

Deliberazione del Direttore Generale n. 239 del 5 marzo 2024

ACCORDO NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

E ALLIANCE MEDICAL DIAGNOSTIC SRL

ISTITUTO ANDREA CESALPINO

Acquisto prestazioni sanitarie accreditate di SPECIALISTICA AMBULATORIALE

(INDAGINI DIAGNOSTICHE E VISITE)

TRA

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

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

[REDACTED] domiciliata per la carica presso la sede operativa di Siena, Piazza

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

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

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

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

legalmente e formalmente l'Azienda per il presente atto;

E

La **Società Alliance Medical Diagnostic Srl**, a socio unico, soggetta a direzione e

coordinamento di Alliance Medical Italia Srl, Codice Fiscale e Partita Iva: 02846000616, con

sede legale in Lissone (MB), Via G. Mameli, 42/A, di seguito altresì denominata "*Società*",

rappresentata [REDACTED]

[REDACTED], domiciliata per la carica presso la suddetta

società;

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

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

l’art. 8 quater comma 2, in virtù del quale la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale a corrispondere la

remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies.

l'art. 8 quinquies comma 1-bis, in virtù del quale i soggetti privati sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta; a tali fini si tiene conto altresì dell'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, secondo le modalità definite ai sensi del comma 7 del medesimo articolo 12, nonché degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, le cui modalità sono definite con il decreto di cui all'articolo 8-quater, comma 7;

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

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

l'art. 29, comma 1, in virtù del quale le prestazioni erogate all'assistito nell'ambito dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, sono finanziariamente a carico dell'azienda unità

sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione pubblica o privata, diversa dall'azienda

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

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

regione;

l'art. 29, comma 3, in virtù del quale gli scambi finanziari possono avvenire in forma diretta,

sulla base di apposite convenzione o rapporti, ovvero su base regionale, attraverso procedure

di compensazioni regionali;

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

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

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

massime definite dalla Regione;

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

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

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

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

tariffario (...)

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

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

accreditamento” e successive modifiche ed integrazioni;

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

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

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

il **Decreto Ministero della Salute 19 dicembre 2022** “Valutazione in termini di qualità,

sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi

contrattuali con le strutture sanitarie”;

la **Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150**, “DGRT n. 967 del 7 agosto 2023 “Recepimento disposizioni DM Ministero della Salute del 19 dicembre 2022 - Gazzetta Ufficiale n. 305 del 31/12/2022 - prime linee di indirizzo applicative alle strutture sanitarie, pubbliche e private”: revoca e nuovo recepimento”;

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 **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 e chirurgia ambulatoriale. Dette tipologie 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;
- 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 smi, 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 di Giunta regionale 6 novembre 2023, n. 1297** “Nomenclatore regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del servizio Sanitario Regionale e relative tariffe.”;

la **Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est 8 Novembre 2023, n. 1153** “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 specialistica ambulatoriale (diagnostica per immagini e visite), nei limiti di spesa definiti dalla DGRT 1339/2022- Adozione”;

la **Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est 29 gennaio 2024, n. 77** “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 specialistica ambulatoriale (diagnostica per immagini e visite) – 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. 117 del 22 dicembre 2017, rilasciato dal Comune di Cortona, in

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, affida alla Società, individuata tramite apposita selezione a seguito di Avviso pubblico, l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale, in nome e per conto del Servizio Sanitario Regionale, in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda.

2. Il presente Accordo è unico ed ha validità in ambito regionale e nazionale, in riferimento, rispettivamente alle prestazioni erogate per cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e per cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie di altre regioni, con fatturazione diretta 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, regionali ed 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

nella Deliberazione Giunta regionale n. 15 maggio 2017, n. 504, recante “DPCM 12 gennaio

2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1,

comma 7, del decreto legislativo 502/1992”.

2. La Società assicura che le prestazioni oggetto del presente Accordo contrattuale sono

eseguite presso la propria struttura, richiamata negli atti di autorizzazione ed accreditamento,

e di seguito indicata: Cortona – Terontola, Strada regionale 71, n. 67;

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 di Giunta regionale 6 novembre 2023, n. 1297, 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 di specialistica ambulatoriale di seguito elencate, ciascuna con il relativo codice di raggruppamento:

02 - Rx Scheletro E Diretta D'Organo

04 - Rmn Senza Contrasto

05 - Rmn Con Contrasto

06 - Angio-Rmn

07 - Tc Senza Contrasto

08 - Tc Con Contrasto

09 - Ecografia Internistica

10 - Ecografia Ostetrico-Ginecologica

12 - Eco(Color)Doppler Vascolare

13 - Densitometrie

15 - Cardiologia Strumentale

16 - Cardiologia Diagnostica Immagini

32 - Visite

2. 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, utenti residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie toscane, utenti provenienti da altre regioni. Per gli utenti residenti l'articolazione delle prestazioni risulta dal prospetto allegato al presente atto, quale parte integrante e sostanziale (**Allegato 1**).

3. La Società dichiara che, per capacità produttiva, è in grado di garantire il soddisfacimento del fabbisogno richiesto dall'Azienda.

4. 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.

5. 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 criticità nella gestione delle liste di attesa per le prestazioni oggetto di presente Accordo contrattuale.

6. 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.

7. L'Erogatore assicura coerenza tra le prestazioni erogate ed inserite nei flussi informativi regionali SPA 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);

- L'Erogatore concorre con l'Azienda al rispetto dei tempi di attesa previsti dal PNGLA - Piano Nazionale Gestione Liste di Atte, tramite inserimento della propria offerta nel sistema di prenotazione CUP 2.0;
- Dotazione di applicativi in grado di integrarsi con i sistemi regionali in essere, assicurando regolarità, completa e tempestività nell'alimentazione dei flussi informativi regionali (CUP 2.0);
- Dotazione di un sistema atto ad assicurare la corrispondenza tra prestazioni sanitarie erogate e prestazioni sanitarie fatturate all'Azienda;
- 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;
- 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 DI SPESA

1. La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di specialistica ambulatoriale entro un tetto massimo di spesa unico ed onnicomprensivo annuo pari a € **7.631.683**, ricompreso nello stanziamento di cui alla Deliberazione Giunta regionale 28 novembre 2022, n. 1339 ed affidato alla Società a seguito di emissione di Avviso pubblico e valutazione resa da apposita Commissione di Valutazione. Il tetto di spesa così individuato consente il rispetto, a livello regionale e non di singola azienda sanitaria, dei vincoli di spesa stabiliti dalla normativa nazionale vigente, richiamati nelle premesse.

2. Per i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, la Società orienta il tetto di spesa unico ed onnicomprensivo, per una quota pari a € **6.223.479** 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. Il tetto di spesa di cui al presente comma è ripartito tra CUP 2.0 della Provincia di Arezzo, per una quota di € 4.524.738, e CUP 2.0 della Provincia di Siena, per una quota di € 1.698.741.

3. La Società orienta il tetto di spesa unico ed onnicomprensivo annuo, per una quota pari a € **8.705**, per far fronte ad eventuali richieste provenienti da cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana, con particolare riferimento alle aree territoriali di confine.

4. La Società orienta il tetto di spesa unico ed onnicomprensivo, per una quota pari a € **1.399.499**, all'erogazione di prestazioni sanitarie in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale di aziende sanitarie fuori regione.

5. Le Parti danno atto che la valorizzazione delle prestazioni, e quindi la definizione dei tetti

di spesa, è da intendersi al lordo della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino.

6. Il tetto di spesa di cui al presente articolo 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 il tetto unico ed omnicomprensivo.

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. Le Parti concordano di prevedere, in corso d'anno o in prossimità del termine dell'esercizio finanziario, la possibilità di compensare le quote dei sotto-tetti di spesa individuati dal presente articolo solo per utenti non residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda (residenti regionali ed extra-regionali), tenuto conto dei fabbisogni rilevati direttamente dall'Erogatore, nei limiti del tetto di spesa massimo, unico ed omnicomprensivo, stabilito dal presente Accordo. La compensazione è disposta previo scambio di note di posta elettronica tra le Parti,

che indichi l'esatto ammontare delle risorse da trasferire ed i sotto-tetti interessati, di provenienza e di destinazione. Le operazioni di compensazione tramite mero scambio di note di posta elettronica, di cui al presente comma, sono possibili poiché non determinano costi aggiuntivi a carico del bilancio aziendale, variando esclusivamente i flussi di compensazione regionale ed interregionale.

10. 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.

11. 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.

12. 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 di cui al Nomenclatore tariffario regionale previsto per l'attività specialistica ambulatoriale, contenuto nella citata Deliberazione di Giunta regionale 6 novembre 2023, n. 1297, con decorrenza 1 aprile 2024. Per le prestazioni erogate nel periodo 1 gennaio 2024-31 marzo 2024, si applica il sistema tariffario di cui alla Deliberazione Giunta Regionale del 4 agosto 2011, n. 723.

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.

3. Alle tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale in argomento si applica la normativa vigente in materia di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente, in attuazione della Deliberazione Giunta regionale 24 maggio 2004, n. 493, recante "Livelli essenziali di assistenza - Indirizzi alle Aziende Sanitarie sulla modalità di partecipazione alla spesa" e successive modifiche ed integrazioni.

4. Le prestazioni erogate dalla Società in virtù del presente Accordo, ricadono nel regime di esenzione IVA ai sensi dell'Art. 10 del DPR 26 ottobre 1972, n. 633.

Art. 8 – MODALITA' DI ACCESSO

1. Le prestazioni di specialistica ambulatoriale offerte dalla Società sono richieste, in conformità alla normativa vigente, tramite ricettario regionale oppure su ricetta elettronica dematerializzata, redatta dal medico di fiducia, medico di medicina generale e pediatra di libera scelta, o dal medico specialista operante per il Servizio Sanitario Nazionale.

2. Le Parti danno atto che tutta l'offerta di prestazioni sanitarie erogate in regime ambulatoriale dalla Società è inserita nella procedura informatica di prenotazione aziendale, denominata CUP 2.0.

3. L'Articolazione provinciale di Arezzo del CUP 2.0 assicura la gestione delle agende di prenotazione, previa intesa con l'Erogatore circa la programmazione annuale delle attività da esso erogate, tenuto conto delle relative disponibilità orarie e dei tetti di spesa previsti dal presente Accordo. La programmazione annuale delle attività tiene conto dei periodi di chiusura della Struttura per ferie nel periodo estivo o in altri periodi, che l'Erogatore comunica al CUP 2.0 di Arezzo all'inizio di ciascun anno. Qualsiasi variazione del palinsesto annuale che si rendesse necessaria, è concordata tra Società e CUP 2.0 di Arezzo. Non sono consentite variazioni unilaterali delle agende da parte della Società.

4. La prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalla Società in favore di utenti residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, avviene mediante procedura informatizzata CUP 2.0, a partire dai punti di prenotazione previsti a livello aziendale: Cup fisici, Cup telefonico, Farmacie. L'Erogatore non costituisce di norma punto di prenotazione, ma può modificare all'occorrenza le date degli appuntamenti per prestazioni già prenotate, tramite la procedura informatizzata CUP 2.0 MODULO LIGHT, a cui la Società è collegata da punto di vista informatico. Solamente per gli utenti residenti, la prenotazione è possibile anche presso la stessa sede dell'Istituto, qualora essi si presentino personalmente per effettuare la prenotazione. L'Erogatore in tal caso accede alla procedura CUP 2.0, su agende prenotabili da area pubblica per tutti i cittadini residenti.

5. La prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in favore di utenti residenti in altre aziende sanitarie toscane o residenti in aziende sanitarie di altre regioni è gestita dalla Società tramite agende dedicate nell'ambito della procedura informatizzata denominata CUP 2.0 MODULO LIGHT, a cui la Società è collegata dal punto di vista informatico.

6. La Società è tenuta ad effettuare l'accettazione dei pazienti, ovunque residenti, per tutte le tipologie di prestazioni erogate, nonché la registrazione amministrativa della prestazione, con riferimento in particolare alla conferma dell'avvenuta erogazione, contestualmente all'esecuzione della prestazione e comunque non oltre il giorno 5 del mese successivo alla data di erogazione. Le attività in oggetto sono disposte su gestionale aziendale locale della provincia di Arezzo, denominato CUP WEB (collegato a CUP 2.0), a cui la Società è collegata dal punto di vista informatico. La mancata conferma dell'avvenuta erogazione su gestionale aziendale CUP WEB comporta la perdita del tracciamento della presentazione, che risulterà non erogata e quindi non inserita nel flusso informativo regionale SPA. L'Azienda dà atto che nel corso del 2024 la procedura informatizzata di accettazione e registrazione

della prestazione erogata sarà sostituita con un nuovo applicativo, fornito dalla Società Onit S.p.A. La Società assicura disponibilità al collegamento informatico con il nuovo software aziendale, per assicurare la corretta rilevazione delle prestazioni sanitarie erogate e l'alimentazione del flusso informativo regionale SPA.

7. In sede di esecuzione dell'esame, il medico della Struttura Erogante può sostituire la prestazione prenotata con altra prestazione della stessa branca specialistica necessaria a fini diagnostici, come previsto dal Decreto Ministero della Salute 8 luglio 2011. Non è consentito eseguire prestazioni ulteriori rispetto a quelle prescritte, anche se ritenute necessarie per rispondere al quesito diagnostico, né correggere un eventuale errore prescrittivo. In tali casi l'Erogatore si rivolge all'Help Desk aziendale di Arezzo per segnalare la problematica

7. La Società costituisce Sportello di Riscossione della quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in nome e per conto dell'Azienda, per tutti gli utenti, ovunque residenti. La riscossione è disposta dalle Società tramite la procedura informatizzata CUP 2.0 MODULO LIGHT, e successivamente ONIT, con emissione della ricevuta in favore dell'utente, in nome e per conto dell'Azienda. L'Erogatore è comunque tenuto ad accettare le evidenze dei pagamenti ticket effettuati dall'utente presso i Totem riscuotitori PuntoSI', situati presso le strutture sanitarie, i front office dei CUP aziendali, il circuito pagoPA, la piattaforma regionale IRIS Rete, alla pagina <https://iris.rete.toscana.it/public/>, l'AppToscana Salute, gli sportelli della Banca Monte dei Paschi di Siena, gli sportelli automatici (ATM MPS).

9. Al fine di facilitare le operazioni di riscossione in nome e per conto dell'Azienda, la U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie dell'Azienda ha fornito alla Società il lettore di carta POS, in modo tale da attribuire direttamente gli incassi ticket all'Azienda. Le Parti danno atto che non è consentita la modalità di pagamento a mezzo contante.

10. L'Erogatore è tenuto a comunicare alla U.O.C. Gestioni Economiche e Finanziarie dell'Azienda il riepilogo degli incassi mensili effettuati tramite POS.

11. La Società può operare anche in collegamento con l' Articolazione provinciale di Siena del CUP 2.0. In tal caso la gestione delle agende di prenotazione avviene in collaborazione con l'Ufficio competente e la registrazione dell'avvenuta erogazione della prestazioni avviene tramite il software della provincia di Siena (GST), attualmente in uso, in attesa che in tutta l'Azienda venga reso operativo il programma fornito da ONIT S.p.A..

Art. 9 – FLUSSI INFORMATIVI

1. Le prestazioni sanitarie erogate dalla Società sono registrate nel flusso informativo regionale SPA, che comprende tutte prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, erogate a utenti non ricoverati, negli ambulatori specialistici ospedalieri e territoriali, sia pubblici che privati accreditati.

2. Stante l'inserimento dell'offerta della Società nel sistema CUP 2.0, e la conseguente registrazione amministrativa delle prestazioni erogate tramite il gestionale aziendale locale CUP WEB (collegato a CUP 2.0), e successivamente tramite sistema ONIT, la generazione del flusso informativo regionale SPA è assicurata dall'Azienda, per conto della Società, secondo il tracciato e le specifiche previste dalla Regione Toscana, consultabili presso il sito <https://www.regione.toscana.it/flussi-informativi>, istituito con Deliberazione Giunta regionale 22 ottobre 2018, n. 1171.

3. La competente Struttura organizzativa di ESTAR provvede ad estrarre dalla procedura CUP WEB aziendale, e successivamente dal sistema ONIT, i dati dell'attività di specialistica ambulatoriale (flusso informativo regionale SPA), resa dalla Società entro il giorno 5 di ogni mese, successivo alla chiusura del mese di riferimento, per il conseguente invio alla Regione Toscana.

5. La Regione Toscana, sulla base delle informazioni trasmesse da ESTAR, relative al flusso informativo SPA, effettua il calcolo della mobilità sanitaria attiva (compensazioni), per le prestazioni rese dalla Società ad utenti residenti in altre Aziende sanitarie regionali ed extra-regionali.

6. 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.

1. A fronte delle prestazioni sanitarie erogate, e fino a concorrenza del tetto di spesa massimo
previsto 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 *nso.fatto24@pec.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 per le prestazioni sanitarie erogate dalla Società sono emesse al lordo della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in quanto il relativo tetto di spesa è "negoziato al lordo".	
	11. Le fatture mensili sono articolate e redatte sulla base dell'azienda sanitaria di residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine:	
	- residenti nell'Azienda, suddivisi per zone. In ogni fattura elettronica, o in una tabella riassuntiva allegata elettronicamente alla stessa, deve essere chiaramente indicato 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,	
	24	

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

Casentino, Valtiberina: Q; Zona dell'Alta Val d'Elsa: A; Zona della Val di Chiana

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

- residenti in altre aziende della Regione Toscana;

- residenti in aziende sanitarie di altre regioni.

12. La Società si impegna ad inviare contestualmente all'invio della fattura la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi. In particolare dovranno essere trasmessi i Tabulati riepilogativi delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, con l'indicazione dei seguenti elementi: cognome nome dell'utente; comune di residenza anagrafica dell'utente; codice Azienda USL di residenza dell'utente; codice fiscale dell'utente; codice ricetta; data di esecuzione delle prestazioni; codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo prestazione da nomenclatore tariffario regionale, percentuale di sconto applicata, importo scontato fatturato. La trasmissione del Tabulato riepilogativo avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 14.

13. La Società si impegna ad inviare all'Azienda copia delle prescrizioni mediche per approfondimenti dei controlli amministrativi, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta. Qualora l'accesso alla prestazione specialistica sia avvenuto tramite ricetta dematerializzata, la copia della ricetta è sostituita dal promemoria cartaceo, ove presente, o dalla stampa della prenotazione, facendo firmare quest'ultima all'utente. La trasmissione della Documentazione sanitaria inerente le prestazioni specialistiche ambulatoriali avviene secondo le modalità indicate al successivo comma 14.

14. Il Tabulato riepilogativo e la Documentazione sanitaria relativi alle prestazioni erogate sono trasmessi con cadenza mensile, in coincidenza con l'emissione della relativa fattura elettronica tramite il portale AlfrescoShare dell'Azienda, dove sarà possibile accedere ad una

cartella riservata in favore dell'Erogatore per caricare la documentazione. L'Erogatore assicura l'inserimento dei file zippati, protetti da password avente le seguenti caratteristiche: lunghezza di almeno 8 caratteri con almeno 1 maiuscola, 1 minuscola, 1 numero, 1 carattere speciale. Il file è nominato con la seguente struttura: mese_anno_nome istituto_note (es. 01_2021_IstitutoXXX_ricoveri), dove il mese è quello corrispondente alla competenza della fatturazione. L'Erogatore è tenuto inoltre a comunicare i riferimenti della persona da autorizzare per accedere al portale, con riferimento a: nome e cognome; codice fiscale; email (per invio segnalazioni, recupero password, ecc.).

15. Al fine di facilitare un tempestivo controllo del consumo del tetto contrattuale, la Struttura invia, con cadenza mensile, a seguito dell'emissione della fattura di competenza, un consuntivo della spesa articolata per cup di area provinciale, utilizzando apposito Modulo messo a disposizione dall'Azienda. L'invio è disposto tramite posta elettronica ordinaria.

16. 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, la tramite copia delle prescrizioni mediche di richiesta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con il timbro dell'avvenuta prestazione e firma dell'utente su ciascuna ricetta o, in caso di ricetta dematerializzata, su promemoria cartaceo, ove presente, o sulla stampa della prenotazione.

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, nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e in altre regioni.

5. L'Azienda provvede alla verifica trimestrale della coerenza tra i dati desunti dalla fatturazione ed i dati desunti dai flussi informativi regionali SPA, in attuazione della Procedura Aziendale PA AFG-PAT-003. Il confronto trimestrale tra i dati desunti dalle due procedure è inviato all'Erogatore, all'articolazione provinciale competente del CUP 2.0, agli Uffici aziendali di governo dell'offerta ambulatoriale e ad ESTAR, 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 dell'Azienda 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 specialistica ambulatoriale, erogata in virtù del presente Accordo. 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 SPA entro e non oltre il quinto giorno del mese successivo al controllo, tramite la competente Struttura di ESTAR.

4. 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.

5. 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.

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

7. 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.

ART 14 – PERSONALE DELL’EROGATORE E INCOMPATIBILITA’ DEL PERSONALE DEL SSN

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

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

b) principio dell'esclusione dell'esercizio dell'attività libero professionale dei medici

dipendenti del S.S.N. in strutture private convenzionate con il medesimo S.S.N., come

ribadito anche dall'art 1, comma 5, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

c) obbligo previsto dall'art 1, comma 19 della legge n. 662/1996, per le istituzioni sanitarie

private, ai fini dell'accreditamento di cui all'articolo 8, comma 7, del decreto legislativo 30

dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, di documentare la capacità di garantire

l'erogazione delle proprie prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla

normativa vigente in materia di rapporto di lavoro del personale del S.S.N. e con piante

organiche a regime;

d) vincolo, imposto dall'art 53, comma 16ter del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 così come

modificato dalla legge 6 novembre 2012, n.90, per tutti i dipendenti, che, negli ultimi 3 anni

di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della pubblica

amministrazione, di non poter svolgere, nei 3 anni successivi alla cessazione del rapporto di

pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari

dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

2. L'Erogatore prende atto degli effetti che le situazioni di incompatibilità comportano ex art

1, comma 19, L. n. 662/1996: l'esistenza di situazioni d'incompatibilità preclude

l'accreditamento e comporta la nullità dei rapporti eventualmente instaurati con le unità

sanitarie locali. L'accertata insussistenza della capacità di garantire le proprie prestazioni

comporta la revoca dell'accreditamento e la risoluzione dei rapporti costituiti.

3. L'Erogatore si impegna a documentare lo stato del proprio organico a regime, con il quale

ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle incompatibilità

previste dalla normativa vigente, mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva

scritta, resa da soggetti comunque operanti nella propria struttura, dalla quale risulti la

situazione lavorativa degli stessi e a darne comunicazione all'Azienda alla data di stipula del presente accordo contrattuale e successivamente entro il 31 gennaio di ogni anno.

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

Art. 15 – TRATTAMENTO DEI 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 2**)

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. 16 – 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. 17 – OBBLIGHI INFORMATIVI VERSO L’UTENZA

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

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. 18 – RESPONSABILITA'

1. Nell'effettuazione del servizio, l'Erogatore risponde di eventuali responsabilità presenti e future in conseguenza al verificarsi di danni a terzi, persone, animali o cose, a seguito di un qualsiasi evento verificatosi nel corso e per causa di interventi oggetto del presente Accordo. Per tali eventi l'Erogatore manleva l'Azienda in ordine a qualsivoglia pretesa, diritto, ragione ed azione che eventuali terzi dovessero avanzare in seguito agli eventi dannosi intervenuti. A tal fine l'Erogatore si impegna a trasmettere all'Azienda, copia di polizza RCT/RCO (responsabilità civile verso terzi e prestatori d'opera), o di altra forma idonea di garanzia, 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. 19 – RECESSO

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

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

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

Art. 20 – 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. L'Azienda dà atto che sono pendenti ricorsi avverso la Deliberazione del Direttore Generale 8 Novembre 2023, n. 1153 e la Deliberazione del Direttore Generale 29 gennaio 2024, n. 77. La sentenza che dovesse accogliere il ricorso obbligherà l'Azienda, ove non richiasta la sospensione cautelare della sentenza di primo grado ovvero, ove richiasta, non fosse accolta, ad adottare la doverosa attività conformativa, fatta salva ogni facoltà di coltivare l'impugnazione in appello e con salvezza dei diritti conseguenti.

Art. 21 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

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

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

infortunistica e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.lgs. n.81/2008 e ss.mm.ii.;

- l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione ed erogazione delle attività convenzionate, in violazione della legislazione;
- la violazione dell'obbligo di dotarsi e di utilizzare idonei locali, procedure di erogazione delle prestazioni, macchinari, strumentazioni, materiali di consumo, farmaci, oggetti e apparecchiature, in conformità alle specifiche normative di settore, nonché alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento istituzionale;
- la reiterata inosservanza degli obblighi informativi in favore dell'utenza;
- l'accertata violazione da parte dell'Erogatore delle norme vigenti in materia di protezione dei dati personali;
- la mancata stipula, la mancata messa a disposizione dell'Azienda e il venir meno della polizza assicurativa o altra forma idonea di garanzia nel corso del rapporto contrattuale;
- l'accertato mancato utilizzo del conto corrente bancario o postale dedicato ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- l'esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la pubblica amministrazione;
- il grave e reiterato impedimento ai controlli amministrativi e sanitari previsti dal presente Accordo contrattuale;
- il reiterato mancato invio della documentazione a corredo della fatturazione.

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

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

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

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

Art. 22 – CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

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

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

Art. 23 – TRASPARENZA E PUBBLICITA'

1. L'Erogatore dichiara di aver preso visione del codice etico dell'Azienda approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1234 del 10 novembre 2016 e di accettarne il contenuto per quanto applicabile e condividerne i principi.

2. L'Erogatore è consapevole, accetta ed autorizza l'Azienda alla pubblicazione integrale del presente Accordo contrattuale e di tutti gli allegati sul portale della trasparenza dell'Azienda nonché alla pubblicazione dei dati previsti dalla vigente normativa. Si impegna altresì al rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trasparenza per la parte di competenza.

Art. 24 – PROTOCOLLO DI LEGALITA'

1. Le Parti sottoscrivono apposito Protocollo di legalità / Patto di integrità, allegato al presente atto, quale parte integrante e sostanziale (**Allegato 3**), in attuazione dell'Art.1, comma 17, della Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", in base al quale, nello sviluppo della presente collaborazione, esse si uniformano ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza.

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

Art. 25 – DECORRENZA E DURATA

1. Il presente Accordo contrattuale ha validità dalla data 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 novanta giorni precedenti la scadenza dell'Accordo, a mezzo di posta elettronica certificata o lettera raccomandata a/r, ed è disposto agli stessi patti, condizioni e tariffe. Per poter esplicitare i propri effetti, il rinnovo, a seguito dello scambio di missive, è formalizzato con atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda.

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

4. I contenuti organizzativi ed economici del presente atto possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa delle Parti.

Le eventuali modifiche all'Accordo contrattuale possono essere disposte mediante accordi integrativi, da approvare con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda oppure tramite scambio di missive tramite posta elettronica certificata.

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

Art. 26 – SPESE IMPOSTA DI BOLLO E REGISTRAZIONE

1. Il presente atto è soggetto all'imposta di bollo ai sensi dell'art. 2 dell'Allegato A – Tariffa Parte I, al Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642, che viene assolta in maniera virtuale come da Autorizzazione Agenzia delle Entrate di Azienda USL Toscana Sud Est del 16 febbraio 2016, n. 5062. Le spese, che ammontano ad € 256 sono poste a carico dell'Erogatore, il quale provvede al conferimento del rimborso tramite apposito bonifico sul seguente conto corrente bancario: IT 11 Y 01030 14217 000000622383 intestato all'Azienda.

2. Il presente atto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi dell'art. 4 della Tariffa Parte II, allegata al Decreto del Presidente della Repubblica 26 aprile 1986, n. 131. Le spese di registrazione sono poste a carico della parte richiedente.

Art. 27 – REPERTORIO

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

2. Il presente accordo contrattuale consta di n. 28 articoli, n. 41 pagine e n. 3 allegati, ed è conservato agli atti della U.O.C. Affari Generali, che provvede ad iscriverlo a Repertorio aziendale.

Art. 28 - RINVIO

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

Letto, firmato e sottoscritto

UN AMMINISTRATORE DELEGATO IL DIRETTORE U.O.C. SSP, PA e TS

Alliance Medical Diagnostic Srl Azienda Usl 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 accetta tutte le clausole essenziali ai fini dell'applicazione del presente Atto integrativo, che devono pertanto intendersi efficaci ai sensi dell'art. 1341 c.c.

UN AMMINISTRATORE DELEGATO IL DIRETTORE U.O.C. SSP, PA e TS

Alliance Medical Diagnostic Srl Azienda Usl Toscana Sud Est





(firmato digitalmente)

(firmato digitalmente)

RESIDENTI IN AUSL TOSCANA SUD EST		
CODICE RAGGRUPPAMENTO	PROVINCIA AREZZO	PROVINCIA SIENA
	TETTI DI SPESA	
02 - Rx Scheletro E Diretta D'Organo	153.124 €	0 €
04 - Rmn Senza Contrasto	2.274.607 €	632.800 €
05 - Rmn Con Contrasto	739.263 €	354.222 €
06 - Angio-Rmn	11.726 €	0 €
07 - Tc Senza Contrasto	303.087 €	45.894 €
08 - Tc Con Contrasto	449.067 €	225.158 €
09 - Ecografia Internistica	219.609 €	275.401 €
10 - Ecografia Ostetrico-Ginecologica	34.479 €	0 €
12 - Eco(Color)Doppler Vascolare	210.755 €	99.152 €
13 - Densitometrie	0 €	56.664 €
15 - Cardiologia Strumentale	13.445 €	0 €
16 - Cardiologia Diagnostica Immagini	81.535 €	0 €
32 - Visite	34.041 €	9.450 €
Totale complessivo	4.524.738 €	1.698.741 €

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 Alliance Medical Diagnostic Srl, a socio unico, soggetta a direzione e coordinamento di Alliance Medical Italia Srl, Codice Fiscale e Partita Iva: 02846000616, con sede legale in Lissone (MB), Via G. Mameli, 42/A, di seguito altresì denominata "Società", rappresentata dalla [REDACTED], domiciliata per la carica presso la suddetta società, 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 NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E ALLIANCE MEDICAL DIAGNOSTIC SRL ISTITUTO ANDREA CESALPINO Acquisto prestazioni sanitarie

accreditate di SPECIALISTICA AMBULATORIALE (INDAGINI DIAGNOSTICHE E VISITE)”.
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 Alliance Medical Diagnostic Srl Cesalpino),
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 Alliance Medical Diagnostic Srl Cesalpino):

- frequenza dello scambio di dati: trimestrale;

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

- tipologie di interessati: Società Alliance medical Diagnostic Srl Cesalpino;

- 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

ALLIANCE MEDICAL DIAGNOSTIC SRL

L'Amministratore Delegato

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 NEI RAPPORTI TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E ALLIANCE

MEDICAL DIAGNOSTIC SRL ISTITUTO ANDREA CESALPINO Acquisto prestazioni

sanitarie accreditate di SPECIALISTICA AMBULATORIALE (INDAGINI

DIAGNOSTICHE E VISITE)

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 Alliance Medical Diagnostic Srl**, a socio unico, soggetta a direzione e

coordinamento di Alliance Medical Italia Srl, Codice Fiscale e Partita Iva: 02846000616, con

sede legale in Lissone (MB), Via G. Mameli, 42/A, di seguito altresì denominata "*Società*",

rappresentata dalla [REDACTED]

[REDACTED], domiciliata per la carica presso la suddetta

società;

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 difforni posti in essere dai soggetti coinvolti a vario titolo.

Art. 3 – Obblighi del Contraente

Il Contraente si impegna a segnalare ad Ausl Tse qualsiasi tentativo di irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento del rapporto da parte di ogni interessato o addetto o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla collaborazione/procedura stessa.

Lo stesso si impegna a rendere noti, su richiesta di Ausl Tse tutte le eventuali transazioni finanziarie esistenti e riguardanti il presente rapporto.

Il Contraente si impegna al pieno e leale rispetto delle norme contenute nel Codice di Comportamento dei pubblici dipendenti, come attuato dal Codice di comportamento di Ausl Tse, per la specifica parte di competenza, del quale dichiara di aver preso piena visione e conoscenza.

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

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

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

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

Il Contraente si impegna a segnalare prontamente all'Azienda e al suo Responsabile per la

Prevenzione della corruzione eventuali comportamenti difformi posti in essere dai dipendenti in ordine all'esecuzione del presente contratto.

Art. 4 – Sanzioni

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

-risoluzione del rapporto anche nel caso di un solo episodio perché comunque giudicato grave e rilevante;

-segnalazione alle Autorità competenti, compresa l'Autorità Nazionale Anticorruzione.

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

sanzioni

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

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

Per Azienda Usl Toscana Sud Est

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

████████████████████

Per Alliance Medical Diagnostic Srl

L'Amministratore delegato

[REDACTED]