

Deliberazione del Direttore Generale n. 210 del 5 marzo 2024

ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E

CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL

Acquisto prestazioni sanitarie accreditate di RICOVERO OSPEDALIERO

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

domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza

Carlo Rosselli, n. 26, la quale interviene non in proprio ma esclusivamente in nome e per

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

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

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

legalmente e formalmente l'Azienda per il presente atto;

E

La **Società Centro Chirurgico Toscano Srl**, con sede legale in Arezzo, Via dei Lecci n. 22

(C.F. e P.I.: 01952970513), di seguito denominata "*Società*" o "*Erogatore*", nella persona

dell'Amministratore Unico e Legale Rappresentante,

domiciliato per la carica presso la suddetta;

RICHIAMATO

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

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

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

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

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

	carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8 quater, nel rispetto	
	degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies.	
	l'art. 8 bis comma 2, in virtù del quale i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e	
	dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi	
	accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o	
	richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale.	
	l'art. 8 bis comma 3, in virtù del quale a realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di	
	attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e	
	l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate,	
	rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-ter, dell'accREDITAMENTO	
	istituzionale di cui all'articolo 8-quater, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di	
	cui all'articolo 8-quinquies.	
	l'art. 8 quater comma 1, in virtù del quale l'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla	
	regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano	
	richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla	
	loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva	
	dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.	
	l'art. 8 quater comma 2, in virtù del quale la qualità di soggetto accreditato non costituisce	
	vincolo per le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale a corrispondere la	
	remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo	
	8 quinquies.	
	l'art. 8 quinquies comma 1-bis, in virtù del quale i soggetti privati sono individuati, ai fini	
	della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non	
	discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri	
	oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche	
	2	

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

l'art. 8 quinquies comma 2, in virtù del quale la regione e le unità sanitarie locali, con le modalità di cui al comma 1-bis, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale;

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

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

	l'art. 29, comma 3, in virtù del quale gli scambi finanziari possono avvenire in forma diretta,	
	sulla base di apposite convenzione o rapporti, ovvero su base regionale, attraverso procedure	
	di compensazioni regionali;	
	l'art. 29, comma 5, il quale precisa che la valorizzazione delle prestazioni, ancorché gestite	
	tramite compensazioni regionali, è definita dalle convenzioni e dai rapporti tra Aziende	
	Sanitarie e tra queste e le istituzioni private e non può comunque essere superiore alle tariffe	
	massime definite dalla Regione;	
	l'art. 29, comma 6, in virtù del quale la Giunta regionale, (...) , può sottoporre il sistema di	
	erogazione delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie e delle istituzioni private a	
	vincoli quantitativi circa il volume delle prestazioni ammesse, ovvero a vincoli finanziari	
	tramite la determinazione di tetti di spesa e specifiche modalità di applicazione del sistema	
	tariffario (...)	
	la Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 , recante “Norme in materia di qualità e sicurezza	
	delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di	
	accreditamento” e successive modifiche ed integrazioni;	
	il DPGR 16 settembre 2020, n. 90/R “Autorizzazione e accreditamento delle strutture	
	sanitarie. Modifiche al regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51,	
	approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016, n. 79”;	
	il Decreto Ministero della Salute 19 dicembre 2022 “Valutazione in termini di qualità,	
	sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi	
	contrattuali con le strutture sanitarie”;	
	la Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150 , “DGRT n. 967 del 7 agosto	
	2023 “Recepimento disposizioni DM Ministero della Salute del 19 dicembre 2022 - Gazzetta	
	Ufficiale n. 305 del 31/12/2022 - prime linee di indirizzo applicative alle strutture sanitarie,	
	pubbliche e private”: revoca e nuovo recepimento”;	
	4	

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

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

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

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

attraverso misure alternative quali la riduzione delle prestazioni di bassa complessità o potenzialmente inappropriate, il contenimento delle prestazioni di pronto soccorso o di quelle di riabilitazione e lungodegenza, così come azioni su altre aree della spesa sanitaria;

la **Deliberazione Giunta regionale 28 novembre 2022, n. 1339**, recante “Nuova determinazione dei tetti massimi per l'acquisto di prestazioni dalle strutture sanitarie private accreditate”, ha ridefinito il modello di gestione dei rapporti con il privato accreditato convenzionato per le attività ricomprese nei flussi informativi regionali SDO, ricovero ospedaliero, e SPA, specialistica ambulatoriale. Dette tipologia di attività sono sottoposte a limiti di *spending review*, di cui alla Legge 7 agosto 2012, n. 135 “Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95: Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, ed in particolare l’art. 15, comma 14 e di cui alla Legge 6 agosto 2015, n. 125, recante “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78”, art.9 quater comma 7. Il modello di gestione revisionato è basato sui seguenti criteri organizzativi:

- determinare un importo unico massimo complessivo di budget da assegnare ad ogni Azienda USL, definito dalla somma degli importi previsti dalla DGR n. 1220/2018, aggregati per Azienda USL di riferimento;
- stabilire che le Aziende USL riservino, nelle convenzioni con il privato accreditato, una percentuale del tetto economico volta al soddisfacimento dei bisogni della popolazione residente in Toscana, con particolare riferimento agli ambiti caratterizzati da lunghi tempi di attesa;
- prevedere che almeno il 90% del tetto economico assegnato per l’attività erogata a favore di pazienti residenti in altre Regioni venga utilizzato per prestazioni di Alta Specialità, così come risultano dall’elenco dei DRGs di Alta Complessità compresi negli Accordi di mobilità interregionale vigenti;

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

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

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

la **Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est 8 Novembre 2023, n. 1154**

“Avviso pubblico a manifestare l’interesse rivolto a strutture private accreditate interessate alla sottoscrizione di accordi contrattuali ai sensi dell’art. 8 quinquies del D. Lgs 502/92 e s.m.i. per attività di ricovero – processo chirurgico programmato in regime di degenza ordinaria e day surgery, nei limiti di spesa definiti dalla DGRT 1339/2022- Adozione”;

la **Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est 29 gennaio 2024, n. 92**

“Avviso pubblico a manifestare l’interesse rivolto a strutture private accreditate interessate alla sottoscrizione di accordi contrattuali ai sensi dell’art. 8 quinquies del D. Lgs 502/92 e s.m.i. per attività di ricovero – processo chirurgico programmato in regime di degenza ordinaria e day surgery – Individuazione Strutture idonee ed assegnazione tetti di spesa annui, nei limiti previsti dalla Deliberazione Giunta regionale 28 novembre 2022, n. 1339”;

PREMESSO

CHE l’Erogatore risulta in possesso dell’autorizzazione all’esercizio di attività sanitaria come da Provvedimento n. 800 del 22 marzo 2018, rilasciato dal Comune di Arezzo, in relazione alla struttura sanitaria privata denominata Centro Chirurgico Toscano, ubicata in Arezzo, via dei Lecci, 22 e gestita dalla Società Centro Chirurgico Toscano Srl, per:

- attività di ricovero, in regime di ricovero ordinario e day surgery, per le discipline di:
Chirurgia Generale; Ortopedia e Traumatologia; Oftalmologia; Otorinolaringoiatria;
Urologia, per un totale di n. 95 posti letto, come di seguito rubricati:

- n. 65 posti letto, presso sede in Arezzo, Via dei Lecci, 22, di cui al Provvedimento

del Comune di Arezzo, n. 800 del 22 marzo 2018 (rinnovo autorizzazione in via

definitiva);

- n. 20 posti letto, presso sede in Arezzo, Via dei Lecci, 22, a seguito di trasferimento

dalla sede in Arezzo, Via Frà Guittone, attualmente chiusa, disposto con

Provvedimento del Comune di Arezzo, n. 579 del 13 marzo 2019;

- n. 10 posti letto, a seguito di trasformazione di dieci posti letto da regime diurno a

regime continuativo, disposta presso la medesima sede in Arezzo, Via dei Lecci, 22,

con Provvedimento del Comune di Arezzo, n. 2757 del 18 ottobre 2019;

- attività di anestesia e rianimazione;

- attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica per le seguenti discipline:

- Via dei Lecci 22, Arezzo: Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Oftalmologia,

Otorinolaringoiatria, Urologia, Gastroenterologia, Ginecologia e Ostetricia, (Ecografia e

interventi chirurgici anche in anestesia generale), Cardiologia (ecocardiografia),

Medicina Interna;

- Via Eritrea 33/35, Arezzo: Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia,

Oftalmologia, Urologia, Otorinolaringoiatria, Gastroenterologia, Ginecologia e Ostetricia

(Ecografia e prestazioni di specialistica diagnostica ambulatoriale), Radiodiagnostica

(Tomografia Computerizzata);

CHE l'Erogatore risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria come

da Provvedimento n. 579 del 13 marzo 2018, rilasciato dal Comune di Arezzo, in relazione

alla struttura sanitaria privata denominata Centro Chirurgico Toscano, ubicata in Arezzo, via

dei Lecci, 22 e gestita dalla Società Centro Chirurgico Toscano Srl, per la disciplina di

Gastroenterologia e Chirurgia Generale, attività di Endoscopia, e Radiodiagnostica,

Risonanza Magnetica;

CHE l'Erogatore risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria come da Provvedimento n. 2220 del 2 agosto 2018, rilasciato dal Comune di Arezzo, in relazione di ampliamento l'attività sanitaria, in regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti, della struttura Centro Chirurgico Toscano, sede di Arezzo, via dei Lecci, 22, per la disciplina di Neurochirurgia;

CHE l'Erogatore risulta in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria come da Provvedimento n. 2833 del 4 novembre 2021, rilasciato dal Comune di Arezzo, per l'ampliamento dei locali con l'apertura della nuova sede ambulatoriale di via Molinara, 33, Arezzo, gestita dalla Società Centro Chirurgico Toscano Srl, per discipline svolte in regime ambulatoriale: Chirurgia generale, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Oculistica, Urologia, Neurochirurgia, Gastroenterologia, Medicina Interna, Cardiologia, Ginecologia;

CHE la Società risulta in possesso del certificato di accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto della Regione Toscana n. 310 del 12 gennaio 2023, come di seguito articolato:

A. il rinnovo dell'accREDITamento istituzionale alla società Centro Chirurgico Toscano Srl, per i seguenti processi:

- processo chirurgico nelle discipline di ortopedia e traumatologia, chirurgia generale, urologia, otorinolaringoiatria, oftalmologia e neurochirurgia;
- processo area critica nella disciplina di anestesia e rianimazione erogati ad Arezzo nella sede di via dei Lecci 22, denominata Centro Chirurgico Toscano;
- processo ambulatoriale nelle discipline di ortopedia e traumatologia, chirurgia generale, urologia, gastroenterologia e oftalmologia erogato nella sede di via dei Lecci nr. 22; nelle discipline di ortopedia e traumatologia, chirurgia generale, urologia, gastroenterologia, oftalmologia e radiodiagnostica erogato nella sede di via Eritrea nr. 33 e nelle discipline di ortopedia e traumatologia, oftalmologia, chirurgia

generale, urologia, gastroenterologia, medicina interna e ginecologia e ostetricia,

erogato nella sede di via Molinara nr. 33 ad Arezzo;2.

B. il rilascio dell'accreditamento istituzionale alla società Centro Chirurgico Toscano Srl per il processo ambulatoriale anche per le discipline di radiodiagnostica nella sede di via dei Lecci nr.22; neurochirurgia nella sede di via Eritrea nr. 33; otorinolaringoiatria, radiodiagnostica, neurochirurgia e cardiologia nella sede di via Molinara nr. 33;

CHE l'Erogatore ha aderito all'Avviso Pubblico di cui alla Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est 8 Novembre 2023, n. 1149, con domanda Prot. n. 291125 del 14 dicembre 2023, disponibile in atti;

CHE la Commissione di Valutazione, istituita con Deliberazioni del Direttore Generale n. 1281 del 6 dicembre 2023 e n. 1370 del 18 dicembre 2023, ha ritenuto l'Erogatore idoneo alla stipula di Accordi contrattuali ai sensi dell'art. 8 quinquies comma 1, del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. per prestazioni afferenti ai Flusso informativo regionale SDO – Ricovero, affidando un tetto di spesa annuo omnicomprendivo pari a € **22.494.196**, come risulta da apposito Verbale di valutazione del 19 gennaio 2023, disponibile in atti;

CHE a seguito della stipula del presente Accordo contrattuale l'Erogatore è da ritenersi parte integrante dell'offerta complessiva regionale e come tale oggetto di politiche di programmazione sanitaria coerenti con quelle che regolano l'erogazione dei servizi nelle strutture pubbliche;

TUTTO CIO' RICHIAMATO E PREMESSO TRA LE PARTI COME SOPRA

COSTITUITE SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – PREMESSE

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

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

Art. 2 – OGGETTO

1. L'Azienda, in virtù del presente Accordo Contrattuale, affida alla Società, individuata tramite apposita selezione a seguito di Avviso pubblico, l'erogazione delle seguenti prestazioni sanitarie in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda: prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime ordinario e diurno, ivi incluso il day surgery ove previsto, per le seguenti discipline: 009 Chirurgia Generale, 036 Ortopedia e Traumatologia, 038 Otorinolaringoiatria, 043 Urologia, 030 Neurochirurgia, riunite in un'unica AFO chirurgica.

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

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

Art. 3 – MODALITA' DI EROGAZIONE

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

2. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono eseguite presso le proprie strutture, richiamate negli atti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale, di seguito elencate: Arezzo, via dei Lecci, n. 22.

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

4. L'Erogatore ha l'obbligo di dotarsi e di utilizzare idonei locali, procedure di erogazione delle prestazioni, macchinari, strumentazioni, materiali di consumo, farmaci, oggetti e apparecchiature, in conformità alle specifiche normative di settore, nonché alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale, esonerando di conseguenza l'Azienda da ogni responsabilità. L'Erogatore assicura il monitoraggio interno con report specifici sulla dotazione e vetustà delle apparecchiature.

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

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

Art. 4 – PRESTAZIONI E VOLUMI DI ATTIVITA'

1. Le prestazioni erogabili, tra quelle previste dalla Deliberazione Giunta regionale del 27 settembre 2016, n. 947, sono quelle che la Società può erogare in rapporto con il Servizio Sanitario Regionale, ai sensi dell'accreditamento istituzionale di cui dispone, e quindi prestazioni inerenti il processo chirurgico nelle discipline di ortopedia e traumatologia, chirurgia generale, urologia, otorinolaringoiatria e neurochirurgia nella sede di via dei Lecci, n.2.

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

119 Legatura e stripping di vene;

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

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

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

337 Prostatectomia transuretrale senza CC;

158 Interventi su ano e stoma senza CC;

55 Miscellanea di interventi* su orecchio, naso, bocca e gola;

309 Interventi minori sulla vescica senza CC;

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

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

225 Interventi sul piede;	
341 Interventi sul pene;	
288 Interventi per obesità;	
340 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni;	
229 Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC;	
8 Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC;	
267 Interventi perianali e pilonidali;	
63 Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola;	
498 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC;	
53 Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni;	
60 Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni;	
234 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC;	
169 Interventi sulla bocca senza CC;	
503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione;	
545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio;	
227 Interventi sui tessuti molli senza CC;	
224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC;	
219 Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC;	
305 Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC;	
149 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC;	
335 Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC;	
211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC;	
544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori;	
311 Interventi per via transuretrale senza CC.	

3. Resta inteso tra le Parti, che in caso di complicità intraoperatoria sarà retribuito il corrispondente DRG “*complicato*” e non quello originariamente ipotizzato nel corso della diagnosi pre operatoria. Resta inteso altresì che sarà possibile produrre in favore di utenti residenti nell’ambito territoriale dell’Azienda DRGs diversi da quelli sopra elencati, comunque ricompresi nei decreti di accreditamento, per non oltre il 10% del tetto di spesa previsto dal presente Accordo contrattuale.

4. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari dell’Azienda, istituito con Deliberazione del Direttore Generale e n. 480 del 17 aprile 2019, assicura la verifica della rispondenza tra prestazione erogate e prestazioni previste dal presente Accordo, come desunte dalla risposta all’Avviso pubblico da parte della Struttura. .

5. La Società si impegna a rispettare, tendenzialmente, l’articolazione zonale delle prestazioni di ricovero, come risultanti dalla proposta organizzativa redatta in sede di manifestazione di interesse in risposta all’Avviso pubblico posto alla base del presente Accordo, con riferimento, in particolare, all’assistenza in favore degli utenti residenti nell’area provinciale grossetana. Con riferimento alla ripartizione per DRGs nelle singole province e zone-distretto, che sottende l’assegnazione complessiva inserita in delibera, i valori del singolo DRG sono presuntivi e non vincolanti.

6. In conformità al Piano Regionale Governo Liste di Attesa della Regione Toscana ed alla Valutazione delle Performance MeS, la Società è tenuta a raggiungere lo standard del 90% di interventi in classe di priorità A operati entro 30 giorni.

7. Il ricovero in ambito chirurgico si intenderà concluso al termine della prima visita di follow-up, di norma entro 30 gg dalla dimissione del paziente.

8. La Società non può eseguire interventi in favore di utenti residenti affetti da patologia oncologica preventivamente accertata. Tutti i casi che dovessero rivelarsi in corso di

intervento sono sottoposti a controllo sanitario da parte del Nucleo Operativo Controlli Sanitari.

9. Con riferimento alle attività di cui ai comma precedenti, la Società si impegna ad erogare un numero di prestazioni annue, nel rispetto dei tetti di spesa indicati al successivo art. 6, articolati in base alla residenza degli utenti, come di seguito indicato: utenti residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda e utenti provenienti da altre regioni.

10. Si individua nel giorno di effettuazione dell'intervento il momento di inizio del ricovero, ai soli fini della valorizzazione economica. Gli esami di preospedalizzazione e stadiazione non costituiscono motivazione valida per anticipare l'avvio delle attività e dovranno essere eseguiti in un giorno precedente all'intervento. E' fatta salva la giornata antecedente quanto non impatta né sul DRG né sul valore economico complessivo della prestazione erogata, non determinando costi aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario Regionale, escluso per i DRGs A.R.I., di cui alla Deliberazione Giunta regionale del 9 dicembre 2014, n. 1140, recante "DGR 1163/2011 e DGR 877/2013: aggiornamento delle soglie minime di ammissibilità in regime di ricovero diurno dei DRG chirurgici e medici ad alto rischio di inappropriately in regime di ricovero ordinario e revisione delle modalità di calcolo del numero delle cartelle cliniche da controllare".

11. Per i Drg 006 Liberazione del tunnel carpale e per il Drg 039 Intervento di cataratta, convertiti a suo tempo in prestazioni ambulatoriali per effetto della Deliberazione Giunta regionale del 22 luglio 2002, n. 771, la prestazioni avvengono nel setting assistenziale ambulatoriale.

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

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

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

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

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

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

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

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

1. La Società dichiara di aver svolto l'autovalutazione entro il 31 gennaio 2024, rispetto ai requisiti introdotti nel sistema toscano con Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150 – Allegato A, disponibile agli atti della Società e dei competenti Uffici di Regione Toscana.

2. La Società dichiara di aver svolto l'autovalutazione rispetto ai requisiti introdotti nel sistema toscano con Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150 – Allegato B, disponibile agli atti della Società e dell'Azienda, di seguito riportati e contestualizzati:

- Dotazione di un Sistema di segnalazione ed archiviazione di eventi sentinella e eventi avversi, in attuazione dal requisito 5.1.COM.8 “Sistema di Reporting and Learning” del DD. n. 2044/2017, con un Piano di miglioramento collegato alla rilevazione e allo svolgimento di audit multidisciplinari;
- Dotazione di un Piano di miglioramento della struttura elaborato secondo quanto previsto dal requisito 5.1.COM.11 “Piano di miglioramento della struttura” del DD n. 2044/2017, che prevede l'elaborazione in base delle informazioni derivanti dal sistema di reporting and learning, dalla valutazione degli esiti, dalla valutazione della applicazione di protocolli, dai dati sulle infezioni, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc.). I dati del Piano sono monitorati in modo sistematico per attuare il miglioramento continuo (es. il Piano è aggiornato annualmente e sono effettuate riunioni per l'analisi dell'andamento);
- Dotazione di un sistema di monitoraggio relativo agli indicatori di appropriatezza pertinenti alla struttura, i cui dati sono utilizzati e monitorati in modo sistematico (es. i dati sono rilevati con cadenza fissa e sono effettuate riunioni di analisi dell'andamento dei dati rilevati). Il sistema di monitoraggio deve prevedere almeno i seguenti indicatori:
 - o DRGs ad alto rischio di inappropriatezza. Per detti ricoveri il sistema di monitoraggio deve permettere la verifica delle soglie di ammissibilità minime in regime di ricovero diurno, come da Deliberazione Giunta regionale 9 dicembre 2014, n. 1140;

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Appropriatelyzza degli interventi di artrodesi tratto dorso – lombo – sacrale, come da Deliberazione Giunta regionale 22 maggio 2023, n. 569); 	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Soglie di ammissibilità nei regimi di ricovero ordinario, day surgery e chirurgia ambulatoriale, previste dal Decreto Dirigenziale Regione Toscana del 19 novembre 2021, n. 20196; 	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Applicazione delle soglie minime di attività, ai sensi del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70. Il N.O.C.S assicura la verifica del rispetto delle soglie minime, con esclusione a fine anno dal pagamento di quelle prestazioni erogate senza tener conto dei limiti normativi (Colecistectomia laparoscopica, Intervento chirurgico per frattura di femore); 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Dotazione di applicativi in grado di integrarsi con i sistemi regionali in essere, assicurando regolarità, completezza e tempestività nell'alimentazione dei flussi informativi regionali (GAUSS); 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilità di un sistema di monitoraggio per le soglie minime di attività, ai sensi del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, e di un sistema di monitoraggio degli esiti come da PNE, per programmare l'attività di ricovero; 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Dotazione di un sistema atto ad assicurare la corrispondenza tra prestazioni sanitarie erogate e prestazioni sanitarie fatturate all'Azienda; 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Dotazione di un sistema monitoraggio della vetustà delle apparecchiature e della dotazione rispetto ai volumi di attività e dotazione di un sistema di gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili, come da requisito 5.1.COM.4 "Rischio dispositivi medici" del DD. n. 2044/2017; 	
	<ul style="list-style-type: none"> - L'Erogatore alimenta regolarmente il Fascicolo Sanitario Elettronico degli assistiti presi in carico oppure sono avviate le procedure per consentire l'alimentazione; 	

- Dotazione di un sistema di monitoraggio del budget assegnato, programmando le proprie attività nel corso dell'anno al fine di assicurarne il rispetto;
- L'Erogatore ha inserito nel proprio sito internet le informazioni previste dall'art. 41, commi 5 e 6, del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (i bilanci certificati e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta).

3. Il Nucleo Operativo Controlli Sanitari dell'Azienda, istituito con Deliberazione del Direttore Generale e n. 480 del 17 aprile 2019, assicura la verifica dell'autovalutazione dell'Allegato B di cui alla Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150, svolta dall'Erogatore entro il periodo di vigenza del presente Accordo.

Art. 6 – TETTI ECONOMICI

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di ricovero entro un tetto massimo di spesa unico ed omnicomprendivo annuo pari a € **20.058.538**, ricompreso nello stanziamento di cui alla Deliberazione Giunta regionale 28 novembre 2022, n. 1339 ed affidato alla Società a seguito di emissione di Avviso pubblico e valutazione resa da apposita Commissione di Valutazione. Il tetto di spesa così individuato consente il rispetto, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, dei vincoli di spesa stabiliti dalla normativa nazionale vigente, richiamati nelle premesse.

nazionale vigente, richiamati nelle premesse.

2. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, la Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprendivo, per una quota pari a € **3.093.553**, in favore del soddisfacimento del fabbisogno sanitario espresso, rilevato valutando, tramite appositi indicatori (lista di attesa, tasso di prestazioni x 1000ab zonale e aziendale, catchment index, % prestazioni erogate nei tempi, ecc.), l'offerta pubblica presente sul territorio, e, per differenza, la domanda espressa da soddisfare tramite il ricorso a convenzionamento con Strutture private-accreditate, nei limiti di spesa previsti con Deliberazione Giunta regionale 28

novembre 2022, n. 1339.

3. La Società orienta il tetto di spesa unico ed omnicomprensivo, per una quota pari a € **16.964.985**, all'erogazione di prestazioni sanitarie in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie fuori regione, assicurando che almeno il 90% del tetto assegnato sia destinato a prestazioni di Alta Specialità così come risultano dall'elenco dei DRGs di Alta Complessità compresi negli Accordi di mobilità interregionale vigenti.

4. E' previsto in favore della Società un budget economico aggiuntivo, attribuito in proporzione al tetto di spesa ordinario, pari a € **2.435.658**. Il budget aggiuntivo è impiegato unicamente per l'erogazione di prestazioni di Alta Specialità a favore di pazienti residenti in altre Regioni, in linea con quanto previsto dall'art. 1, comma 574 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208. Qualora il budget non sia totalmente impiegato, è previsto un fondo regionale per la riallocazione dei volumi economici non utilizzati che potranno essere oggetto di rinegoziazione affidata al Tavolo di concertazione regionale.

5. Le Parti concordano che nel corso dell'anno di esercizio e nel rispetto della distribuzione delle attività, ove si realizzi l'evidenza che una delle strutture non abbia raggiunto il budget economico aggiuntivo alla stessa assegnato, allo scopo di assicurare comunque il livello di prestazioni rispondenti alla programmazione aziendale, fermo restando il rispetto del tetto complessivo di spesa per l'Azienda, quest'ultima assegnerà il volume non raggiunto alla/alle Società che dovesse/dovessero averlo superato. L'assegnazione sarà disposta in base alla punteggio conseguito dalle Strutture in sede valutazione delle manifestazioni di interesse.

6. Il Piano di cui a comma precedenti è sottoposto a verifica ordinaria in corso d'anno, dopo la liquidazione delle competenze del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre, 31 dicembre, tramite appositi report economici sui consumi dei tetti di spesa contrattuali, predisposti a cura della U.O.C. SSP, PA e TS ed inviati all'Erogatore, al fine di assicurare il rispetto del budget complessivo annuale.

7. L'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Società per l'attività eseguita

oltre i volumi finanziari assegnati, secondo le quantificazioni economiche riportate nel

presente articolo. La Società concorda che non vanterà alcun credito eccedente tali tetti.

8. Qualora in corso d'anno l'Azienda ravvisi la necessità di incrementare il livello di

prestazioni sanitarie in favore di utenti residenti, per far fronte a fabbisogni emergenti e non

programmati, rilevati dalle competenti Strutture aziendali, le prestazioni aggiuntive sono

finanziate, di norma, con quote di tetto di spesa destinate dal presente Accordo ad utenti

provenienti da altre regioni, che viene ridotto per pari importi, nei limiti del tetto massimo di

spesa unico ed omnicomprensivo. L'eventuale trasferimento di risorse in favore di utenti

residenti è disposto, previa intesa con l'Erogatore, con Deliberazione del Direttore Generale,

in quanto esso comporta costi aggiuntivi a carico del bilancio aziendale.

9. La Società prende atto che, come previsto dalla Deliberazione Giunta regionale 28

novembre 2022, n. 1339, la verifica puntuale del rispetto del tetto economico previsto dal

presente Accordo, è svolta tramite il software Gauss. La Società pertanto è tenuta

all'inserimento, oltre che nei propri applicativi, nel software Gauss di tutti i dati necessari al

monitoraggio della spesa rispetto alle prestazioni erogate.

10. La Società si impegna ad assicurare coerenza fra quanto indicato nei flussi informativi

regionali SDO tramite il software Gauss e gli importi fatturati all'Azienda, la quale provvede

a registrarli nei conti economici di pertinenza dell'assistenza ospedaliera da privato.

11. La Società garantisce, nell'arco dell'intero anno solare, l'omogenea distribuzione in

ragione mensile delle prestazioni concordate nell'ambito dei tetti economici massimi, in

conformità alla programmazione annuale definita, fatte salve le eventuali modifiche

intervenute in corso d'anno, previo accordo tra le Parti.

12. La Società si impegna a dare tempestiva comunicazione all'Azienda di eventuali

scostamenti rispetto all'attività programmata nel corso dei vari mesi dell'anno, al fine di una

puntuale nuova programmazione e negoziazione delle attività nell'ambito del tetto unico ed omnicomprensivo annuo.

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

Art. 7 – TARIFFE

1. La Società accetta il sistema di tariffazione per DRG's previsto per l'attività di ricovero ospedaliero dalla citata Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947, Tabelle B 2° Livello tariffario - Tariffe massime da applicare sul territorio regionale per i presidi di ricovero che operano in regime di elezione programmata. Esse s'intendono comprensive di tutti i costi sostenuti per la produzione delle singole prestazioni di ricovero, ivi compresi gli oneri relativi alle endoprotesi, agli impianti protesici, ortesici ed ausiliari utilizzati per le prestazioni di ricovero ed alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, quando correlate ad un episodio di ricovero (preospedalizzazione e controlli post-ricovero).

2. La Società applica alle prestazioni sanitarie erogate in favore di utenti residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, a decorrere dal 1 febbraio 2024, uno sconto pari a 5% rispetto al nomenclatore tariffario regionale, come proposto nella domanda di adesione all'Avviso pubblico posto alla base del presente Accordo, in modo da ampliare la capacità di offerta a fronte delle liste di attesa. Per la mensilità di gennaio 2024 le prestazioni sono remunerate in base al nomenclatore tariffario regionale, senza alcuno sconto.

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

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

1. L'accesso alle prestazioni di ricovero avviene per tutti gli iscritti al Servizio Sanitario

Nazionale, residenti sul territorio nazionale, mediante accesso diretto, con richiesta redatta su

ricettario regionale, formulata dal medico curante.

2. All'atto del ricovero il cittadino assistito esprime liberamente la propria opzione tra i regimi

di ricovero consentiti, ovvero:

a. prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di convenzione, con onere a totale carico

del Servizio Sanitario Regionale, erogate con personale medico dipendente e/o

strutturato nella Società ovvero in rapporto di lavoro subordinato, di collaborazione

coordinata e continuativa o con contratto libero-professionale, senza alcun onere a carico

del cittadino escluso eventuale miglioramento alberghiero (prestazioni incluse nel Tetto

di spesa unico ed onnicomprensivo previsto dal presente Accordo);

b. prestazioni di ricovero ospedaliero con onere totale a carico del cittadino (prestazioni

escluse dal Tetto di spesa unico ed onnicomprensivo previsto dal presente Accordo);

c. prestazioni di ricovero ospedaliero con onere ripartito fra il Servizio Sanitario Regionale

e il cittadino, nella misura definita dai provvedimenti regionali che stabiliscono le tariffe

per le prestazioni di ricovero, secondo i quali l'importo della tariffa relativa al ricovero

viene ridotto, all'interno del budget prefissato, del 35% dell'ammontare del DRG, come

previsto dal Decreto Dirigenziale della Regione Toscana n. 4203 del 15 ottobre 2013

recante "Decreto Dirigenziale n. 1028 del 16 marzo 2012: modifica allegati 1 e B", nel

caso che questi scelga di avvalersi di personale medico di sua fiducia, dipendente e/o

strutturato nella Società, ovvero in rapporto di lavoro subordinato, di collaborazione

coordinata e continuativa o con contratto libero-professionale con l'Erogatore, così come

disciplinato dalla Deliberazione Giunta regionale 19 marzo 2001, n. 283 recante

"Esercizio di attività libero professionale nelle istituzioni sanitarie private che

intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale" e dal Decreto della Regione

Toscana 16 marzo 2012, n. 1028 recante “DRG 1062/2011: Approvazione schema di contratto-tipo tra le Aree Vaste e le strutture ospedaliere private accreditate” e successive modifiche ed integrazioni (prestazioni incluse nel Tetto di spesa unico ed omnicomprensivo previsto dal presente Accordo, per la componente imputabile al Servizio Sanitario Regionale).

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

- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera a) nulla è dovuto dal cittadino al personale medico messo a disposizione dalla Società;
- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera b) nulla è dovuto dal Servizio Sanitario Regionale né al cittadino, a titolo di rimborso o altro, né alla Società;
- scegliendo il regime di ricovero di cui alla lettera c), il Servizio Sanitario Regionale si assume solamente l'onere previsto dai provvedimenti regionali sopra richiamati.

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

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

ospedaliero. A tal fine l'Azienda si impegna ad attivare uno specifico tavolo di raccordo per verificare le compatibilità sanitarie, organizzative, amministrative e tecniche del progetto.

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

Art. 9 – FLUSSI INFORMATIVI

1. Per le prestazioni di ricovero ospedaliero erogate, la Società fornisce, con cadenza mensile, entro il giorno 5 lavorativo di ogni mese, alla competente struttura organizzativa di ESTAR, tramite la procedura WEB GAUSS, utilizzando le credenziali in possesso della Società medesima, il flusso informativo regionale SDO, relativo a tutte le prestazioni effettuate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda e di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, compresa la comunicazione dei dati relativi alle prestazioni erogate in regime solvente, secondo il tracciato e le specifiche previste dalla Regione Toscana e consultabili presso il sito

<https://www.regione.toscana.it/flussi-informativi>, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171, integrato con le ulteriori informazioni previste dalla procedura GAUSS.

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

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

4. Qualora in sede di invio del flusso informativo regionale SDO a Regione Toscana, la competente Struttura organizzativa di ESTAR rilevi errori di tipo 2 o 9, essa provvederà a

caricarli sulla procedura WEB GAUSS per permettere alla Società, tramite le apposite funzionalità presenti nella procedura stessa, di correggere il flusso. La Società è pertanto tenuta a verificare sistematicamente la procedura WEB GAUSS per correggere con tempestività gli errori segnalati.

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

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

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

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

Art. 10 – FATTURAZIONE

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

2. Ai fini della fatturazione da parte dell'Erogatore delle prestazioni erogate, l'Azienda trasmette l'ordine elettronico di fornitura tramite NSO (Nodo Smistamento Ordini), utilizzando il seguente canale *fatturaelettronica@pec.cdcpoggiodelsole.it*, indicato dall'Erogatore stesso.

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

4. L'Erogatore è tenuto ad emettere fattura elettronica contenente la tripletta di identificazione dell'ordine elettronico (identificativo del soggetto emittente, data ordine, numero d'ordine). Il numero d'ordine ha di norma durata annuale, fatti salvi eventuali periodi ridotti o eventuali revoche dell'ordine elettronico iniziale. L'Azienda non può provvedere alla liquidazione delle fatture non corredate dalla tripletta di identificazione dell'ordine. Per quanto riguarda le eventuali note di credito, esse devono riportare la medesima tripletta delle fatture a cui si riferiscono.

5. Le Parti danno atto della Deliberazione ANAC Autorità Nazionale Anticorruzione 27 luglio 2022, n. 371 "Nuovo aggiornamento della Determinazione n. 4 del 7 luglio 2011 recante Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136, già aggiornata con delibera n. 556 del 31 maggio 2017", ed in particolare del punto 3.5 "Servizi sanitari e sociali" che prevede l'applicazione della normativa sulla tracciabilità dei flussi finanziari anche ai contratti esclusi rispetto al codice dei contratti pubblici, con riferimento alle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, erogate dai soggetti privati in regime di accreditamento ai sensi della normativa nazionale e regionale in materia. La U.O.C. Strutture

sanitarie pubbliche, Private accreditate e Trasporti sanitari provvede alla richiesta del Codice

Identificativo Gara (CIG), tramite l'apposito portale ANAC, denominato Piattaforma

Contratti Pubblici (<https://www.anticorruzione.it/-/piattaforma-contratti-pubblici>).

6. Il CIG relativo al presente Accordo contrattuale è riportato in ciascun ordine elettronico -

NSO annuale, a cura dell'Azienda e in ogni fattura elettronica mensile a cura dell'Erogatore,

come previsto dalle richiamate Linee guida.

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

dell'area aretina: RDA7DQ, entro il quinto giorno lavorativo del mese successivo a quello in

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

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

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

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

le prestazioni sono state eseguite.

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

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

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

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

residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine:

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

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

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

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

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

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

Valtiberina: Q; Zona dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana Aretina: G; Zona delle Colline dell'Albegna: L; Zona del Valdarno: I; Zona Senese: D.

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

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

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

- residenti in stati membri dell'Unione Europea, i cui oneri sono registrati al conto economico dei residenti in aziende sanitarie di altre regioni. Al fine di ottenere la liquidazione delle competenze dovute, la Società è tenuta ad inviare la documentazione necessaria all'Azienda per la richiesta di rimborso allo Stato di origine, con riferimento alla copia fronte-retro della Tessera Sanitaria Europea. La mancata trasmissione della modulistica europea comporta la sospensione del pagamento della relativa prestazione.

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

importo scontato fatturato. La trasmissione del Tabulato riepilogativo avviene secondo le modalità indicate al successivo comma14.

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

13. La Società si impegna altresì ad inviare mensilmente all'Azienda copia delle prescrizioni mediche di richiesta del ricovero per approfondimenti dei controlli amministrativi. La trasmissione della Documentazione sanitaria inerente l'attività di ricovero avviene secondo le modalità indicate al successivo comma14.

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

15. La Società si impegna ad assicurare che gli importi fatturati mensilmente all'Azienda per le attività di ricovero nell'ambito dei sotto tetti di spesa previsti dal presente Accordo siano

coerenti con dati di attività inseriti nel flusso informativo regionale SDO tramite la procedura WEB GAUSS, incluso gli errori rilevati da ESTAR e sottoposti a correzione.

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

17. La documentazione sanitaria ed amministrativa prodotta conseguentemente all'erogazione delle prestazioni erogate in virtù del presente Accordo contrattuale è conservata in originale presso la sede della Società, nel rispetto della vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione degli atti pubblici. L'Erogatore assicura un'organizzazione sistematica e regolare della documentazione sanitaria.

Art. 11 – PAGAMENTI

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

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

corrente dedicato ed effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la tracciabilità delle operazioni.

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

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

Art. 12 – CONTROLLI AMMINISTRATIVI

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

2. L'Azienda provvede al controllo amministrativo di II livello, di cui alla Procedura Aziendale PA AFG-PAT-003 tramite copia delle prescrizioni mediche di richiesta dei ricoveri ospedalieri, trasmesse mensilmente dalla Società all'Azienda;

3. Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione alla Società. La Società provvede a sanare le anomalie segnalate dall'Azienda come sanabili entro il mese successivo alla segnalazione. Diversamente l'importo relativo alle anomalie non sanate verrà decurtato dalla liquidazione spettante alla Società. La Società è tenuta ad emettere nota di

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

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

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

Art. 13 – CONTROLLI SANITARI

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

2. L'attività di controllo sanitario è svolta dal Nucleo Operativo Controlli Sanitari (N.O.C.S.), istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 480 del 17 aprile 2019, secondo modalità, tempistiche e campionamenti definiti dal Piano Annuale dei Controlli, adottato annualmente dall'Azienda e trasmesso per la dovuta informativa alla Società. Il PAC descrive le verifiche, da effettuarsi nei confronti delle strutture sanitarie, differenziate in due tipologie:

i) controlli sanitari sulla documentazione clinica; ii) controlli per la verifica del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento (in carico al Dipartimento di Prevenzione come parte integrante della Sezione Integrativa del N.O.C.S.).

3. Il N.O.C.S, nell’ambito dei controlli sanitari sulla documentazione clinica, effettua verifiche sull’attività di ricovero (inerenti la congruenza tra cartella clinica e SDO, l’appropriatezza organizzativa ed eventuali altre tipologie di verifica previste dal PAC e/o dal Contratto di Convenzione) e controlli sull’attività specialistica ambulatoriale (sulla base del PAC e/o del Contratto di Convenzione). Al termine della verifica viene redatto un verbale che riporta gli esiti organizzativi ed economici dei controlli ed in base al quale la Struttura è tenuta: i) ad adeguarsi alle azioni di miglioramento organizzativo eventualmente suggerite dal Team N.O.C.S.; ii) ad emettere nota di credito per gli importi relativi alle prestazioni che abbiano comportato eccesso di fatturazione ed adeguare, di conseguenza, il flusso informativo regionale SDO o SPA entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo. La Società emette nota di credito entro 10 giorni dalla richiesta, trascorsi inutilmente i quali l’Azienda può trattenere gli importi dovuti sulle liquidazioni in giacenza. In caso di rilievi sulle codifiche di diagnosi e/o interventi/procedure, la Società provvede alla rettifica dei codici entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo.

4. Qualora la Sezione Integrativa del Nucleo Operativo Controlli Sanitari, nell’esercizio delle proprie funzioni, rilevi difformità relative ai requisiti di autorizzazione o accreditamento, redige apposito verbale ed adotta le azioni conseguenti sulla base di quanto previsto dal “REG – DGE – 003 Regolamento di Organizzazione e Funzionamento delle Attività di Controllo Sanitario sulle Strutture Pubbliche di Pertinenza e le Strutture Private Accreditate Convenzionate” e dal PAC. In tal caso, inoltre, i pagamenti delle prestazioni erogate sono sospesi a decorrere dalla data del sopralluogo, in attesa del pieno ripristino del possesso dei requisiti da parte della Società.

5. L’Azienda si riserva di rescindere l’Accordo contrattuale qualora dai sopralluoghi effettuati, da qualsiasi organo di vigilanza, ai sensi delle normative vigenti emergano

irregolarità relative ai requisiti richiesti dalle normative o qualora la Società non ottemperi ad eventuali prescrizioni ricevute.

6. La Società è altresì sottoposta ai controlli esterni per la verifica della congruità e qualità della documentazione sanitaria e dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni sanitarie erogate da parte del Team Regionale di Area Vasta, in attuazione della normativa regionale vigente in materia. L'attività oggetto di controllo è quella di ricovero a carico totale o parziale del Servizio Sanitario Nazionale. In caso di rilievi, la Società provvede alla rettifica dei codici di diagnosi e procedure/interventi e al rinvio del file corretto (attraverso la procedura Gauss), entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo. Per l'ultimo trimestre tutte le rettifiche devono essere consolidate entro il termine di chiusura del flusso SDO.

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

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

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

Art. 14 – PROGETTO SPECIALE: ATTIVITA' ENDOSCOPICA CONVENZIONATA E PERCORSO CHIRURGICO

1. La Società effettua attività di endoscopia (gastrosopia e colonscopia) in regime ambulatoriale nell'ambito del tetto di spesa previsto in favore di utenti residenti, per un importo annuo pari a € 124.794.

2. L'accertamento diagnostico è eseguito in regime di convenzione, con accesso tramite richiesta redatta dal medico di medicina generale o medico specialista su ricettario regionale o ricetta dematerializzata e prenotazione tramite CUP 2.0.

3. In caso di accertamento diagnostico con esito positivo, l'Erogatore trasmette, tramite posta elettronica, al GOM del Presidio Ospedaliero San Donato, la richiesta di presa in carico del paziente e di programmazione della discussione del caso nella prima seduta utile, accompagnando la richiesta con sistematica relazione clinica.
4. Il Referente del Presidio Ospedaliero San Donato invia al referente della Società comunicazione circa la data della riunione del GOM, alla quale presenziano il paziente ed il chirurgo di riferimento della Società.
5. Il GOM stabilisce i percorsi successivi, con redazione di documentazione scritta consegnata all'utente, inclusa l'indicazione all'eventuale intervento chirurgico: Digerente superiore (Stomaco), Digerente inferiore (Colon-retto).
6. In caso di opzione dell'utente in favore della Società, questa, per assicurare continuità assistenziale, esegue l'eventuale intervento chirurgico.
7. L'esito dell'intervento è comunicato a cura del personale della Società al GOM aziendale per la successiva fase di controllo e *follow up*.
8. Tutti i casi che si verificano sono sottoposti a controllo sanitario da parte di N.O.C.S. , che provvede alla valutazione circa il corretto percorso assistenziale. A tal fine la Società assicura l'inserimento nella cartella clinica del paziente della documentazione attestante l'effettuazione delle varie fasi del percorso.
9. Al fine di assicurare equità di trattamento tra Strutture private accreditate convenzionate per le medesime discipline chirurgiche, non rientrano nel percorso assistenziale delineato dal presente articolo gli interventi per patologie oncologiche accertate tramite endoscopia presso sedi pubbliche o presso la medesima sede della Società ma in regime privatistico. Per tale casistica l'intervento chirurgico non può essere eseguito presso la Società, con oneri a carico dell'Azienda.

10. La rendicontazione delle attività svolte in regime ambulatoriale e di ricovero ai fini della fatturazione delle competenze dovute avviene in sede di fatturazione mensile ordinaria.

Art. 15 – PROGETTO SPECIALE: GESTIONE COMPLICANZE PRESSO RIANIMAZIONE

1. La Struttura è organizzata secondo il modello “intensità di cure”, secondo i seguenti livelli assistenziali:

- Intensive care: area terapia intensiva;
- Sub-intensive care: spazio individuato all’interno della degenza ordinaria;
- High care: per pazienti affetti da comorbidità e complicanze post operatorie;
- Low care: per pazienti che necessitano a bassa necessità assistenziale.

2. La continuità assistenziale è garantita 24 ore su 24 ore e 7 giorni su 7. Il Medico Hospitalitis è presente nelle 24 ore.

3. E’ garantita 24 ore al giorno e 7 giorni su 7 la diagnostica per immagini (radiografie digitalizzate, ecografie, TAC, RMN), la diagnostica cardiologica e vascolare (ecocardiografie, ecocolordoppler, ergometria, holter).

4. E’ garantita 24 ore al giorno e 7 giorni su 7 la diagnostica di laboratorio, con riferimento a esami per emergenze cliniche, anatomia patologica, ed esami colturali. Sono presenti Point o care che permettono la refertazione dell’esame con minimo tempo di attesa.

5. L’organizzazione brevemente riassunta e consultabile per esteso dalla domanda di adesione all’Avviso pubblico consente di far fronte alle principali complicanze post operatorie fino ad eventuale trattamento nell’area rianimazione.

6. L’organizzazione in argomento è messa a disposizione dei degenti dal momento del loro ingresso fino alla dimissione dalla Struttura.

Art. 16 – PROGETTO SPECIALE: GESTIONE COMPLICANZE PRESSO RIANIMAZIONE

1. L'Erogatore si impegna a non concludere con personale dipendente, convenzionato o comunque legato da rapporto lavorativo con il Servizio Sanitario Nazionale, rapporti di lavoro dipendente o di qualunque altra natura, prendendo atto dei seguenti principi in materia di incompatibilità del personale:

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

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

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

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

pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

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

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

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

Art. 17 – CARTA DEI SERVIZI

1 La Società adotta ed attua una propria Carta dei servizi, sulla base dei principi indicati dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e dello schema generale di riferimento della "Carta dei Servizi Pubblici Sanitari", emanato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995 (G.U. del 31 maggio 95, supplemento n.65).

2. Le Parti danno atto che la Carta dei servizi è il documento con il quale ogni Ente erogatore di servizi assume una serie di impegni nei confronti dell'utenza riguardo i propri servizi, le

modalità di erogazione, gli standard di qualità e informa l'utente sulle modalità di tutela previste.

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

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

5. La Società si impegna a dare adeguata pubblicità agli utenti della Carta dei Servizi.

Art. 18 – OBBLIGHI INFORMATIVI VERSO L'UTENZA

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

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

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

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

Art. 19 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

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

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

3. Le Parti, al fine di disciplinare i reciproci rapporti in materia di trattamento dati, stipulano apposito "Accordo Data Protection", allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (**Allegato 1**)

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

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

Art. 20 – RESPONSABILITA'

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

ed azione che eventuali terzi dovessero avanzare in seguito agli eventi dannosi intervenuti. A tal fine l'Erogatore si impegna a trasmettere all'Azienda, copia di polizza RCT/RCO (responsabilità civile verso terzi e prestatori d'opera), o di altra forma idonea di garanzia, parametrata al volume di attività complessivamente svolta dalla Struttura, e a mantenerla per tutta la durata del presente Accordo contrattuale. La copertura assicurativa, con massimali e franchigia, oppure la misura di garanzia analoga, è pubblicata sul sito internet della Struttura.

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

3. Per il personale dipendente, l'Erogatore assicura il rispetto di quanto previsto del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro vigente per la Sanità privata e da norme statali e regionali applicabili.

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

Art. 21 – RECESSO

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

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

3. Il recesso ha effetto per l'avvenire e non incide sulla parte di contratto già eseguita. Le

parti concordano fin d'ora, comunque, di portare a conclusione le attività avviate, con riferimento a pazienti eventualmente presi in carico, ovvero già ricoverati o inseriti in liste di attesa per ricovero o prestazione specialistica ambulatoriale.

Art. 22 – PENALITA' E RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO

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

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

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

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

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

6. Le Parti danno atto che sono pendenti ricorsi avverso la Deliberazione del Direttore Generale 8 Novembre 2023, n. 1154 e la Deliberazione del Direttore Generale 29 gennaio 2024, n. 92. La sentenza che dovesse accogliere il ricorso obbligherà l'Azienda, ove non richiesta la sospensione cautelare della sentenza di primo grado ovvero, ove richiesta, non

fosse accolta, ad adottare la doverosa attività conformativa, fatta salva ogni facoltà di coltivare l'impugnazione in appello e con salvezza dei diritti conseguenti.

Art. 23 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

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

- l'accertata falsità di dichiarazioni rese dall'Erogatore ai fini della stipulazione e della esecuzione del presente accordo contrattuale;
- la decadenza, sospensione e/o revoca dei provvedimenti di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e accreditamento istituzionale in corso di rapporto contrattuale;
- la reiterata inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni, ivi compresi i livelli qualitativi e quantitativi del servizio;
- la reiterata e accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale, di protezione infortunistica e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.lgs. n.81/2008 e ss.mm.ii.;
- l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione ed erogazione delle attività convenzionate, in violazione della legislazione;
- la violazione dell'obbligo di dotarsi e di utilizzare idonei locali, procedure di erogazione delle prestazioni, macchinari, strumentazioni, materiali di consumo, farmaci, oggetti e apparecchiature, in conformità alle specifiche normative di settore, nonché alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale;
- la reiterata inosservanza degli obblighi informativi in favore dell'utenza;
- l'accertata violazione da parte dell'Erogatore delle norme vigenti in materia di protezione dei dati personali;
- la mancata stipula, la mancata messa a disposizione dell'Azienda e il venir meno della polizza assicurativa o altra forma idonea di garanzia nel corso del rapporto contrattuale;

- l'accertato mancato utilizzo del conto corrente bancario o postale dedicato ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- l'esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la pubblica amministrazione;
- il grave e reiterato impedimento ai controlli amministrativi e sanitari previsti dal presente Accordo contrattuale;
- il reiterato mancato invio della documentazione a corredo della fatturazione.

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

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

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

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

Art. 24 – CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

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

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

Art. 25 – 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. 26 – PROTOCOLLO DI LEGALITA’

1. Le Parti sottoscrivono apposito Protocollo di legalità / Patto di integrità, allegato al presente atto, quale parte integrante e sostanziale (**Allegato 2**), in attuazione dell'Art.1, comma 17, della Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", in base al quale, nello sviluppo della presente collaborazione, esse si uniformano ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza.

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

Art. 27 – DECORRENZA E DURATA

1. Il presente Accordo contrattuale ha validità dalla data di individuazione dei contraenti, avvenuta il 29 gennaio 2024, al 31 dicembre 2024, con possibilità di rinnovo per una ulteriore annualità, agli stessi patti e condizioni, previa valutazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti e tenuto conto degli atti di programmazione regionale e aziendale, con esclusione di ogni tacito rinnovo. Si precisa che il tetto di spesa di cui all'art. 6 ha valenza annuale e che le prestazioni erogate dal 1 gennaio 2024 alla data di individuazione dei contraenti saranno liquidate nei limiti del tetto di spesa in oggetto.

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

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

4. I contenuti organizzativi ed economici del presente atto possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle Parti. Le eventuali modifiche all'Accordo contrattuale possono essere disposte mediante accordi integrativi, da approvare con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda oppure tramite scambio di missive tramite posta elettronica certificata.

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

Art. 28 – 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 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. 29 – 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. 30 articoli, n. 50 pagine e n. 2 allegati, ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

Art. 30 - 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.

L'AMMINISTRATORE UNICO

IL DIRETTORE U.O.C. SSP, PA e TS

Società Centro Chirurgico Toscano Srl

Azienda UsI Toscana Sud Est

██████████

████████████████████

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

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

L'AMMINISTRATORE UNICO

IL DIRETTORE U.O.C. SSP, PA e TS

Società Centro Chirurgico Toscano Srl

Azienda UsI Toscana Sud Est

██████████

████████████████████

(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

Accordo Data Protection fra Titolari Autonomi

(Data Protection Agreement)

TRA

L'Azienda Usl Toscana sud est, con sede ad Arezzo, via Curtatone, 54, (P.I./ C.F: 02236310518) in qualità di Titolare del trattamento ai sensi del Regolamento UE 2016/679 nella persona di [REDACTED] domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza Carlo Rosselli, n. 26, la quale interviene non in proprio ma esclusivamente in nome e per conto e nell'interesse dell'Azienda nella sua qualità di Direttore U.O.C. Strutture pubbliche, Private accreditate e Trasporti sanitari, a ciò delegata con Deliberazione del Direttore Generale n. 794 del 20 luglio 2020, esecutiva ai sensi di legge, che la autorizza ad impegnare legalmente e formalmente l'Azienda per il presente atto,

e

La Società Centro Chirurgico Toscano Srl, con sede legale in Arezzo, Via dei Lecci n. 22 (C.F. e P.I.: 01952970513), di seguito denominata "*Società*" o "*Erogatore*", nella persona dell'Amministratore Unico e Legale Rappresentante, [REDACTED] [REDACTED] domiciliato per la carica presso la suddetta, di seguito congiuntamente indicati come "Parti", si conviene quanto segue

Art. 1

Autonoma Titolarità del trattamento

Le Parti tratteranno in via autonoma i dati personali oggetto dello scambio per trasmissione o condivisione per le finalità connesse all'esecuzione del contratto "ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL Acquisto prestazioni sanitarie accreditate di RICOVERO OSPEDALIERO".

Le parti, in relazione agli impieghi dei predetti dati nell'ambito della propria organizzazione, assumeranno, pertanto, la qualifica di Titolare autonomo del trattamento ai sensi dell'articolo 4, par. 7) del GDPR, sia fra di loro che nei confronti dei soggetti cui i dati personali trattati sono riferiti.

Art. 2

Scambio di dati: finalità e base giuridica

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

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

Art. 3

Scambio di dati: ruoli, ambito e modalità

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

Ambito e modalità dello scambio:

1. Soggetto produttore del dato: (Società Centro Chirurgico Toscano Srl), soggetto utilizzatore: (Azienda Usl Toscana Sud Est):

- frequenza dello scambio di dati: mensile, in coincidenza con l'emissione della fattura elettronica;

- tipologie di dati: dati sanitari, attestanti le prestazioni erogate dalla Società in regime di convenzione;

- tipologie di interessati: utenti che si sono rivolti alla Società per fruire della prestazione sanitaria;

- formato dei dati: file;

- modalità dello scambio: trasmessi tramite il portale AlfrescoShare dell'Azienda, dove è possibile accedere ad una cartella riservata in favore della Società per caricare la documentazione. L'Erogatore assicura l'inserimento dei file zippati, protetti da password.

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. L'Erogatore è tenuto inoltre a comunicare i riferimenti della persona da autorizzare per accedere al portale;

Soggetto produttore del dato: (Azienda Usl Toscana Sud Est), soggetto utilizzatore: (Società Centro Chirurgico Toscano Srl):

- frequenza dello scambio di dati: trimestrale;

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

- tipologie di interessati: Società Centro Chirurgico Toscano Spa;

- formato dei dati: file;

- modalità dello scambio: tramite posta elettronica ordinaria:

*Nota: nel caso lo scambio sia bilaterale, altrimenti solo punto 1.

Art.4

Rispetto della normativa

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

aprile 2016 Regolamento generale sulla Protezione dei Dati(di seguito “RGPD”)).

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

Art. 5

Misure di sicurezza

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

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

In particolare, l’utilizzatore si impegna ad applicare misure di sicurezza idonee e adeguate a proteggere i dati personali da esso trattati sulla base del presente accordo e a rispettare i principi e le norme in materia di accesso, gestione e sicurezza dei dati, per prevenire i rischi di

distruzione, perdita, anche accidentale, di accesso o modifica non autorizzata dei dati o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

Art. 6

Obblighi del personale autorizzato

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

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

Art.7

Responsabilità

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

trattati sono riferiti - a seguito dell'eventuale illiceità o non correttezza delle operazioni di trattamento imputabili all'utilizzatore.

Art. 8

Compliance e cooperazione

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

Art. 10

Durata

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

Art. 11

Rescissione

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

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

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

████████████████████

CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL

IL legale rappresentante

[REDACTED]

**Protocollo di legalità/Patto di integrità tra AUSL TSE e Soggetti privati
accreditati e convenzionati (Art. 1, comma 17, Legge 190/2012)**

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

ACCORDO CONTRATTUALE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E CENTRO

CHIRURGICO TOSCANO SRL Acquisto prestazioni sanitarie accreditate di RICOVERO

OSPEDALIERO

tra

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST, con sede legale in Arezzo, via Curtatone, 54

(C.F./P.Iva. 02236310518), di seguito denominata "*Ausl Tse*", 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 **Società Centro Chirurgico Toscano Srl**, con sede legale in Arezzo, Via dei Lecci n. 22

(C.F. e P.I.: 01952970513), di seguito denominata "*Società*" o "*Erogatore*", nella persona

dell'Amministratore Unico e Legale Rappresentante, [REDACTED]

[REDACTED] domiciliato per la carica presso la suddetta;

Premesso che:

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

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

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

conoscenza.

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

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

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

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

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

Art. 4 – Sanzioni

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

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

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

sanzioni

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

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

Per Azienda Usl Toscana Sud Est

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

████████████████████

Per Centro chirurgico Toscano Srl

L'Amministratore unico e Legale Rappresentante

████████████████