

CONVENZIONE TRA AZIENDA USL TOSCANA CENTRO E LA FONDAZIONE
PUBBLICHE ASSISTENZE PER IL CENTRO DIAGNOSTICO SPECIALISTICO PAS
PONTASSIEVE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI
SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICO-STRUMENTALI E PER L'ESECUZIONE DI
PRELIEVI EMATICI ED IL RITIRO DI CAMPIONI BIOLOGICI.

INDICE

ART. 1 - premessa

ART. 2 - oggetto del contratto

ART. 3 - tetti economici

ART. 4 - modalità di accesso e erogazione delle prestazioni

ART. 5 - programmazione delle prestazioni e successivi adempimenti

ART. 6 - corretta gestione della posizione economica dell'utente nei confronti del ticket

ART. 7 - corretta rendicontazione delle prestazioni

ART. 8 – adempimenti delle Parti

ART. 9 - tariffe e fatturazione

ART. 10 - tracciabilità dei flussi finanziari

ART. 11 - modalità di trasmissione dei flussi informatici

ART. 12 - verifiche

ART. 13 - incompatibilità

ART. 14 - carta dei servizi

ART. 15 - tutela dell'utente

ART. 16 - privacy

ART. 17 - polizze assicurative

ART. 18 – adempimenti

ART. 19 -decorrenza

ART. 20 - inadempienze, sospensione, recesso, risoluzione.

ART. 21 - foro competente

ART. 22 - responsabili della convenzione

ART. 23 - spese e clausole finali

PREMESSO

- che il D.Lgs n.502 del 1992, e s.m.i., all'art. 8-bis, rubricato "*Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali*", prevede che le regioni assicurino i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali nonché di soggetti accreditati, nel rispetto degli accordi contrattuali;
- che, ai sensi della stessa disposizione legislativa, la realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni, dell'accreditamento istituzionale, nonché alla stipula degli accordi contrattuali;
- che ai sensi dell'Art. 8-quinquies del medesimo D.Lgs 502/1992 e s.m.i, la regione e le unità sanitarie locali stipulano con strutture private accreditate contratti che indicano, tra l'altro, il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale si impegnano ad assicurare;
- che l'Azienda contratta con le strutture private esclusivamente prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza applicando tariffe unitarie a prestazione, eguali per tutti gli assistiti indipendentemente dalla loro residenza;
- che le tariffe di riferimento sono quelle del Nomenclatore Tariffario Regionale approvato con deliberazione GRT n. 723 del 4.8.2011 e smi, collegato al vigente Catalogo Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui al Decreto Dirig. 6731/2017;
- che l'Istituto con la sottoscrizione del presente contratto accetta il sistema di remunerazione a prestazione sulla base delle tariffe massime suddette;

- che l'Istituto possiede i requisiti di autorizzazione e di accreditamento richiesti dalle citate norme per stipulare la presente convenzione con riferimento alle discipline e attività specialistiche meglio specificate negli stessi;
- che l'Istituto, contestualmente alla sottoscrizione del presente atto, deposita agli atti di questa Azienda la nota di autorizzazione rilasciata dal Comune competente per territorio, nonché il decreto regionale di accreditamento;
- vista la L.R. n. 40 del 2005 e smi;
- vista la Legge Regionale n. 51 del 5.8.2009 e smi;
- vista la deliberazione G.R.T. n. 79/r del 17.11.2016;
- vista la deliberazione G.R.T. n. 723 del 4/8/2011 e smi;
- visto il DPCM del 12/01/2017;
- visto il decreto dirigenziale n. 6731 del 22/05/2017;

TRA

l'Azienda USL Toscana Centro, di seguito denominata "Azienda", codice fiscale e partita IVA 06593810481, con sede legale in Firenze Piazza Santa Maria Nuova 1, nella persona della dr.ssa Carlini Lucia, non in proprio, ma nella sua qualità di Direttore della SOC Accordi contrattuali e convenzioni privato accreditato sanitario e socio-sanitario dell'Azienda, delegato alla stipula del presente atto con deliberazione del Direttore Generale n. 40 del 03/01/2019;

E

la Fondazione Pubbliche Assistenze, per il Centro Diagnostico Specialistico PAS Pontassieve di seguito denominato "Istituto" - P.IVA partita IVA n. 06261980483, con sede legale in Via G. Bessi n. 2 Scandicci- Firenze, nella persona del proprio rappresentante legale Sig. Mario Pacinotti domiciliato per la carica presso la sede dell'Istituto;

SI CONVIENE E SI STIPULA IL PRESENTE CONTRATTO

Art. 1 – Premessa

La premessa costituisce parte integrante e sostanziale della presente convenzione.

Art. 2 - Oggetto del contratto

L'Azienda con il presente atto si avvale dell'Istituto per:

2.1 erogazione di prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale da eseguire a favore degli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, entro i limiti ed alle condizioni fissate nei successivi articoli nella seguente sede: Via di Rosano n. 17, Pontassieve e nelle seguenti discipline: radiodiagnostica, cardiologia, angiologia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, dermatologia.

2.2 prelievi ematici venosi (cod. 91.49.2) a favore degli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale da svolgersi nella sede di Via di Rosano n. 17, Pontassieve da effettuarsi nei giorni dal lunedì al sabato. L'Istituto dovrà altresì provvedere al ritiro dei materiali biologici nei giorni dal lunedì al sabato.

Art.3 - Tetti economici

Le Parti convengono che oggetto del presente contratto sono le prestazioni delle branche indicate al punto 2.1, previste dal vigente Nomenclatore Tariffario Regionale, secondo un mix di prestazioni definite dalla S.O.S. Gestione Privato accreditato- liste di attesa e S.O.S. Cup, modificabile nel corso di validità del contratto, con preavviso almeno trimestrale. L'Istituto si impegna ad erogarle, entro i tetti economici successivamente indicati, agli utenti residenti nel territorio dell'Azienda e delle altre Aziende Sanitarie della Regione Toscana, nonché per i residenti fuori Regione Toscana.

Tenuto conto del limite massimo di prestazioni necessarie all'Azienda, viene assegnato per la durata di cui all'art. 19 il tetto economico massimo di € 55.000,00 riferito **ai soli residenti nella Regione Toscana** articolato nel numero di prestazioni di seguito indicato:

- ecografie addome n. 125

-prestazioni cardiologiche (consulenza cardiologica, ECG, Holter, Ecocardiografia doppler) n. 125

- visite oculistiche n. 625
- visite ortopediche n. 125
- visite dermatologiche n. 100
- prelievi ematici e campioni biologici n. 3.750.

Per i pazienti **residenti al di fuori della Regione Toscana** è assegnato il seguente tetto economico: € 0,00.

L'Azienda si intende esonerata da ogni obbligo nei confronti dell'Istituto relativamente alle prestazioni dallo stesso eseguite oltre i limiti dei tetti economici sopra riportati.

Art. 4 - Modalità di accesso e erogazione delle prestazioni

L'accesso alla prestazione avviene su richiesta medica redatta sull'apposito ricettario regionale ed in possesso del personale medico operante per il Servizio Sanitario Nazionale, ovvero su richiesta dematerializzata, completata della diagnosi o del sospetto diagnostico a cura del medico proponente, nel rispetto dei limiti di prescrizione previsti dalla normativa vigente, compresa la normativa relativa alla compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria.

Per le prestazioni di cui al punto 2.1 l'Istituto assicura che le stesse sono eseguite presso le proprie strutture regolarmente accreditate, da personale qualificato, nel pieno rispetto dei dettami della professione sanitaria, con l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo e con identificazione mediante timbro e firma del professionista che ha effettuato la prestazione.

Le prestazioni sono eseguite dall'Istituto senza necessità di autorizzazione preventiva da parte dell'Azienda.

Nel referto lo specialista dell'Istituto erogante dovrà attenersi scrupolosamente ed esclusivamente al quesito/dubbio diagnostico indicato dal medico prescrittore. Nel caso in cui fossero necessari, per alcune tipologie di prestazioni, ulteriori esami di approfondimento, anche in relazione a linee-guida fornite dai Dipartimenti aziendali, lo specialista dovrà indirizzare il

paziente al proprio Medico di Medicina Generale e/o a Strutture dell'Azienda.

L'Istituto si impegna ad informare gli utenti di quali prestazioni da esso erogate sono oggetto della convenzione e, quindi, a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Qualora venga effettuata una prestazione in regime libero professionale ad un cittadino in possesso di prescrizione su ricettario del Servizio Sanitario Regionale, ovvero dematerializzata, l'Istituto è tenuto a far firmare all'assistito, sul retro della impegnativa, una dichiarazione dalla quale risulti la consapevolezza di effettuare la prestazione non a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per le prestazioni di cui al punto 2.2 l'accesso è diretto con un preinserimento delle richieste a cura dell'Istituto medesimo. Al momento del preinserimento verranno fornite ai pazienti le indicazioni relative al giorno e all'ora dell'appuntamento, alle modalità di pagamento del ticket e fascia economica -se dovuti-, il loro importo, nonché il giorno previsto per il ritiro del referto. Il pagamento da parte degli utenti dovrà essere effettuato a favore dell'Azienda tramite le modalità attualmente in uso (bollettino postale, T-Serve, punto giallo, tesoriere) prima dell'effettuazione del prelievo ematico e/o alla consegna del materiale biologico.

Potrà essere previsto l'accesso diretto per urgenze, in parte minoritaria e comunque sempre all'interno del budget stabilito.

La stampa e la successiva consegna dei referti è effettuata dall'Istituto medesimo. Tuttavia possono essere utilizzati anche gli attuali canali aziendali in essere: consegna per posta, consegna su Fascicolo Sanitario Elettronico-FSE e, nel caso della consegna on – line, al momento dell'accettazione l'operatore deve assicurarsi dell'attivazione della tessera sanitaria e/o fornire il pin per accedere al sistema di visione dei referti come da procedura vigente, purchè preventivamente richiesti dall'utente all'atto del preinserimento dell'esame.

Art. 5 - Programmazione delle prestazioni e successivi adempimenti

L'istituto contraente si impegna a programmare tutte le prestazioni convenzionate di cui al

punto 2.1 e rientranti nei tetti numerici/economici ad esso riconosciuti ed assicurare che la programmazione sia collegata alle agende prenotabili del CUP Aziendale, secondo la regolamentazione generale dell'offerta CUP ivi compresa l'articolazione per codici di priorità.

Al fine di condividere una programmazione stabile nel tempo l'Istituto si impegna a trasmettere al CUP per il successivo inserimento:

- agende di prenotazione dell'offerta complessiva suddivise in dodicesimi spalmate su tutti i mesi dell'anno per almeno il 90% dell'offerta complessiva;
- completamento dell'offerta con agende trimestrali da comunicare alla "Gestione Aziendale Agende" almeno con due mesi di anticipo rispetto al trimestre di riferimento.

In difetto l'Azienda sospende la liquidazione dei compensi fino al ripristino della programmazione delle agende secondo i criteri sopra descritti.

L'Istituto si impegna, altresì, al massimo contenimento di variazioni di agenda da comunicare con almeno 5 giorni lavorativi di anticipo alla S.O.S. Cup - Call Center con eventuali spostamenti di pazienti a carico dell'istituto medesimo.

Resta inteso che variazioni sostanziali di tale programmazione saranno oggetto di preventiva comunicazione scritta all'Azienda: S.O.S. Gestione privato accreditato e liste di attesa e S.O.S. CUP – Call Center.

Per i casi di mancata presentazione del paziente all'appuntamento fissato tramite CUP Aziendale, l'Istituto potrà integrare direttamente le prestazioni mancanti, comunque entro il tetto economico assegnato per l'anno, rispettando la tipologia della prestazione programmata.

Per fronteggiare criticità rilevate dal monitoraggio delle liste di attesa, l'Azienda può disporre di modificare tempestivamente la programmazione sempre nel rispetto del tetto/volumi già stabiliti.

L'Istituto, collegato alla rete aziendale, registra attraverso il proprio punto CUP sulla procedura di prenotazione aziendale, all'atto dell'evento, tutto ciò che riguarda la posizione dell'utente in

particolare registra l'avvenuta erogazione e l'eventuale pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria.

L'Istituto si impegna a partecipare a eventuali incontri di aggiornamento su procedura CUP e su modalità di prenotazione, nonché ad applicare le direttive impartite dalla S.O.S. CUP- Call Center.

L'accesso alla rete informatica dell'Azienda, nonché i relativi costi, sono completamente a carico dell'Istituto accreditato convenzionato.

Gli Istituti sono tenuti a concordare con l'Azienda i periodi di chiusura per ferie e a comunicarli con almeno 60 giorni di anticipo alla S.O.S. Gestione privato accreditato e liste di attesa e alla S.O.S. CUP – Call Center. Con la stessa tempistica devono essere comunicati i giorni dedicati alla manutenzione delle apparecchiature. Ogni altro periodo di sospensione o chiusura che si renda necessario per qualsiasi motivazione improvvisa, deve essere immediatamente comunicato alla S.O.S. Gestione privato accreditato e liste di attesa e alla S.O.S. Cup- Call Center.

Art. 6 – Corretta gestione della posizione economica dell'utente nei confronti del ticket

Per ogni prestazione erogata a seguito di regolare prenotazione CUP (anche se d'importo pari o inferiore al valore della quota di compartecipazione – ticket), l'Istituto deve assicurare la corretta gestione della posizione economica dell'utente per l'accesso ai servizi, in regime di esenzione ove sussista il diritto, o con la compartecipazione alla spesa ove previsto dalle disposizioni normative nazionali e regionali vigenti. Laddove sia dovuta la compartecipazione alla spesa sanitaria, il versamento della stessa dovrà avvenire prima dell'erogazione della prestazione presso la struttura. L'Istituto rilascerà regolare ricevuta fiscale precisando che trattasi di prestazioni erogate in convenzione con il SSN.

L'istituto deve garantire per conto dell'Azienda la riscossione del ticket comprensivo delle eventuali quote di compartecipazione aggiuntiva (quota ricetta) e quota di digitalizzazione con

contemporanea registrazione sui software aziendali.

L'Istituto si impegna a seguire le disposizioni impartite dall'Azienda a tale proposito e ad attuare eventuali diverse modalità di riscossione, versamento o fatturazione che potrebbero intervenire per disposizioni nazionali, regionali o aziendali.

Art.7 –Corretta rendicontazione delle prestazioni

Le prestazioni erogate dovranno essere rendicontate correttamente, con correlazione alle specifiche prenotazioni, ciascuna nello specifico giorno ed ora di esecuzione. Effettuata la prestazione sarà cura dell'Istituto acquisire dall'utente l'attestazione dell'effettiva fruizione della stessa mediante apposizione della propria firma sul retro della ricetta. L'Istituto assicura in tempo reale l'aggiornamento della lista dei soggetti prenotati con la conferma dell'effettiva erogazione delle relative prestazioni nel sistema informativo di prenotazione CUP. L'Istituto si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo nei confronti dell'Azienda e della Regione Toscana, secondo le modalità stabilite dalla normativa nazionale e dalle disposizioni regionali.

Art. 8 – Adempimenti delle Parti

Per l'espletamento delle attività di cui al punto 2.2 l'Istituto assicura:

- idonei locali regolarmente accreditati ai sensi della L. R. n. 51 del 5.8.2009 e smi e del Decreto del Presidente della Giunta Regionale Toscana n.79/r del 17.11.2016;
- personale addetto all'accettazione dell'utente e all'inserimento dei dati anagrafici e di tutte le prestazioni di laboratorio prescritte dal Medico sulla ricetta rossa o dematerializzata mediante apposito software aziendale e al ritiro dei campioni biologici;
- personale infermieristico regolarmente iscritto all'ordine professionale per le attività di prelievo;
- l'osservanza, nell'espletamento del servizio, dei protocolli operativi dell'Azienda;
- il recapito, con propri mezzi e personale e secondo procedura aziendale, delle provette al

presidio ospedaliero Nuovo San Giovanni di Dio;

- la conservazione e archiviazione delle ricette mediche presso i propri locali rendendosi disponibile a fornire all'Azienda gli originali di tale documentazione in qualunque momento questa ne faccia richiesta;

- fornitura di cotone, disinfettante, lacci emostatici, dispositivi individuali previsti dal D. Lgs.81/08;

- la verifica dell'avvenuto pagamento del ticket e fascia economica, se dovuti, al momento dell'effettuazione dell'esame/consegna materiale biologico o, in via eccezionale, al momento della restituzione del referto. Per ritiro referto tramite posta o FSE, il pagamento è necessariamente effettuato all'atto del prelievo/consegna materiale biologico. Le copie attestanti l'avvenuto pagamento devono essere spillate ad ogni singola ricetta. Qualora l'utente non abbia provveduto al pagamento, l'Istituto potrà in ogni caso

consegnare il referto all'interessato, ma dovrà inoltrare tutta la necessaria documentazione al Presidio aziendale territoriale di riferimento affinché possa procedere al recupero del credito. Inoltre l'Istituto deve verificare i referti non ritirati entro 30 gg. dalla data prevista per la consegna della risposta. Dopo tale termine deve recapitare tutta la relativa documentazione al Presidio aziendale territoriale di riferimento comunicando che trattasi di 'mancato ritiro referto'. L'Istituto dovrà inoltre dotare l'ambulatorio, con oneri a proprio carico, compresi i materiali di consumo, di:

- carrello emergenza con "defibrillatore", come da normativa vigente;
- centrifuga per le provette, con le caratteristiche indicate dal settore competente dell'Azienda;
- computer per l'accettazione collegato ad internet;
- stampante per i vari moduli.

Lo smaltimento dei "rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo" è a carico dell'Istituto che deve attenersi a quanto disposto dal D. Lg.vo 152 del 3.4.2006 e s.m.i. e al D.P.R. 254 del 15.07.2003

e s.m.i. e adeguarsi alla relativa procedura aziendale. L'Azienda si riserva di effettuare appositi controlli sul rispetto di quanto sopra specificato.

Nel caso in cui l'Istituto eroghi servizi di laboratorio in regime privato devono essere tenuti ben distinti ed individuabili i percorsi del SSR da quelli del regime privato.

L'Azienda provvede altresì:

- ad installare ed aggiornare il programma aziendale di accettazione richieste per prestazioni di laboratorio branca K, e a garantire eventuali interventi tecnici in caso di malfunzionamento;
- a fornire la stampante termica (stampante zebra o similare) per le etichette con codice a barre e il materiale di consumo – etichette, ribbon e toner. La manutenzione ordinaria e straordinaria della stampante termica è a carico dell'Azienda;
- a fornire il seguente materiale sanitario di consumo: adattatori luer, camicia per prelievo sottovuoto, aghi a farfalla, aghi prelievo, provette, contenitori per materiali biologici e contenitori per il trasporto delle provette e dei materiali biologici, nonché bollettini postali prestampati, carta A4 e buste;
- a formare ed affiancare con proprio personale esperto gli operatori dell'Istituto nell'attività di registrazione sul programma aziendale di accettazione richieste per prestazioni di laboratori per alcune sedute nel periodo iniziale.

L'Istituto dovrà richiedere all'Azienda l'approvvigionamento dei materiali di consumo con congruo anticipo -almeno un mese prima- direttamente al presidio aziendale territoriale di riferimento tramite email o fax secondo le indicazioni impartite dal Coordinatore Sanitario di Zona o suo delegato

Art. 9 - Tariffe e fatturazione

L'Azienda è tenuta a corrispondere all'Istituto, per ciascuna prestazione sanitaria resa:

- al punto 2.1, l'importo indicato nella corrispondente voce del Nomenclatore Tariffario Regionale di cui alla deliberazione GRT n. 723 del 4.8.2011 e s.m.i con applicazione dello sconto

di 6,50 % sulle tariffe regionali come da normativa attualmente vigente e salvo il sopravvenire di disposizioni normative nazionali o regionali diverse.

-al punto 2.2, un compenso tariffario di € 4,00 (come da Nomenclatore Tariffario Regionale) per ogni accesso comprendente l'accettazione, il prelievo e la consegna del referto. Corrisponderà altresì un rimborso di € 1,50 per ogni accettazione, ritiro di campione biologico e consegna del referto (nel caso in cui sia richiesto il solo ritiro del campione biologico).

A tal fine farà fede il report mensile riepilogativo predisposto dalla SOS Patologia Clinica San Giovanni di Dio e la dichiarazione di congruità qualitativa e quantitativa espressa dal Responsabile di Zona o suo delegato.

L'Istituto emette fatture mensili per l'importo corrispondente alle prestazioni oggetto del presente atto di cui al punto 2.1 scontate e **al netto** della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), quota di compartecipazione aggiuntiva e contributo di digitalizzazione.

La fattura deve essere emessa dall'Istituto a seguito di validazione regionale dell'attività svolta così come risultante dagli specifici applicativi software in uso entro il mese successivo a quello di erogazione delle prestazioni.

Per la fatturazione delle attività di cui al punto 2.2 sulla base del sopra indicato report mensile predisposto dalla SOS Patologia Clinica San Giovanni di Dio.

La fattura è posta in pagamento entro 60 giorni decorrenti dalla data di trasmissione della fattura elettronica al Sistema di Interscambio SdI corredata contestualmente dalla stampa del report dell'attività mensile già validata dalla Regione ed elaborata dagli specifici applicativi software in uso.

L'omissione o il ritardo negli adempimenti descritti dà luogo ad inadempienza contrattuale di cui al successivo art. 20.

L'Istituto si impegna a sanare, ove possibile, le anomalie segnalate dall'Azienda riguardo la fatturazione e/o la documentazione a corredo della medesima, oppure ad emettere la nota di

credito, tempestivamente e comunque non oltre il mese successivo alla segnalazione. In mancanza di sanatoria oppure in assenza della nota di credito la fattura non verrà liquidata fino alla regolarizzazione da parte dell'Istituto.

L'Azienda, prima di procedere al pagamento di quanto spettante, acquisisce d'ufficio il Documento di regolarità contributiva DURC per quanto concerne gli eventuali versamenti dovuti a INPS/INAIL/CASSE EDILI e nel caso di certificato irregolare provvede ad attivare l'intervento sostitutivo secondo quanto disposto dall'art. 4 comma 2 del D.P.R. 207/2010 e art. 31 commi 3 e 8 bis del D.L. 69/2013 convertito dalla L. 98/2013.

Qualora nel corso di vigenza del presente atto la Regione Toscana apporti modifiche al Nomenclatore Tariffario Regionale, di cui alla deliberazione G.R.T. n. 723 del 4.8.2011 e s.m.i., l'Azienda provvede ad apportare le conseguenti modificazioni alle tariffe applicate.

Art.10- Tracciabilità dei flussi finanziari

In analogia a quanto previsto dall'art. 3 della L. 136/2010 e s.m.i, l'Istituto è tenuto ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso Istituti Bancari o presso la Società Poste Italiane S.p.A., anche non in via esclusiva.

Ai sensi della determinazione dell'ex AVCP n.4/2011 tale attività non è soggetta agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari.

Art. 11-Modalità di trasmissione dei flussi informatici

L'Istituto si impegna a trasmettere, secondo i tracciati record previsti, tutta l'attività erogata ivi compresa quella che non genera effetti finanziari a carico del servizio sanitario nazionale.

Pertanto invia entro il terzo giorno lavorativo del mese successivo a quello di riferimento (o entro le date che verranno indicate sulla base della normativa regionale), il flusso informatico previsto dalla normativa vigente – Flusso DOC.SPA, anche con l'ausilio di specifici applicativi software, in modo da consentire all'Azienda il rispetto delle scadenze contenute nelle norme regionali e nazionali in materia.

L'Istituto con più sedi trasmette l'attività erogata secondo i codici assegnati alle strutture di erogazione.

L'Azienda richiede integrazioni al tracciato record in base al modificato debito informativo nei confronti della Regione Toscana dandone comunicazione formale all'Istituto; quest'ultimo si impegna ad adeguarlo entro 60 giorni dal ricevimento di tale comunicazione. In difetto l'Azienda sospenderà la liquidazione delle competenze.

L'Istituto è tenuto inoltre a fornire i dati di struttura del presidio ambulatoriale e delle relative apparecchiature di diagnosi e di cura così come richiesto dalla competente struttura di ESTAR, nel rispetto delle scadenze e delle modalità di trasmissione.

L'Istituto si impegna inoltre a collaborare nella trasmissione delle ulteriori informazioni che si renderanno eventualmente necessarie qualora siano apportate modifiche al sistema informativo sanitario.

L'Azienda potrà variare il software aziendale di accettazione a seguito di mutate esigenze aziendali/regionali, dandone comunicazione formale all'Istituto che dovrà prontamente utilizzarlo; in difetto l'Azienda sospenderà la liquidazione delle competenze.

Art. 12- Verifiche

L'Istituto contraente riconosce all'Azienda il diritto di procedere in qualsiasi momento a verifiche sulla qualità, quantità, 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.

L'attività erogata sarà inoltre oggetto di controllo da parte della S.O.S. Verifica della Qualità delle Prestazioni erogate, pertanto l'Istituto deve essere disponibile ad inviare tempestivamente copia della documentazione clinica/amministrativa delle prestazioni erogate anche in formato elettronico alla Direzione Sanitaria Aziendale.

L'Istituto si impegna a conservare presso la propria sede tutta la documentazione inerente

L'attività oggetto della presente convenzione.

Art.13- Incompatibilità

L'Istituto si impegna ad accertare e dichiarare che nessuno dei sanitari o di altro personale che opera presso la Struttura si trova in situazione di incompatibilità rispetto alla Legge 412/1991 e smi art. 4 co. 7 e Legge 662/1996 e smi art. 1 co. 5 e co. 19.

Della verifica sopra indicata viene data comunicazione con apposita dichiarazione scritta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e smi a questa Azienda entro il 31 Gennaio di ogni anno.

L'Azienda può richiedere all'Istituto la propria dotazione organica con la quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni oggetto della presente convenzione.

L'Istituto si impegna a consegnare tempestivamente la documentazione richiesta.

E' fatto altresì divieto, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 53 del D. Lgs.vo 165/2001 e smi e del Piano Nazionale Anticorruzione, ai dipendenti dell'Azienda che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali concernenti le attività del presente accordo, di svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego attività lavorativa o professionale presso l'Istituto.

Art.14- 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 maggio 1995. Detta carta dei servizi è a disposizione per informazione degli utenti presso i locali dell'Istituto ovvero pubblicata sul sito web del medesimo.

Art.15 – Tutela dell'utente

L'Istituto riconosce il diritto alla tutela dell'utente e le modalità per il suo esercizio di cui al regolamento di Pubblica Tutela dell'Azienda contraente, collabora con l'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) e con la Commissione Mista Conciliativa nominata dal Direttore Generale

dell'Azienda.

Gli operatori preposti al servizio sono tenuti alla osservanza della normativa regionale vigente per gli operatori dei servizi pubblici in materia di tutela dei diritti dell'utente nonché i principi contenuti nel codice di comportamento dell'Azienda adottato con deliberazione n. 1358 del 16.09.2016 e pubblicato sul sito aziendale www.uslcentro.toscana.it alla voce "amministrazione-trasparente- disposizioni generali – atti generali".

Art.16 - Privacy

Le Parti si impegnano ad ottemperare ad ogni prescrizione del D.Lgs. n.196/2003 e del Regolamento UE 2016/679,, in materia di protezione di dati personali e sensibili.

Si obbligano reciprocamente a mantenere la massima riservatezza su tutti i dati e le informazioni che possano assumere dal presente contratto, secondo quanto fissato dalla normativa dettata dal Codice della privacy.

Il Rappresentante Legale dell'Istituto è nominato dall'Azienda "Responsabile del Trattamento" di dati ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003. Il Rappresentante Legale si impegna a nominare "Incaricati del trattamento" tutti gli operatori impegnati nel servizio oggetto della presente convenzione. E' tenuto ad osservare e far osservare le disposizioni contenute nel "Regolamento attuativo del Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al D. Lgs. n. 196/2003" adottato con delibera del Direttore Generale n. 173/2018 pubblicato sul sito aziendale www.uslcentro.toscana.it alla voce "privacy".

Art. 17 - Polizze Assicurative

A copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'Azienda dall'Istituto con mezzi, strumenti e personale propri, il contraente dichiara espressamente di essere in possesso della polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi, con massimali adeguati e dal medesimo ritenuti congrui, della polizza assicurativa a copertura del rischio incendio fabbricati, nonché della polizza infortuni in favore dei soggetti che usufruiscono delle prestazioni oggetto

della presente convenzione, esonerando espressamente l'Azienda da qualsiasi responsabilità per danni o incidenti che dovessero verificarsi nell'espletamento della attività oggetto della convenzione.

Art. 18 - Adempimenti

L'Istituto si impegna ad attuare tutti gli adempimenti necessari per l'ottenimento ed il mantenimento dei requisiti di accreditamento di cui alla L.R. 51/2009 e s.m.i. e al Decr. Presidente Giunta Regionale n. 79/R del 17.11.2016, compreso –a mero titolo esemplificativo– garantire tutti gli obblighi derivanti dal D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, anche relativamente alla gestione delle emergenze, alla prevenzione incendi e di primo soccorso, ad interventi di manutenzione strutturali, edili ed impiantistici, necessari per assicurare il mantenimento della sicurezza dei locali e dell'edificio.

Art.19 - Decorrenza, rinnovo, proroga

19.1 decorrenza.

La presente convenzione produce effetti dalla data di apposizione dell'ultima firma in formato digitale e avrà scadenza il 31/03/2019.

Le Parti concordano che nelle more della sottoscrizione del presente accordo, sono fatti salvi i rapporti eventualmente intercorsi tra le parti secondo quanto previsto nel presente contratto.

Ogni variazione alla presente convenzione è concordata tra le Parti e recepita con atto scritto, fatte salve eventuali modifiche normative a livello nazionale e/o regionale in materia.

19.2 proroga.

E' consentita altresì all'Azienda la possibilità di attivare, con un preavviso di almeno un mese, una proroga tecnica per un massimo di tre mesi qualora si rendesse necessaria per approfondimenti per nuovo accordo contrattuale.

Art. 20 - Inadempienze, sospensione, recesso, risoluzione.

20.1 Inadempienze e penali

Nel caso di riscontrate inadempienze alla presente convenzione, l'Azienda è tenuta a contestare per iscritto tramite PEC le inadempienze stesse; le eventuali controdeduzioni dell'Istituto dovranno essere comunicate all'Azienda entro e non oltre il termine massimo di 15 giorni dal ricevimento delle contestazioni. In caso di non accoglimento delle controdeduzioni da parte dell'Azienda il competente ufficio aziendale procede 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'Istituto per le prestazioni rese.

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

L'Azienda si riserva di sospendere il pagamento dei corrispettivi mensili in caso di inadempienza o scorretto invio del flusso informatico di cui all'art. 10 fino al suo ripristino.

20.2 - sospensione

L'Azienda si riserva la facoltà di sospendere la convenzione qualora accerti il mancato rispetto degli adempimenti di cui all'art. 15. Di fronte a tale inosservanza sarà concesso all'Istituto un termine di 30 giorni dalla contestazione affinché si adegui alla normativa. Al termine di tale periodo, qualora venga verificato il persistere dell'inottemperanza, si procederà a sospendere la convenzione per 90 giorni, al termine dei quali, nel caso perduri la violazione, la convenzione si intenderà automaticamente risolta.

20.3 -recesso

Qualora l'Istituto intenda recedere dalla convenzione deve darne comunicazione all'Azienda per

iscritto tramite PEC con preavviso di almeno tre mesi, in ogni caso esaurendo le prenotazioni già programmate.

L'Azienda può recedere dalla convenzione per motivate esigenze di pubblico interesse o per sopravvenuta diversa normativa regionale o nazionale in materia, dando comunicazione per iscritto tramite PEC con preavviso tre mesi. In tale caso, nessun indennizzo è dovuto all'Istituto da parte dell'Azienda.

20.4 - risoluzione

L'azienda può risolvere inoltre dalla convenzione previa comunicazione scritta inoltrata tramite PEC e con preavviso di norma di un mese, nei seguenti casi:

- reiterate contestazioni per fatturazione errata o ricette irregolari;
- reiterate ipotesi di inosservanza delle disposizioni della presente convenzione tali da essere valutate dall'Azienda, per la natura dei fatti che le costituiscono o dei motivi che le hanno determinate, causa di risoluzione del contratto;
- mancata trasmissione dei flussi di attività e dei dati relativi alle caratteristiche del presidio, risultati non sanati alla fine dell'anno di riferimento delle attività;
- sospensione dell'attività non preventivamente concordata con l'Azienda.

20.5 -Clausola risolutiva espressa.

La presente convenzione decade di diritto nei seguenti casi:

- ritiro dell'autorizzazione sanitaria;
- reato per condotta esercitata ai danni dell'Azienda;
- accertato caso di incompatibilità ai sensi dell'art.10 addebitabile a responsabilità dell'Istituto;
- nel caso in cui nella gestione e proprietà dell'Istituto vengano accertate infiltrazioni mafiose da parte della Prefettura;
- e in tutti i casi previsti dalla normativa vigente.

Art.21- Foro competente

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

Art. 22- Responsabili della convezione

Sono individuati quali Responsabili della convezione:

a) per l'Azienda:

- il Responsabile Unico del Procedimento nella figura del Direttore della SOC Accordi contrattuali e convenzioni privato accreditato sanitario e socio-sanitario;
- per il livello di programmazione delle attività il riferimento è rappresentato dal Direttore della S.O.S. Gestione del Privato Accreditato e Liste di Attesa, che opera in sinergia con i Responsabili di Zona ed i Dipartimenti sanitari interessati per competenza;
- per gli aspetti tecnico-professionali il riferimento è rappresentato dal Direttore del Dipartimento per le attività di propria competenza;
- il Direttore del Dipartimento Medicina di Laboratorio per gli aspetti tecnico-professionali;
- per le azioni di verifica e controllo della qualità delle prestazioni erogate il riferimento è rappresentato dal Direttore della S.O.S. Verifica della Qualità delle Prestazioni Erogate, in collaborazione con i Dipartimenti sanitari interessati e i Responsabili di Zona/Direttori SdS

b) per il soggetto contraente:

- il rappresentante legale dell'Istituto Sig. Mario Pacinotti

Art. 23- Spese e clausole finali

Il presente atto consta di n. 21 pagine ed è sottoposto a registrazione solo in caso d'uso a cura e a spese della parte richiedente.

Le spese di bollo, ove dovute, sono a carico del soggetto contraente e assolte nelle modalità previste dalla legge.

Per quanto non contemplato nella presente convenzione si rinvia alle norme di legge e di regolamenti in materia sanitaria, amministrativa, civile e penale in quanto applicabili, nonché ai Protocolli operativi aziendali consegnati al personale dell'Istituto all'atto della formazione.

Presso la S.O.S. Accordi contrattuali e convenzioni sanitarie dell'Azienda verrà conservata agli atti tutta la documentazione afferente la presente convenzione

Letto, approvato e sottoscritto

per l'Azienda USL Toscana Centro

per l'Istituto

Il Direttore SOC Accordi contrattuali e convenzioni privato il Legale Rappresentante

accreditato sanitario e socio-sanitario;

Sig. Mario Pacinotti

Dott.ssa Lucia Carlini

(documento firmato digitalmente)

(documento firmato digitalmente)