

Repertorio n:

**CONTRATTO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI  
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (BRANCA L) PERCORSO 2  
E DI RIABILITAZIONE EXTRAOSPEDALIERA PERCORSO 3  
DELIBERA GIUNTA REGIONE TOSCANA N. 595/2005 - ANNO  
2014**

**TRA**

**L'AZIENDA USL 10 DI FIRENZE** con sede in Firenze P.zza S. Maria Nuova, 1 (Cod. Fiscale e Partita Iva n. 04612810483) nella persona del Direttore della S.C. Gestione Privato Accreditato e Monitoraggio CUP Dr. Marco Mori nato a Firenze il 6/3/1957, domiciliato per la carica presso la suddetta

**E**

**“Blue Clinic Srl”** di seguito denominato “Centro di Riabilitazione”, con sede legale e sede di erogazione delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione (percorso 2) in Via Giusiani n. 4 – Bagno a Ripoli, indirizzo PEC ..... ed indirizzo Mail info@blueclinic.it – P.I 05586090481 e C.F. 05586090481 nella persona del legale rappresentante Dr. Stefano Manneschi a Pelago (FI) il 29/09/1956 domiciliato per la carica presso l'Ente sopra indicato

**VISTI**

Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modifiche ed

integrazioni, in particolare l'art. 8 comma 7;

Il Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 art. 8 – bis comma 3;

La Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 561 del 03/06/2002 di recepimento del DPCM 29/11/2001 di determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);

La Legge Regionale n. 51 del 5/8/2009;

il DPGR n. 61/r del 24/12/2010;

La Delibera Giunta Regione Toscana n. GRT n. 723/2011 (nomenclatore tariffario) e successive modifiche e integrazioni;

La Delibera Giunta Regione Toscana n. GRT n. 493 del 24/5/2004 relativa alle modalità di partecipazione alla spesa sanitaria;

La Delibera Giunta Regione Toscana n. GRT n. 722/2011, 867/2011, 753/2012, 808/2012 e successive modifiche e integrazioni che, in applicazione della L. 111/2011, hanno introdotto ulteriori misure di partecipazione alla spesa sanitaria;

La Delibera Giunta Regione Toscana n. GRT n. 595/2005 (percorsi di Riabilitazione) e successive modifiche e integrazioni;

La Delibera n. 776 del 6/10/2008 che ha recepito l'accordo tra la Regione Toscana, le Azienda UUSLI e il Coordinamento dei Centri di Riabilitazione determinando le tariffe massime per le prestazioni di riabilitazione extraospedaliera per il triennio 2008/2010 e tutt'ora in vigore;

La delibera GRT n. 38 del 19/12/2011, con la quale viene approvata la

proposta di “Piano Sanitario e Sociale Integrato regionale 2012/2015” che, oltre a determinare il ruolo dei Centri di Riabilitazione privati, ribadisce che a livello territoriale è necessario consolidare il rapporto di collaborazione tra i Servizi aziendali e i Centri di Riabilitazione privati;

La delibera GRT n. 551 del 4/7/2011, con la quale è stato approvato lo schema di protocollo di intesa tra Regione Toscana e Coordinamento Centri di Riabilitazione extraospedaliera, che prevede la collaborazione tra le parti anche a livello locale attraverso un vero e proprio partenariato al fine di programmare ed attuare tutte le modalità di presa in carico delle persone con disabilità;

Che la Giunta Regione Toscana in data 3/3/2011 con decreto dirigenziale n. 740 ha rilasciato al Centro:

- l’accreditamento istituzionale per la disciplina ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione (B1.9)
- il rinnovo dell’accreditamento per il centro ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale (B2.1)

Le richieste dei Coordinatori Sanitari della Zona Firenze e Zona Sud-Est con le quali viene evidenziata la necessità di coprire il fabbisogno riabilitativo della popolazione della Zona Sud-Est e del Quartiere 3, secondo i criteri di fruizione, accessibilità e appropriatezza;

Che nei suddetti territori non insistono Strutture in grado di offrire pari livelli di fruizione, accessibilità e appropriatezza ad eccezione della Società

Blue Clinic S.r.l che gestisce un Centro di Recupero e Riabilitazione funzionale situato in via Giusiani, 4 – Bagno a Ripoli, già in convenzione con questa Azienda con il contratto repertorio n. 12201 dell'11/5/2011 per il percorso 2;

Che la Direzione aziendale, in considerazione della carenza sul territorio della Zona Distretto Sud-Est e del Quartiere 3 di strutture erogatrici di tali prestazioni, ha assegnato l'importo di €. 150.000,00=, per l'anno 2014, l'erogazione di prestazioni di riabilitazione, percorso 2 e percorso 3 di cui alla Delibera G.R.T. 595/2005, rivolte alla popolazione afferente alla Zona Sud-Est sia per la popolazione afferente alla Zona Firenze Quartiere 3;

Che l'attività richiesta alla Società Blue Clinic S.r.l per il Centro di Recupero e Riabilitazione funzionale situato in via Giusiani, 4 – Bagno a Ripoli è rivolta esclusivamente ai residenti nella Zona Sud-Est ed ai residenti nella Zona Firenze Quartiere 3, al fine di abbattere le liste di attesa ed omogeneizzare l'offerta con le altre realtà territoriali di questa Azienda;

Che il Centro dichiara di essere in possesso dei requisiti relativi alla vigente normativa sulla sicurezza a prevenzione degli incendi;

La Delibera del Direttore Generale n. .... del ..... con la quale è stato approvata, per l'anno 2014, la stipula del contratto per l'assegnazione dell'importo di cui sopra con la Blue Clinic Srl per prestazioni di medicina – fisica e riabilitazione (percorso 2) e di riabilitazione extraospedaliera (percorso 3) Delibera G.R.T. 595/2005) presso il Presidio Blue clinic Srl. –

anno 2014.

**TANTO PREMESSO SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO**

**SEGUE:**

**ART. 1 - PREMESSA**

La premessa è parte integrante e sostanziale del presente contratto e contempla, tra l'altro, i principi generali della contrattazione tra le parti:

- L'Azienda contratta con le strutture private esclusivamente le prestazioni ricomprese nei livelli di assistenza applicando tariffe unitarie a prestazioni o a pacchetti di prestazioni uguali per tutti gli assistiti;

**ART. 2 – OGGETTO DEL CONTRATTO**

L'Azienda, all'interno del budget complessivo assegnato pari ad €. 150.000,00=, si avvale del Centro di Riabilitazione per l'erogazione di prestazioni riabilitative a favore di cittadini iscritti al servizio sanitario nazionale e residenti nella Zona Sud-Est e nella Zona Firenze per il Quartiere 3, nella branche specialistiche e per gli importi sotto specificati:

**Medicina fisica e riabilitativa (branca L) percorso 2 - di cui:**

- €. 67.164,00= per i residenti Zona Sud-Est
- €. 33.582,00= per la Zona Firenze per il Quartiere3

**Riabilitazione extraospedaliera (percorso 3) di cui:**

- €. 32.836,00= per i residenti Zona Sud-Est
- €. 16.418,00= per la Zona Firenze per il Quartiere3

Le parti concordano che per il periodo di vigenza del presente atto, i volumi

economici sopra descritti potranno formare oggetto di compensazione tra le tipologie di prestazioni all'interno del tetto finanziario complessivo sopra stabilito.

Il Centro è tenuto ad effettuare le prestazioni ricomprese nelle branche specialistiche sopra specificate per le quali è regolarmente autorizzato dal Comune di competenza e accreditata dalla Regione con le modalità di seguito dettagliate per ciascun percorso.

### **ART. 3 – PROGRAMMAZIONE NELL'ARCO DELL'ANNO**

Il Centro si impegna a programmare operativamente la fornitura delle prestazioni in modo da consentirne l'erogazione in tutti i mesi dell'anno e nel pieno rispetto del budget assegnato.

Qualora venisse esaurita la disponibilità di budget, nel periodo temporale di riferimento, il Centro si impegna a fornire una corretta informazione all'utente mediante modulo scritto in merito alla possibilità di fruire delle prestazioni presso strutture pubbliche o altra struttura accreditata.

Qualora l'utente esprima comunque la volontà di fruire della prestazione presso lo stesso istituto assumendosene il relativo onere, il medesimo sottoscriverà il modulo contenente la presente informativa per accettazione delle prestazioni al di fuori del regime del Servizio Sanitario

## **PARTE A – PERCORSO 2**

### **ART. 3/A – MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

Il Centro assicura che le prestazioni convenzionate vengano eseguite presso

il proprio presidio da personale qualificato, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo di ultima generazione, al fine di assicurare la qualità della prestazione stessa.

**ART: 4/A – MODALITA' DI ACCESSO**

L'accesso alla prestazione è riservato ai residenti nella Zona Sud-Est ed ai residenti nella Zona Firenze per il Quartiere 3 ed avviene esclusivamente su invio da parte dei Servizi di Riabilitazione territoriali come sotto specificato:

**ZONA SUD-EST**

- su invio dai Servizi di Riabilitazione presso:

Distretto Via Bettini, 11 – Pelago

Ospedale Serristori Via XXV Aprile, 1 – Figline Valdarno

Distretto Via del Cassero, 9 – San Casciano Val di Pesa

**ZONA FIRENZE QUARTIERE 3**

- su invio dal Servizio di Riabilitazione presso:

“Le Civette” Via di San Salvi, 12 - Firenze

**ART. 5/A: - TETTO FINANZIARIO ANNO 2014**

L'Istituto per l'anno 2014, si impegna ad eseguire le prestazioni di medicina-fisica e riabilitazione – percorso 2 - del presente contratto entro il volume finanziario di Euro 100.746,00.= (centomilasettecentoquarantesei/00) così suddivisi:

- €. 67.164,00= a favore dei residenti nella Zona SudEst
- €. 33.582,00= per i residenti nel Quartiere 3 della Zona Firenze

I valori finanziari sono comprensivi dei rimborsi per farmaci eventualmente utilizzati in corso di erogazione delle prestazioni.

L'Azienda all'interno del tetto così concordato ha la facoltà di chiedere all'Istituto la fornitura di più prestazioni e meno di altre.

L'Azienda si intende esonerata da ogni obbligo nei confronti dell'istituto relativamente alle prestazioni dallo stesso eseguite oltre i limiti del volume finanziario complessivo sopra riportato.

Eventuali modifiche, da concordare fra le parti, devono essere formalizzate con atto scritto.

#### **ART. 6/A:- PRESTAZIONI E TARIFFE**

Le tariffe di riferimento sono quelle del nomenclatore tariffario regionale, al lordo del ticket, approvate con deliberazione GRT n. 723/2011 (nomenclatore tariffario) e successive modifiche e integrazioni, scontate della percentuale dell'8 %.

Il Centro si impegna ad applicare la normativa relativa alla partecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) di cui alle Delibere GRT. nn. 493/2004, 722/2011 e successive modifiche e integrazioni, e si impegna a seguire per la riscossione, rilevazione e versamento del ticket, delle quote aggiuntive al ticket e del contributo di digitazione per le prestazioni di radiodiagnostica di spettanza del SSN, le disposizioni dell'Azienda Sanitaria contraente già vigenti e ad attuare eventuali diverse modalità di riscossione, versamento o fatturazione che potrebbero intervenire per disposizioni regionali.



**ART. 7/A: - DOCUMENTAZIONE CARTACEA A CORREDO  
DELLA FATTURAZIONE E RENDICONTAZIONE INFORMATICA**

A) Documentazione cartacea

Le richieste di pagamento delle competenze dovranno essere inviate dall'Istituto all'Azienda su supporto cartaceo a seguito di validazione regionale dell'attività, così come risultante dall'applicativo Pirea, entro il mese successivo a quello di erogazione delle prestazioni, con allegate le richieste mediche, e con la indicazione dei seguenti elementi:

- cognome nome indirizzo dell'utente
- comune di residenza anagrafica dell'utente
- codice regionale del medico prescrittore
- presidio di erogazione delle prestazioni
- data di esecuzione delle prestazioni
- branca specialistica
- codice tariffa, descrizione e numero delle prestazioni eseguite, importo fatturato.

Le richieste mensili di pagamento delle competenze erogate in forma diretta sono articolate e redatte, sulla base della Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito, nel rispetto del seguente ordine:

- residenti nell'Azienda Sanitaria contraente, suddivise secondo il territorio delle ex Zone (Zona Firenze, Zona Sud-Est);
- Le prescrizioni mediche sono raggruppate e trasmesse nello stesso

ordine.

- La fattura ed il riepilogo finale della attività mensile dovranno indicare il rimborso spettante all'istituto in base alla residenza degli assistiti e quindi evidenziare l'importo per gli assistiti residenti nelle Zone sopra specificate;
- Alla documentazione cartacea come sopra descritta dovranno essere allegare le stampe del SW Pirea, quella sintetica e quella analitica.
- La documentazione riguardante le prestazioni erogate agli assistiti soggetti a franchigia, con costo da nomenclatore inferiore od uguale alla quota massima di compartecipazione e quindi non a carico del SSN, viene tenuta agli atti della struttura, senza invio all'Azienda, salvo diverse disposizioni in merito.

Al fine di avviare il processo di eliminazione della consistenza fisica dei propri archivi cartacei, l'Azienda sanitaria si riserva la facoltà di chiedere al Centro di archiviare la suddetta documentazione nel rispetto dei criteri stabiliti dalla stessa Azienda sanitaria, e quindi di effettuare i controlli su tale documentazione presso la sede del Centro.

#### B) Flussi Informatici

Il Centro si impegna ad inviare entro il terzo giorno lavorativo del mese (o entro le date che verranno indicate sulla base della normativa regionale) successivo a quello di riferimento i flussi informatici previsti dalla normativa vigente con applicativo Pirea, in modo da consentire all'Azienda

il rispetto delle scadenze contenute nell'art. 50 L. 326/2003 sul debito informativo.

L'Istituto con più sedi e/o con più tipologie (Clinica 1A, Diagnostica per immagini 1B, Laboratorio Analisi 1C) si impegna a trasmettere l'attività erogata secondo i codici STS.11 assegnati alle strutture di erogazione.

Il Centro si impegna pertanto a non utilizzare un solo codice per invii relativi a più presidi fisici e a tipologie diverse nella consapevolezza che ciò esporrebbe l'Azienda a penalizzazioni economiche per mancato invio dei dati come da Intesa Tavolo LEA sancita in occasione della Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 2005 e da lettera della Regione Toscana ai Direttori Generali prot. n. AOOGR/125798/E.70.30.110 del 06/05/2008

I flussi informatici di cui all'applicativo Pirea, a differenza di quelli di cui al punto sub. A), riguardano tutta l'attività del Centro, tanto quella coperta da convenzione rientrante nel tetto assegnato e da addebitarsi alla ASL, tanto quella che ne prescinde (libera professione, prestazioni extra tetto, prestazioni a utenti paganti la quota di compartecipazione non a carico del SSN perché inferiore o coincidente al limite massimo di compartecipazione).

Per eventuali correzione dei dati già trasmessi o dei dati da trasmettere l'ultimo termine di invio dell'anno verrà comunicato a cura dei competenti servizi Aziendali.

La trasmissione dei flussi di attività è del tutto a carico del Centro sia nella

gestione che per l'assistenza. L'Azienda Sanitaria comunicherà di volta in volta gli eventuali aggiornamenti.

Il Centro si impegna a collaborare mediante la trasmissione dei flussi di attività in base alle innovazioni gestionali che verranno introdotte dalla Azienda Sanitaria di Firenze.

Il Centro accetta di uniformarsi alle variazioni sia relative alla modalità di trasmissione flussi che agli adeguamenti informatici richiesti dalla normativa regionale.

**ART. 8/A: - DOCUMENTAZIONE RIGUARDANTE I DATI DI  
STRUTTURA DEL PRESIDIO**

L'Istituto è tenuto inoltre a fornire dati di struttura del presidio ambulatoriale e delle relative apparecchiature di diagnosi e di cura così come richiesto dal Dipartimento Tecnologie e Sistemi Informativi Estav Centro, nel rispetto delle scadenze e delle modalità di trasmissione delle richieste.

L'Istituto si impegna inoltre a collaborare nella trasmissione delle ulteriori informazioni che si renderanno eventualmente necessarie in occasione della riorganizzazione del sistema informativo sanitario da parte del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e Finanze, e della Regione. In questo caso il Dipartimento Tecnologie e Sistemi Informativi Estav Centro provvederà a darne opportuna comunicazione relativamente a contenuti, scadenze ed ulteriori modalità di trasmissione.

**ART. 9/A: - PAGAMENTO E DECADENZA DEL CREDITO**

Il pagamento delle prestazioni avverrà entro 60 giorni dalla data di presentazione del riepilogo delle attività e della fattura purché sia consegnato dall'Istituto quanto segue:

- documentazione cartacea, con stampe sul SW Pirea, sintetica ed analitica
- flussi di attività informatici
- fatturazione

L'omissione o il ritardo negli adempimenti descritti dà luogo ad inadempienza contrattuale ai sensi dei successivi artt. 4 e 9. Le fatture sospese perché a seguito di controllo risultate irregolari, per le quali siano state richieste dall'Azienda note di credito, saranno poste in liquidazione quando l'istituto avrà emesso la nota di credito relativa.

L'Istituto si impegna inoltre a sanare, ove possibile, le anomalie segnalate dalla Azienda riguardo alla documentazione cartacea e alla fatturazione oppure ad emettere la nota di credito tempestivamente, in ogni caso non oltre il mese successivo alla segnalazione.

In mancanza di sanatoria oppure di nota di credito, l'intera fattura non verrà liquidata fino alla sua regolarizzazione.

Le parti comunque concordano, per certezza di diritto e dei rapporti, che il credito vantato dalla struttura nei confronti dell'ASL si intende decaduto entro un anno dall'emissione della fattura contestata e non regolarizzata.

**PARTE B – PERCORSO 3****ART. 3/B - OGGETTO DEL CONTRATTO E SETTORI DI  
ATTIVITA'**

L'Azienda si avvale con il presente contratto del Centro per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione extraospedaliera, con modalità di erogazione dei trattamenti nella forma ambulatoriale esclusivamente per le patologie di cui all'allegato A), punto 3), tabella 2), percorso 3) della delibera GRT 595/2005, entro i limiti ed alle condizioni di cui ai successivi articoli.

Il centro si impegna a mettere a disposizione dell'Azienda sanitaria di Firenze, per i residenti nella Zona Sud-Est e nella Zona Firenze per il Quartiere 3, trattamenti individuali, di gruppo e domiciliari.

Il Centro si impegna ad assicurare le prestazioni specificatamente dirette al recupero funzionale dell'assistito secondo il piano di trattamento personalizzato predisposto.

L'Istituto si impegna altresì a concludere il trattamento entro la data stabilita nel piano. I trattamenti effettuati in maniera non conforme al piano non verranno riconosciuti agli effetti economici.

L'Istituto per svolgere i propri compiti mette a disposizione le proprie strutture, le attrezzature tecniche ed il personale qualificato.

La prestazione di riabilitazione extraospedaliera è prestazione che si avvale di varie metodiche e tecnologie, che vengono applicate sulla base del programma preventivo e delle risposte individuali del paziente. I

responsabili delle indicazioni e delle scelte durante il trattamento sono il medico specialista e il terapeuta che segue il paziente.

Il presente contratto è unico ed ha validità in ambito regionale e nazionale.

#### **ART. 4/B - MODALITA' DI ACCESSO**

L'accesso presso il Centro, riservato ai residenti in Zona Sud-Est e Zona Firenze per il Quartiere 3, è consentito a tutti i soggetti affetti da minorazioni congenite o acquisite indipendentemente dal riconoscimento dello stato di invalidità.

L'accesso avviene con la predisposizione del PRI (modello 2 della procedura AS/PR/075- allegato 1) al presente atto) da parte dei Servizi di Riabilitazione territoriali, come sotto specificato:

#### **ZONA SUD-EST**

- su invio dai Servizi di Riabilitazione presso:

Distretto Via Bettini, 11 – Pelago

Ospedale Serristori Via XXV Aprile, 1 – Figline Valdarno

Distretto Via del Cassero, 9 – San Casciano

#### **ZONA FIRENZE QUARTIERE 3**

- su invio dal Servizio di Riabilitazione presso:

“Le Civette” Via di San Salvi, 12 - Firenze

#### **ART. 5/B – TETTO FINANZIARIO 2014 E TARIFFE**

L'Istituto per l'anno 2014, si impegna ad eseguire le prestazioni di riabilitazione extraospedaliera – percorso 3 - del presente contratto entro il

volume finanziario di € 49.254,00.=

(quarantanovemiladuecentocinquantaquattro/00) così suddivisi:

- €. 32.836,00= per i residenti Zona Sud-Est per prestazioni ambulatoriali e domiciliari
- €. 16.418,00= per i residenti nel Quartiere 3 della Zona Firenze

L'Azienda si intende esonerata da ogni obbligo nei confronti dell'Istituto per l'attività eseguita oltre il volume finanziario complessivo assegnato; l'Istituto concorda che non vanterà nessun credito eccedente tale volume.

La tariffa delle prestazioni riabilitative è comprensiva anche della visita per la predisposizione del progetto e nessun compenso è dovuto ad altro titolo.

Alle prestazioni di riabilitazione, di cui al presente contratto, si applica la normativa generale di partecipazione alla spesa sanitaria.

Il Centro si impegna ad applicare la normativa relativa alla partecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) di cui alle Delibere GRT. nn. 493/2004, 722/2011 e successive modifiche e integrazioni, e si impegna a seguire per la riscossione, rilevazione e versamento del ticket, delle quote aggiuntive al ticket e del contributo di digitazione per le prestazioni di radiodiagnostica di spettanza del SSN, le disposizioni dell'Azienda Sanitaria contraente già vigenti e ad attuare eventuali diverse modalità di riscossione, versamento o fatturazione che potrebbero intervenire per disposizioni regionali.

L'Istituto si impegna ad eseguire le attività oggetto del presente contratto entro il volume finanziario suddetto e a programmare l'attività in modo da



consentirne la erogazione nell'intero arco dell'anno.

Le tariffe di riferimento per l'anno 2014 sono quelle contenute nella Delibera GRT n. 776 del 6/10/2008.

**ART. 6/B: - DOCUMENTAZIONE CARTACEA A CORREDO  
DELLA FATTURAZIONE E RENDICONTAZIONE INFORMATICA**

Le fatture emesse sulla base delle prestazioni effettuate dovranno essere divise tra:

- residenti nell'Azienda 10 (suddivisi per Zona Sud-Est e per Zona Firenze Quartiere 3)
- prestazioni individuali
- prestazioni di gruppo
- prestazioni domiciliari

e dovranno essere trasmesse entro il decimo giorno del mese successivo a quello in cui sono state effettuate le prestazioni.

Alle fatture dovranno essere allegati i giustificativi e i rendiconti delle prestazioni effettuate debitamente sottoscritti dal Direttore dell'Istituto.

Tra i giustificativi sono indispensabili gli originali:

- del piano riabilitativo redatto sul modello 2 di cui all'allegato 1)
- della scheda di riabilitazione del Centro che obbligatoriamente deve riportare il diario giornaliero delle prestazioni effettuate, controfirmate dal paziente

L'onere delle prestazioni rese ad assistiti residenti in altre Regioni graverà

sull'Azienda USL di residenza dell'assistito alla quale il Centro dovrà trasmettere la contabilità,

Ai fini del controllo del tetto di attività, all'Azienda contraente dovranno essere trasmessi i rendiconti mensili dell'attività complessivamente svolta, ai fini della verifica della compatibilità dei volumi delle prestazioni erogate rispetto ai requisiti di accreditamento posseduti.

Entro il decimo giorno del mese successivo a quello di competenza, devono essere inviate le fatture. Tali modalità potranno essere variate a seguito di modifiche apportate sul SW Gauss. Il pagamento avverrà entro 60 giorni dal mese successivo a quello di presentazione delle fatture.

I termini verranno interrotti in caso di controversia o richiesta di nota di credito.

Eventuali conguagli saranno effettuati a seguito di verifica dell'attività annuale.

Tutte le fatture emesse dovranno essere redatte in duplice copia: l'originale da inviare alla S. C. Contabilità Generale e Piano Investimenti e la copia per uso amministrativo da inviare alla S. C. Gestione Privato Accreditato e Monitoraggio CUP.

Il Centro si impegna ad inviare entro il terzo giorno lavorativo del mese (o entro le date e con le modalità che saranno comunicate dall'azienda) successivo a quello di riferimento i flussi informatici previsti dalla normativa vigente con il SW GAUSS, in modo da consentire all'Azienda il

rispetto delle scadenze sul debito informativo.

L'Istituto è tenuto inoltre a fornire i dati di attività e di struttura dei presidi che erogano prestazioni di tipo ex art. 26 L. 833/78 o RSD, come richiesto dal Dipartimento Tecnologie e Sistemi Informativi Estav-Centro Toscana, secondo i contenuti e nel rispetto delle scadenze e delle modalità di trasmissione previste:

- a) dalle disposizioni Ministeriali (D.M. 23/12/1996 “Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere: Modello RIA.11”) entro il 20 Gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento
- b) da quelle Regionali: Delibera G.R.T. n. 659/01 e successive modifiche ed integrazioni “Flussi.doc: Flusso SPR” (attività di riabilitazione ex art. 26, patologia, esito dei trattamenti, percorso che ha generato la domanda con le seguenti scadenze : invio trimestrale tramite: 20 Aprile – 20 Luglio – 20 Ottobre – 15 Gennaio. Consolidamento definitivo anno precedente: 15 Gennaio)
- c) Legge Regionale n. 8/99 “Accreditamento delle Strutture Sanitarie – Cap. VII Liste di verifica”
- d) da eventuali ulteriori disposizioni Regionali e Ministeriali che dovessero intervenire in itinere.

Poiché L'Azienda Sanitaria di Firenze ai sensi della L. 449 del 27.12.1997 (art. 32 comma 2) è obbligata a raccogliere e trasmettere i suddetti dati,

pena l'applicazione di sanzioni relative a ritardo o a mancato invio dei Flussi Informativi, l'Istituto contraente, a sua volta, è obbligato alla trasmissione dei dati che compongono i flussi di attività e le necessarie informazioni a corredo di questi.

#### **ART. 4: CONTROLLI E OBBLIGHI DEL CENTRO**

L'Istituto contraente riconosce all'Azienda il diritto di procedere in qualsiasi momento a verifiche sulla qualità, efficacia e congruità delle prestazioni erogate ed alla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso presso l'Istituto, ferma restando ogni altra competenza dell'Azienda in materia di Igiene delle Strutture sanitarie e di Medicina del Lavoro e di controlli in merito al rispetto formale, sostanziale ed economico finanziario del presente contratto.

##### A) Tracciabilità dei flussi finanziari

Ai sensi dell'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche e integrazioni, il Centro si assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per cui deve utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva.

##### B) Documento di Regolarità Contributiva (DURC)

L'Azienda Sanitaria contraente, ai fini del pagamento delle competenze dovute al Centro, acquisirà il documento di regolarità contributiva (DURC).

La liquidazione integrale delle competenze avverrà solo nel caso il Centro

risulti in regola con la contribuzione verso gli Enti previdenziali.

C) Applicazione della normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro

Il Centro garantisce tutti gli obblighi derivanti dal D.Lgs. 81/2008 e successive integrazioni, anche relativamente alla gestione delle emergenze, alla prevenzione incendi e del primo soccorso.

Gli obblighi relativi ad interventi strutturali, impiantistici e di manutenzione necessari per assicurare ai sensi del D.Lgs. 81/2008 la sicurezza dei locali e degli edifici, sono a carico del Centro.

**ART. 5:- INCOMPATIBILITA'**

L'Istituto prende atto che, ai sensi dell'art. 4, comma 7 della legge 30.12.1991 n. 412, come anche richiamato dall'art. 8 - 9° comma - del D. Lgs 502/92 e dall'art. 1 comma 5 della legge 23.12.1996 n. 662:

- l'attività libero professionale dei medici dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale non è consentita nell'ambito delle proprie strutture, anche per attività o prestazioni riferite a branche non oggetto del presente contratto;
- il rapporto di lavoro, dipendente o convenzionato, con il Servizio Sanitario Nazionale è incompatibile con l'esercizio di attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso;
- i vigenti Accordi collettivi nazionali che disciplinano il rapporto di lavoro convenzionale con le Aziende UU.SS.LL. degli appartenenti alle categorie

mediche (medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale interna) prevedono i casi di incompatibilità con l'attività nelle strutture accreditate e relative deroghe.

L'Istituto, ai sensi dell'art. 1, comma 19, della legge 23.12.1996 n. 662, documenta lo stato del proprio organico a regime con il quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle proprie prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente. Si impegna a non utilizzare personale incompatibile ed a verificare tale stato mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione scritta, resa dai soggetti comunque operanti nella struttura, dalla quale risulti la situazione lavorativa degli stessi.

Della verifica viene data comunicazione all'Azienda entro il 31 gennaio ed il 31 luglio di ciascun anno.

#### **ART. 6: – CARTA DEI SERVIZI**

L'Istituto 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 19.5.95.

Di detta Carta dei Servizi è data adeguata pubblicità agli utenti ed inviata copia al Dipartimento della Funzione Pubblica ed all'Azienda USL contraente con cadenza annuale entro il 31 Gennaio di ogni anno.

Ad integrazione della carta dei servizi, la struttura privata espone un cartello

al pubblico contenente l'invito ad accertarsi prima di effettuare le pratiche amministrative di accettazione, che le prestazioni prescritte dal medico su ricettario regionale siano convenzionate o meno e la rispettiva tariffa o il prezzo da pagare. Dette informazioni dovranno essere rese all'assistito dal personale addetto al pubblico e chiaramente consultabili in estratti della carta dei servizi suddivisi per branca specialistica.

L'istituto si deve attenere alla effettuazione della prestazione richiesta su ricettario regionale. Qualora ritenesse di dover richiedere eventuali ulteriori accertamenti ed è in grado di espletarli direttamente, deve informare chiaramente l'assistito che può effettuarli, o a carico del SSN con la regolare richiesta su ricettario regionale, o a pagamento previa adesione scritta da parte dell'utente.

#### **ART. 7: – INFORMAZIONE DELL'UTENTE E STRUMENTI DI TUTELA**

Riconosce il diritto alla tutela dell'utente e le modalità per il suo esercizio di cui al regolamento di pubblica tutela dell'Azienda USL contraente, approvato dalla Giunta Regionale Toscana con delibera n. 4535 del 06.12.1996. Collabora con l'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) e con la Commissione mista conciliativa nominata dal Direttore Generale dell'Azienda USL contraente.

#### **ART. 8: COPERTURA ASSICURATIVA**

A copertura dei rischi inerenti l'attività svolta, per conto della Azienda USL,

dall'Istituto, con mezzi, strumenti e personale propri, il contraente deposita copia della polizza assicurativa per la responsabilità civile terzi, con massimali adeguati e dal medesimo ritenuti congrui, copia della polizza assicurativa a copertura del rischio incendio fabbricati, nonché copia della polizza infortuni stipulata dal Centro in favore dei soggetti che usufruiscono delle prestazioni oggetto della presente convenzione, esonerando espressamente la Azienda USL da qualsiasi responsabilità per danni o incendi, che dovessero verificarsi nell'espletamento della attività oggetto della convenzione.

#### **ART. 9: – INADEMPIENZE E PENALI**

Nel caso di riscontrate inadempienze al presente contratto, l'Azienda USL è tenuta a contestare per iscritto, tramite fax o PEC, le inadempienze stesse.

L'Istituto potrà comunicare le proprie contro deduzioni all'Azienda nel termine massimo di giorni lavorativi 5 (cinque) dal ricevimento della stessa contestazione. Qualora l'Azienda non accolga le contro deduzioni presentate, e l'Istituto non provveda a sanare le inadempienze entro il termine notificato, e comunque non oltre trenta giorni, l'Azienda ha facoltà di applicare, in base alla gravità della violazione, una penalità da un minimo di euro 400,00= ad un massimo di euro 1.000,00=.

L'Azienda, per i crediti derivanti dall'applicazione delle penali di cui al presente articolo, potrà compensare con quanto dovuto all'Istituto a qualsiasi titolo, anche per i corrispettivi dei servizi resi, senza bisogno di diffida, di



ulteriore accertamento o procedimento giudiziario.

L'applicazione delle penali previste dal presente articolo non preclude il diritto dell'Azienda a richiedere il risarcimento degli eventuali danni derivanti dalla mancata o non conforme attività dovuta ai sensi del presente contratto. La richiesta e/o il pagamento delle penali di cui al presente articolo non costituirà esonero in alcun caso per l'Istituto dall'adempimento dell'obbligazione per la quale sarà inadempiente e che avrà fatto sorgere l'obbligo di pagamento della medesima penale.

L'Azienda si riserva di rivalersi sulle strutture inadempienti in caso di penalizzazione economica derivata dal mancato invio o dall'invio scorretto dei flussi informatici.

#### **ART. 10: - RECESSO DAL CONTRATTO E REVOCA**

Qualora la struttura intendesse recedere dal contratto dovrà darne comunicazione per iscritto con preavviso semestrale.

L'Azienda può recedere dal contratto, dando comunicazione per iscritto con preavviso di 90 gg, ai sensi dell'art. 1671 del codice civile, tenendo indenne la controparte delle spese sostenute, dei servizi svolti e dei mancati guadagni.

L'Azienda può, inoltre, revocare il presente contratto in qualsiasi momento prima della scadenza, con decisione motivata, per comprovati e gravi motivi di pubblico interesse.

#### **ART. 11: - RISOLUZIONE DEL CONTRATTO**

L'Azienda potrà risolvere inoltre il contratto previa contestazione scritta e con preavviso di quattro mesi nei seguenti casi:

- reiterate contestazioni per fatturazione errata o documentazione irregolare;
- reiterate ipotesi di inosservanza delle disposizioni del presente contratto, tali da essere valutate dall'Azienda, per la natura dei fatti che le costituiscono o dei motivi che le hanno determinate, causa di risoluzione;
- mancata trasmissione dei flussi di attività e dei dati relativi alle caratteristiche del presidio, risultati non sanati alla fine dell'anno di competenza della attività (ed in ogni caso oltre il 15 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento);
- sospensione dell'attività non previamente concordata con l'Azienda;
- irregolarità del DURC.

#### **ART. 12: – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA**

Il presente contratto decade di diritto nei seguenti casi:

- ritiro dell'autorizzazione comunale e dell'accreditamento regionale;
- reato per condotta esercitata ai danni della Azienda Sanitaria di Firenze; accertato caso di incompatibilità del personale addebitabile a responsabilità dell'Istituto;
- grave situazione accertata dalla commissione di vigilanza nel corso della verifica, non sanabile o non sanata nei termini di prescrizione assegnati dalla commissione stessa.
- inosservanza degli obblighi di cui all'art. 3 della L. 136/2010.

**ART. 13: – VALIDITA'**

Il presente contratto, che non può essere ceduto ad altri senza espressa preventiva autorizzazione dell'Azienda, ha validità dal 15/4/2014 al 31/12/2014, se non viene disdetto prima della scadenza annuale. Le variazioni al presente contratto a seguito dell'emanazione di leggi, regolamenti, disposizioni nazionali e regionali dovranno essere recepite con atto scritto dalle parti contraenti qualora comportino modifiche sostanziali al rapporto.

**ART. 14:– PRIVACY**

E' fatto divieto all' Istituto di utilizzare le informazioni assunte nell'espletamento delle attività per fini diversi da quelli inerenti l'attività stessa. Il trattamento dei dati personali dovrà avvenire nel rispetto delle norme della D.Lgs. 196/2003.

**ART. 15: – FORO COMPETENTE**

Per ogni controversia le parti convengono che sia competente il Foro di Firenze.

**ART. 15: – SPESE**

Il presente contratto che consta di n. 28 pagine, viene redatto in triplice copia, una per ciascuna delle parti contraenti ed una, redatta su carta resa legale, da conservare agli atti dell'ufficio che provvederà ad iscriverlo nel repertorio.

Il presente contratto verrà registrato solo in caso d'uso. Le spese di bollo ed ogni altra eventuale sono a carico dell'Istituto contraente.

Letto, confermato e sottoscritto                      Firenze, lì.....

Il Direttore della Società Blue Clinic S.r.l.

Dr. Stefano Manneschi

Il Direttore S. C. Gestione Privato Accreditato e Monitoraggio CUP

Dr. Marco Mori