

1 DIC. 2014

Repertorio n. 15082

**CONVENZIONE AMPLIAMENTO ATTIVITA' DISTRETTUALE DI
BASE – PRENOTAZIONE PRELIVI A DOMICILIO**

TRA

L'AZIENDA SANITARIA (USL 10) DI FIRENZE nel prosieguo denominata semplicemente Azienda, con sede in Firenze Piazza S. Maria Nuova, 1 (Cod. Fiscale e Partita IVA numero 04612810483) nella persona del Direttore S. C. Gestione Privato Accreditato e Monitoraggio CUP Dr. Marco Mori domiciliato per la carica presso la suddetta, in virtù della delega alla stipula del presente atto come da Delibera del Direttore Generale n. 978 del 24 novembre 2014;

E

La Venerabile Confraternita di Misericordia del GALLUZZO di seguito nominata anche Misericordia del Galluzzo - con sede legale in Firenze, località Galluzzo, via Volterrana 3/a, C.F. 80017730484, nella persona del Provveditore pro-tempore, Sig. Renzo Brogioni, nato a Firenze il 23/11/1940 e domiciliato per la carica presso l'Ente sopra indicato.

ART. 1 OGGETTO

La presente convenzione, rinnova la precedente rep. 13550 del 24 gennaio 2013, di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 15 del 15 gennaio 2013, e costituisce atto aggiuntivo al contratto rep. n. 11870 del 10 gennaio 2011, avente ad oggetto la gestione del centro prelievi.



Prevede e disciplina l'ampliamento delle attività distrettuali di base, come specificato negli articoli seguenti.

La Misericordia del Galluzzo si impegna a gestire eventuali episodi di reclamo, collaborando in tal senso con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico della Azienda USL 10 di FIRENZE.

ART. 2 PRENOTAZIONE PRELIEVI A DOMICILIO

Le parti concordano che le attività svolte dalla Misericordia del Galluzzo per conto della Azienda USL 10 di Firenze, in relazione alla prenotazione dei prelievi a domicilio, si articolano come di seguito specificato:

a) Accettazione dell'utente presso il punto prenotazione prelievi in Via Volterrana n. 3/a Loc. Galluzzo Firenze. L'utente deve essere munito della richiesta del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, sulla quale deve essere necessariamente indicato:

- il quesito diagnostico/motivo della prestazione;
- la necessità di "prestazione domiciliare"
- la non deambulabilità/non trasportabilità del paziente;
- il tipo di prelievo, l'urgenza, e, nel caso di prelievi ripetibili, la frequenza (massimo 8 volte ed entro tre mesi dalla prescrizione);

b) Acquisizione da parte dell'operatore dell'eventuale modulo, fornito dalla Azienda, di rilascio del consenso dell'invio per sms dei risultati del prelievo per INR;

c) Prenotazione CUP;

d) Stampa e consegna all'utente della prenotazione effettuata;



e) Consegna di eventuali contenitori di materiale biologico (provette per urine etc...);

f) Consegna ai cittadini, soggetti alla compartecipazione sanitaria, del bollettino della Azienda per il pagamento della medesima;

g) Invio al Presidio Orsini della Azienda della documentazione sotto elencata: richiesta medica su ricettario regionale, certificazione fascia di reddito, consenso all' invio tramite sms dei risultati dei prelievi prenotati.

Tale invio va effettuato il giorno dopo, oppure a fine servizio obbligatoriamente per gli esami prenotati nelle 48 ore successive all'accettazione. Le modalità sono le seguenti: tramite fax al n. 055/6939010 o via scanner a: prelievi.orsini@asf.toscana.it;

h) Agli utenti esenti il referto sarà inoltrato per posta all'indirizzo che avranno indicato;

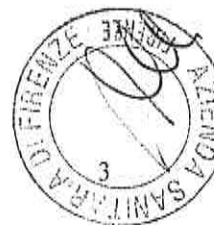
Gli utenti soggetti a compartecipazione dovranno ritirare il referto presso la Misericordia, previa consegna della ricevuta dell'avvenuto pagamento.

E' cura della Azienda provvedere al ritiro delle quietanze di pagamento e alla loro archiviazione;

Il referto viene stampato dagli operatori della Misericordia tramite il programma Metafora;

i) L'Azienda USL 10 di FIRENZE si impegna a fornire il modello utilizzato per il ritiro dei referti tramite delega.

Il volume di attività è stimato in circa 80 prenotazioni al mese, articolato su 5 giorni la settimana dal LUNEDI al VENERDI dalle ore 08.30 alle ore 11.30 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00.



L'orario del ritiro dei referti è il seguente: dal LUNEDI al VENERDI dalle ore 08.30 alle ore 12.30 e dalle ore 14.30 alle ore 19.00.

Eventuali specifiche di dettaglio sulla procedura sopra descritta verranno in seguito disciplinate fra le parti.

I locali utilizzati per l'accettazione, individuati per uso esclusivo relativamente al servizio oggetto della presente convenzione, devono essere idonei in relazione ai requisiti richiesti dalla vigente normativa e in particolare a in relazione a quelli relativi alla prevenzione incendio.

L'Azienda ASL 10 di Firenze si impegna a sostenere il costo esercizio reti, sua manutenzione specifica ed assistenza informatica al software fornito in uso.

ART. 3 COMPENSI

L'Azienda USL 10 di FIRENZE s'impegna a corrispondere alla Misericordia del Galluzzo che formalmente accetta, la somma onnicomprensiva di euro **4,50 (quattro//50)** per ogni prenotazione , per un tetto stimato annuo di euro **4.320,00 (quattromilatrecentoventi/00)** corrispondenti a 80 (ottanta) prenotazioni mensili.

La suddetta cifra è onnicomprensiva di tutte le prestazioni necessarie alla effettuazione della prenotazione , come descritto all'art. 2 della presente convenzione.

La Misericordia del Galluzzo presenterà nota di debito del mese precedente entro il 15 del mese successivo.

I pagamenti verranno effettuati tassativamente entro 90 giorni dalla consegna della nota di debito.



The image shows a handwritten signature in black ink, which appears to be 'M. Galluzzo'. Below the signature is a circular official stamp. The stamp contains the text 'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE' around the perimeter and the number '4' in the center. There is also a small handwritten mark or signature over the stamp.

L'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Misericordia del Galluzzo per le prenotazioni eseguite oltre i volumi finanziari complessivamente assegnati e concordati.

La Misericordia del Galluzzo concorda che non vanterà alcun credito eccedente il volume massimo annuo complessivo determinato come sopra in euro **4.320,00 (quattromilatrecentoventi//00)**. Eventuale attività oltre tetto, per essere riconosciuta ed ammessa al rimborso, dovrà essere esclusivamente commissionata e formalmente autorizzata dall'Azienda.

ART. 5 DURATA

La presente convenzione avrà inizio il **1 gennaio 2015** e terminerà il **31 dicembre 2017**, salvo diritto di recesso con preavviso di 60 giorni ex art. 1373 codice civile.

Il presente atto è sottoposto a registrazione solo in caso d'uso.

Consta di n. 6 pagine, viene redatto in duplice copia, una per ciascuna delle parti contraenti, tutte redatte in carta libera, visto l'art. 8 comma 1 della L. 11/08/1991 n. 266 che esenta dall'imposta di bollo e di registro gli atti connessi allo svolgimento delle attività delle Associazioni di Volontariato.

ART. 6 CLAUSOLE DI CHIUSURA

In relazione a quanto non espressamente contemplato nel presente atto si rimanda, oltre alle norme del codice civile ed alla leggi vigenti in materia, ai principi contenuti nel contratto repertorio n. 11870 del 10 gennaio 2011, convenzione per la gestione del centro prelievi, attualmente in vigore, in particolare agli articoli:



A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains the text "AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE" around the perimeter and a stylized logo in the center.

- art. 5 Durata
- art. 9 Personale
- art. 13 Privacy
- art. 14 Applicazione della normativa di sicurezza ed igiene ex

Decreto Legislativo n. 81/2008

- art. 15 Verifiche
- art. 16 Responsabilità
- art. 17 Foro competente

Letto, approvato e sottoscritto

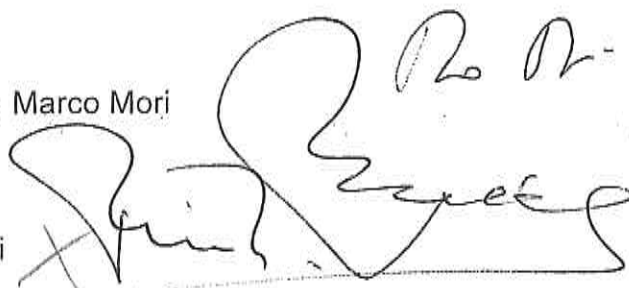
Firenze, **27 NOV. 2014**

p. Azienda Usl 10 di Firenze

Direttore S. C. Gestione Privato Accreditato Dr. Marco Mori

p. Misericordia del Galluzzo

Il Provveditore pro-tempore Sig. Renzo Brogioni



A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to Dr. Marco Mori, is written over a horizontal line. The signature is highly cursive and difficult to decipher.

