 16 febbraio 2016, n. 5062. Le spese, che ammontano ad € 256,00, 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. 27– REPERTORIO

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

2. Il presente accordo contrattuale consta di n. 28 articoli, n. 44 pagine e n. 3 allegati, ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

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

Art. 28 - RINVIO

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL DIRETTORE UOC SSP, PA e TS

Congregazione delle Suore di Santa Marta

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 SSP, PA e TS

Congregazione delle Suore di Santa Marta

Azienda Usl Toscana Sud Est

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

4. PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGARSI PRESSO LA STRUTTURA ACCREDITATA-CONVENZIONATA: Istituto privato di riabilitazione Medaglia Miracolosa (tenuto conto delle liste di attesa presso le strutture pubbliche di Ausl Tse)

	Cod.	Tariffa giornaliera	N. giorni	Costo		
Riabilitazione Semiresidenziale per soggetti Autistici	409	156,59				
Riabilitazione Semiresidenziale in situazione di gravità	416.1	131,24				
Prestazioni Semiresidenziali Estensiva in gravità	416	122,26				
	Cod.	Tariffa a prestazione	N. prestazioni	Costo	Ticket € 38,00	Quota ricetta € 3,10
Prestazioni ambulatoriali complesse adulti	417.1	54,25				
Prestazioni ambulatoriali complesse minori	417.2	59,25				
Prestazioni ambulatoriali altro adulti	405.1	44,9				
Prestazioni ambulatoriali altro minori	405.2	49,26				
Prestazioni ambulatoriali gruppo adulti	406.1	15,87				
Prestazioni ambulatoriali complesse di gruppo minori (2 utenti) - DSM	417.2	29,76				
Prestazioni ambulatoriali altro di gruppo minori (minimo 4 utenti)	406.2	17,41				
Prestazioni domiciliari adulti	407.1	62,09				
Prestazioni domiciliari minori	407.2	61,17				
Prestazioni ambulatoriali individuali a fronte di patologie minimali adulti	405.1	20,00				
Prestazioni ambulatoriali individuali a fronte di patologie minimali minori	405.2	21,03				
Valutazione in itinere rispetto a Piano di Trattamento iniziale - max n. 2 prestazioni - Codice prestazione e Tariffa prestazione definita in conformità alla prestazione riabilitativa oggetto del PGT						
Partecipazione incontri scolastici di redazione P.E.I. - max 2 incontri	-	49,26				

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 Specialistica

.....

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] 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 **Congregazione delle Suore di Santa Marta**, con sede in Roma, per l'Istituto privato di riabilitazione "Medaglia Miracolosa", con sede in Civitella Val di Chiana (AR), Via delle Mandriole, n. 2, (C.F.: 02510770585 e P.I.: 01067681005), di seguito denominato "**Istituto**", rappresentato dal [REDACTED] [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'"**ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E ISTITUTO MEDAGLIA MIRACOLOSA - Acquisito prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera intensiva, in regime semiresidenziale, ambulatoriale e Acquisito prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera estensiva, in regime semiresidenziale**".

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;
- Congregazione delle Suore di Santa Marta 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	
	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	
	4	

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

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

Congregazione Suore Di Santa Marta

[REDACTED]