

**CONVENZIONE PER L'ACQUISTO DI PRESTAZIONI DI RICOVERO
OSPEDALIERO, RIABILITAZIONE, ATTIVITA' CONGIUNTA, CURE
INTERMEDIE, SPECIALISTICA AMBULATORIALE E
DIAGNOSTICO-STRUMENTALE - ANNI 2021 – 2022 – 2023 - 2024**

TRA

l'Azienda USL Toscana Centro, di seguito denominata "Azienda", codice fiscale e partita IVA 06593810481, con sede legale in Firenze, P.za S. Maria Nuova n.1, nella persona del Direttore SOC Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti privati delegato alla stipula del presente atto con deliberazione del Direttore Generale n. 632 del 03 maggio 2021 ;

E

KORIAN SEGESTA S.P.A. per Casa di Cura Villa delle Terme S.P.A. Presidi Falciani e Marconi - con sede legale in viale Cassala, 16 – 20143 – Milano nella persona del dott. Federico Guidoni nella sua qualità di Amministratore Delegato, di seguito definita "Casa di Cura ", PI/CF 01322470483;

VISTI:

- la **Legge 23 dicembre 1978, n.833** “ *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*”, in particolare all’art. 26 “Prestazioni di riabilitazione”;
- il **Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**, ss.mm.ii. recante “*Riordino della disciplina in materia sanitaria*”;
- il **Decreto Lgs. n.196 del 30 giugno 2003** “*Codice in materia di protezione dei dati personali*”, così come modificato con D. Lgs. 101/18;
- la **Legge Regione Toscana 24 febbraio 2005, n. 40**, ss.mm.ii., “*Disciplina del Servizio Sanitario Regionale*”, ed in particolare: art. 29, comma 1, art. 29, comma 3, art. 29, comma 5, art. 29, comma 6, e art. 76;
- la **Legge Regione Toscana 5 agosto 2009, n. 51** ss.mm.ii., “*Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento*”;
- la **Deliberazione Giunta Regionale Toscana del 28 novembre 2011 n. 1062** “*Accordo quadro relativo al triennio 2012-2014 tra la Regione Toscana e le Associazioni in rappresentanza delle strutture ospedaliere private accreditate*”;

- **il Decreto Legislativo 6 luglio 2012, n.95** *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini?”*;
- la **Deliberazione del Direttore Generale n. 541 del 26 maggio 2015** *“ Presa atto della sottoscrizione dello schema di “Contratto per attività di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale. Determinazione tetti finanziari anni 2015 e 2016/2018”.*
- **il Decreto Legge 19 giugno 2015, n.78** *“Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuit  dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonch  norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali.”*;
- la **Legge 28 dicembre 2015 n. 208** *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”, (legge di stabilit  2016)”*, in particolare c.574,577, 680,704;
- **il Decreto Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R** *“Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n.51 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie;*
- **il Regolamento Europeo 2016/679 (RGPD)**;
- **il DPCM 12 gennaio 2017** con il quale sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza di cui all’art. 1, comma 7, del D.Lgs 502/92;
- la **Deliberazione GRT del 343 del 3 aprile 2017** *“ Determinazione dei tetti della mobilit  interregionale per l’acquisto di prestazioni da soggetti privati accreditati e approvazione delle azioni di ottimizzazione”*;
- la **Delibera G.R.T. del 15 maggio 2017 n. 504** di recepimento del D.P.C.M. 12.01.2017;
- la **Delibera GRT del 7 agosto 2017 n.909** *“Indirizzi regionali per l’organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera”*;
- la **Deliberazione del Direttore Generale n.179 del 30 gennaio 2019** *“Sistema Aziendale Privacy. Soggetti del trattamento dei dati: responsabili, referenti, incaricati, Ricognizione e ratifica degli schemi degli atti di nomina. Ulteriori determinazioni;*
- **il Piano Socio Sanitario Integrato Regionale 2018/2020** approvato con Delibera CRT n. 73 del 09 ottobre 2019;

- la **Deliberazione Giunta Regionale Toscana del 8 novembre 2018 n. 1220** “*Determinazione dei tetti massimi per l’acquisto di prestazioni dalle strutture sanitarie private accreditate*”; ove tale deliberazione dovesse essere dichiarata anche parzialmente illegittima, le Parti entro sei mesi modificheranno la presente convenzione;
- la **Deliberazione Giunta Regionale Toscana del 10 agosto 2020, n.1168** “*Determinazione in ordine all’acquisto di prestazioni dalle strutture sanitarie private accreditate: adeguamenti a seguito contenzioso*”;
- **Regolamento 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. Revoca DPGR n. 85/R dell’ 11 agosto 2020*”

PREMESSO

- che con la sopra richiamata Deliberazione Giunta Regionale Toscana n. 1220 del 8 novembre 2018, sono stati determinati, a decorrere dal 1 gennaio 2019, i tetti massimi per l’acquisto di prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private accreditate che alimentano i flussi SDO/SPA, provvedendo alla individuazione di dette strutture ed alla definizione del tetto massimo omnicomprensivo per ciascuna di essa (indipendentemente da tipologia di prestazione, casistica e provenienza dei pazienti), ed ha altresì individuato nelle singole Aziende sanitarie i soggetti competenti a definire, entro il limite del tetto massimo, quantità e qualità delle prestazioni rese in regime convenzionale, nonché tipologia delle stesse, sulla base delle necessità riscontrate nel territorio di riferimento e della programmazione complessiva dell’offerta;
- che in ragione di ciò appare indispensabile disciplinare i rapporti con la presente convenzione fra la Casa di Cura e l’Azienda USL Toscana Centro per l’acquisto di:
 - o prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in forma ordinaria e di day hospital
 - o prestazioni di riabilitazione cod. 56
 - o prestazioni di riabilitazione ex art. 26 (Flusso SPR)
 - o prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (Flusso SPR)

- prestazioni di cure intermedie
 - prestazioni di attività congiunta
 - SUAP
 - USV
 - assistenza Domiciliare Integrata
 - medicina da DEA e lungodegenza
 - oculistica
 - prestazioni ambulatoriali diagnostico strumentali (Flusso SPA)
 - prestazioni ambulatoriali specialistiche (Flusso SPA)
 - prestazioni di chirurgia ambulatoriale (Flusso SPA)
 - dialisi
 - radioterapia
- che sono fatti salvi i rapporti intercorsi tra le Parti nelle more della sottoscrizione del presente atto, secondo quanto indicato nei precedenti rapporti contrattuali;
 - che con deliberazione n1051 del 9 settembre 2020 l'Azienda USL Toscana Centro ha Preso atto dell'Accordo con le sigle Rappresentative degli Istituti Privati Accreditati del 13/07/2020 (progettualità aziendale anno 2020 e periodo successivo 2021-2024);
 - che con deliberazione del Direttore Generale n.262 del 18/02/2021 è stato approvato lo schema di convenzione condiviso da tutte le Case di Cura interessate;
 - che con deliberazione del Direttore Generale n.632 del 03/05/2021 è stata approvata la Tabella A contenente i budget annuali per il periodo 2021 – 2024;

PREMESSO ALTRESI'

Che la Casa di Cura nel sottoscrivere la presente convenzione, dichiara:

- di essere in possesso dei requisiti relativi alla vigente normativa sulla sicurezza e di prevenzione incendi (allegare CPI)
- di essere in possesso dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie rilasciata dal Comune di Firenze con provvedimento n. 2017/DD/01466 del

02.03.2017 e dell'autorizzazione rilasciata dal Comune di Impruneta n.6/2016;

- di essere in possesso dell'accreditamento istituzionale rilasciato con Decreto GRT n.12446 del 28.08.2017 così come modificato dal Decreto dirigenziale n.15762 del 16/10/2017, nello specifico:

il processo medico nella disciplina di geriatria erogato nella Struttura di ricovero ospedaliero per acuti ubicata a Impruneta – Via Cassia, n.217

il processo ambulatoriale nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione erogato nel centro di recupero e riabilitazione funzionale e nell'ambulatorio specialistico ubicato a Impruneta – Via Cassia, n.217 e nel centro di recupero e riabilitazione funzionale e nell'ambulatorio specialistico presso la sede ubicata a Firenze, Via Marconi, n.4

il processo riabilitazione nella disciplina di medicina fisica e riabilitazione erogato nella struttura di ricovero ospedaliero ubicata Impruneta – Via Cassia, n.217 e nella struttura di riabilitazione extraospedaliera a ciclo continuativo e diurno presso la sede ubicata a Firenze, Via Marconi, n.4

- che si rendono disponibili a garantire l'offerta della propria collaborazione, per la quantità e la qualità delle prestazioni inserite nel presente Accordo Contrattuale, afferenti ai Flussi regionali SDO – SPA - SPR, considerato che il privato convenzionato deve essere parte integrante dell'offerta complessiva regionale e come tale oggetto di politiche di programmazione sanitaria coerenti con quelle che regolano l'erogazione dei servizi nelle strutture pubbliche a partire da un'analisi dell'offerta complessiva regionale in rapporto ai fabbisogni della popolazione residente, in conformità ai principi individuati dalla citata Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220.

TANTO PREMESSO SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 PREMESSE

1.1-Le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente atto.

ART. 2 - OGGETTO DEL CONTRATTO

2.1- In applicazione della Deliberazione di Giunta Regionale Toscana n. 1220 del 8 novembre 2018 sopra richiamata la presente convenzione regola i rapporti tra l'Azienda e la Casa di Cura ubicata sul territorio dell'Azienda USL Toscana Centro per l'acquisizione di:

- prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in forma ordinaria e di day hospital
- prestazioni di riabilitazione cod. 56
- prestazioni di riabilitazione ex art. 26 (Flusso SPR)
- prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (Flusso SPR)
- prestazioni di cure intermedie
- prestazioni di attività congiunta
- SUAP
- USV
- assistenza Domiciliare Integrata
- medicina da DEA e lungodegenza
- oculistica
- prestazioni ambulatoriali diagnostico strumentali (Flusso SPA)
- prestazioni ambulatoriali specialistiche (Flusso SPA)
- prestazioni di chirurgia ambulatoriale (Flusso SPA)
- dialisi
- radioterapia

Le prestazioni acquisite sono precisamente indicate nell'allegato A) ove sono indicate tutte le prestazioni ed il tetto complessivo che sarà considerato come "storico" della Casa di Cura accreditata ubicata sul territorio dell'Azienda USL Toscana Centro.

Si precisa che le prestazioni acquisite sono tra quelle previste dalle Deliberazioni di Giunta Regionale n.947/2016 *"Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 1° ottobre 2016"* e n. 723/2011 *"Approvazione dell'adeguamento del Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica strumentale e di laboratorio"* e s.m.i.

2.2- L'attività è erogata nella Casa di Cura oggetto di accreditamento a favore degli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, nei limiti definiti con l'allegato A, parte integrante e sostanziale della presente convenzione

ART. 3 – ATTIVITA'- MODALITA' DI EROGAZIONE

3.1- In esecuzione della Deliberazione Giunta Regionale Toscana n. 1220 del 8 novembre 2018 recante “*Determinazione dei tetti massimi per l'acquisto di prestazioni dalle strutture sanitarie private accreditate*” l'Azienda determina per la Casa di Cura, nell'ambito delle prestazioni consentite dall'accreditamento, i tetti di spesa per le prestazioni di seguito indicate:

- prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in forma ordinaria e di day hospital
- prestazioni di cure intermedie
- prestazioni di riabilitazione cod. 56
- prestazioni di riabilitazione ex art. 26 (Flusso SPR)
- prestazioni di riabilitazione ambulatoriale (Flusso SPR)
- prestazioni di cure intermedie
- prestazioni di attività congiunta
- SUAP
- USV
- assistenza Domiciliare Integrata
- medicina da DEA e lungodegenza
- oculistica
- prestazioni ambulatoriali diagnostico strumentali (Flusso SPA)
- prestazioni ambulatoriali specialistiche (Flusso SPA)
- prestazioni di chirurgia ambulatoriale (Flusso SPA)
- dialisi
- radioterapia

come indicati rispettivamente nella tabella A) (tetto storico complessivo con indicazioni dei singoli importi per attività) parte integrante e sostanziale della presente convenzione.

Eventuali quote non erogate per motivi emergenziali (Es. Covid) potranno essere imputate negli anni successivi di vigenza della presente convenzione.

3.2 - Le prestazioni sono rese per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda USL Toscana Centro della Regione Toscana come specificamente risultanti, per tipologia e quantità, e prestazioni che la Casa di Cura eroga in favore di cittadini residenti in territorio di competenza di altre Aziende esterne alla Regione Toscana, con le modalità e le precisazioni di cui al punto 3.11- del presente atto.

3.3 La Casa di Cura accreditata garantirà l'esecuzione delle attività oggetto dell'accordo indicando la sede dove saranno svolte come da autorizzazione ed atto di accreditamento di cui in premessa.

3.4 In ogni caso, l'Azienda si riserva la facoltà, sentita la Casa di Cura, di rimodulare, in corso d'anno, i volumi di attività in base al sopravvenire di eventuali diverse esigenze aziendali, ovvero in caso di norme, regionali o nazionali, sopravvenute.

3.5 La Casa di Cura si impegna ad eseguire le attività all'interno dei corrispondenti volumi economici sulla base della programmazione comunicata dalla ASL e ad accettare e conformarsi alle eventuali modifiche intervenute a detta programmazione, ovvero resesi necessarie anche per effetto di normative sopravvenute.

3.6 La Casa di Cura si impegna a programmare l'attività in modo da consentirne l'omogenea erogazione nell'intero periodo di riferimento contrattuale, salvo le eventuali chiusure programmate dall'Azienda.

3.7 Eventuali modifiche alla programmazione di cui al presente articolo, determinate da esigenze della Casa di Cura non programmate, potranno essere rese operative a seguito di espresso accordo tra le parti, da conseguire tramite reciproco scambio di corrispondenza. Fermo restando il tetto complessivo, è ammessa una flessibilità non superiore al 5% tra i tetti di branca rapportati alla annualità

3.8 La Casa di Cura al momento della presa in carico e nel monitoraggio del percorso clinico valuterà la presenza/permanenza dei criteri di appropriatezza del percorso ai fini della precoce e corretta individuazione di diversi setting assistenziali e di dimissione, fatti salvi i setting ad invio diretto della Azienda USL Toscana Centro o di altre Aziende Ospedaliere del SSR.

3.9 Per tutti i ricoveri oggetto del presente contratto la Casa di Cura indicherà il numero di posti letto adeguati alla tipologia e ai volumi di attività previsti. Per

eventuali attività svolte in regime di comfort alberghiero, richiesto dai pazienti come elemento accessorio ed opzionale del ricovero, devono essere presenti posti letto separati dai primi.

3.10 La scelta “Comfort alberghiero” non può essere chiesta né proposta quale privilegio nell’accesso al ricovero al di fuori delle liste di attesa.

3.11 La Casa di Cura si impegna a tenere un’unica lista di attesa, in linea con i criteri stabiliti dalla Deliberazione Giunta regionale del 20 luglio 2009, n. 638 che non potrà essere influenzata dalla scelta del comfort alberghiero da parte del cittadino.

3.12 L’Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Casa di Cura sia per l’attività eseguita oltre i volumi di attività per ciascuna singola tipologia di prestazione di cui alla tabella A) allegata alla presente convenzione e fatte salve eventuali variazioni concordate tra le Parti, sia per quella eseguita oltre il tetto di spesa complessivamente assegnato a ciascuna per i residenti nel territorio della Regione Toscana e per residenti in Aziende sanitarie di altre regioni, fermo restando il tetto unico per le attività previste dalla DGRT 1220/18

3.13 La Casa di Cura è vincolata al rispetto delle determinazioni emanate a livello nazionale e regionale in ordine all’appropriatezza delle prestazioni di ricovero ospedaliero.

3.14 Il Programma di cui al punto 3.13 è sottoposto a verifica in corso d’anno per l’attività svolta al 30 settembre di ogni anno. Qualora le verifiche pongano in evidenza livelli produttivi inferiori a quelli congiuntamente programmati, l’Azienda si riserva di orientare nuovamente il livello di prestazioni acquistate per cittadini residenti.

3.15 La Casa di Cura prende atto che, come previsto dalla Deliberazione Giunta regionale 8 novembre 2018, n. 1220, la valutazione del rispetto dei vincoli previsti dalla normativa vigente è svolta a livello regionale, non più di singola azienda sanitaria, e che detta valutazione presenta le seguenti caratteristiche.

- è assicurata tramite i flussi informativi specifici relativi all’assistenza ospedaliera (SDO);
- è tesa a valutare il rispetto dei limiti quantitativi assegnati alla Casa di Cura e la coerenza rispetto a quello contrattualmente previsto.

Tale presa d'atto sarà considerata solo al momento in cui tale disposizione venga recepita in ogni contratto di ogni singola area Vasta

3.16 La Casa di Cura ha l'obbligo di controllare che l'utente sia iscritto al Servizio Sanitario Nazionale o in possesso di deroga rilasciata dalla Direzione Sanitaria Aziendale e di conservare in cartella tale attestazione limitatamente alle prestazioni ad accesso diretto con richiesta del MMG. Le prestazioni rese ai pazienti non in possesso dei requisiti sopra indicati non saranno riconosciute fatto salvo quelle ad invio diretto da parte della AUSL Toscana Centro o altre Enti o Aziende del S.S.R. La Casa di Cura deve procedere al monitoraggio, una volta che il paziente è in carico a loro, dotandolo dei mezzi necessari e della collaborazione dei servizi Aziendali dedicati, confrontandosi con i servizi sociali territorialmente competenti in caso di necessità.

ART. 4 - VOLUME ECONOMICO

4.1 La Casa di Cura accetta per gli anni 2021 – 2022 – 2023 – 2024 i tetti sotto specificati, salvo le integrazioni di volumi collegati all'aumento delle tariffe di cui all'art. 5) in virtù di quanto indicato nella Delibera GRT 1510 del 30/11/2020, nell'allegato A) tetto storico complessivo parte integrante e sostanziale del presente Accordo.

4.2 La Casa di Cura concorda che non vanterà nessun credito eccedente rispetto ai volumi di riferimento specificati, con riferimento a quelli complessivi di cui all'Allegato A.

La Casa di Cura si impegna ad assicurare coerenza fra quanto indicato nei flussi informativi regionali SDO/SPA/SPR e gli importi fatturati all'Azienda che dovranno comunque essere fatturati secondo gli ordinativi tramite la piattaforma NSO

Le Parti concordano che verranno remunerate esclusivamente le prestazioni effettivamente erogate e l'Azienda si intende esonerata da ogni obbligo nei confronti della Casa di Cura per l'attività eseguita oltre i volumi di attività e oltre i volumi finanziari complessivamente assegnati.

La Casa di Cura concorda che non vanteranno nessun credito eccedente tale volume, salvo diverso accordo regolarmente autorizzato dalla Direzione Aziendale.

Per quanto riguarda i ricoveri le Parti si danno atto che l'obbligo di spesa a carico del SSR permane con riferimento al solo periodo di erogazione di prestazioni, ovvero fino alla dichiarazione di dimissibilità rilasciata da parte del medico, salvo singoli casi espressamente autorizzati dalla Direzione Aziendale della Azienda USL Toscana Centro

L'Azienda è esonerata da ogni obbligo nei confronti della Casa di Cura sia per l'attività eseguita oltre i volumi di attività per ciascuna singola tipologia di prestazione, sia per quella eseguita oltre il tetto di spesa complessivamente assegnato. Resta salva la facoltà dell'Azienda di autorizzare preventivamente modifiche operative alla programmazione attuata tramite il predetto allegato, purché nell'ambito del tetto di spesa complessivo. In caso di intervento di tale preventiva autorizzazione, le prestazioni eccedenti quelle fissate per ciascuna tipologia, purché rientranti nel tetto complessivo di spesa, saranno liquidate dall'Azienda.

Potranno essere previsti spostamenti nei vari sottotetti solo se formalmente autorizzati dalla Direzione Aziendale, sia per i residenti della Regione Toscana, sia per i residenti fuori dalla Regione Toscana, fermo restando che è in ogni caso consentita la variazione entro il 5% prevista dall'art. 3.7;

4.3 Restano salvi i progetti speciali espressamente deliberati e finanziati dalla Regione Toscana.

4.4 La Casa di Cura si impegna a rispettare la programmazione e a dare tempestiva comunicazione alla Direzione Aziendale di eventuali scostamenti rispetto alla attività programmata nel corso dei vari mesi dell'anno, al fine di una puntuale nuova programmazione e negoziazione delle attività nel corso dell'anno di riferimento, sempre nell'ambito del tetto complessivo contrattato con il presente atto.

4.5 L'Azienda organizza monitoraggi periodici per la verifica dell'andamento dell'erogato in riferimento all'Allegato A) (budget assegnato).

4.6 Le quote di budget non erogate, relative all'attività in erogazione congiunta e relative al budget trasferimenti da DEA, possono essere erogate direttamente dalla Casa di Cura nell'ambito delle discipline accreditate, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria,

ART. 5 - TARIFFE

5.1 Le tariffe per le prestazioni di ricovero ospedaliero sono contenute nella citata Deliberazione Giunta Regionale del 27 settembre 2016, n. 947 – Tabelle B 2° Livello tariffario - Tariffe massime da applicare sul territorio regionale per i presidi di ricovero che operano in regime di elezione programmata., salvo diversi accordi ovvero in esecuzione di provvedimenti nazionali e/o regionali in materia di tariffe e funzioni emergenziali.

Le tariffe per le prestazioni di residenzialità territoriale USV – SUAP sono definite dalla Delibera GRT n.1374 del 10/12/2018 “*DGR n.309/2018 Organizzazione di setting di assistenza residenziale territoriale per persone con grave disabilità conseguente a patologia neurologica acquisita al termine della fase acuta-sub acuta e per persone in fase di esiti: ridefinizione tariffe dei setting unità di stati vegetativi e speciali unità di accoglienza permanente e sostituzione dell'allegato A*”.

Le tariffe per i setting assistenziali post acuzie hanno come riferimento le seguenti normative:

- Delibera GRT n.86 del 24.01.2005 “*Determinazione tariffe massime regionali delle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza erogate in regime di ricovero ospedaliero*”
- Delibera GRT n.595 del 30.05.2005 “*Percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione. Percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale*”
- Delibera GRT n.776 del 06.10.2008 “*Approvazione accordo tra regione Toscana, aziende USL e coordinamento centri di riabilitazione extraospedaliera toscani: definizione tariffe per gli anni 2008.2009.2010*”
- D.M. 18 ottobre 2012 “*Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*”
- Delibera GRT n. 909 del 07.08.2017 “*Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera*”
- Ministero della Salute “*Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione*” del 02.07.2019

Le tariffe sono comprensive di tutti i costi relativi all'assistenza ivi compresi, a titolo di semplificazione, protesi, ausili, farmaci, gas medicali, prestazioni specialistiche

ambulatoriali correlate, fatto salvo quanto diversamente indicato nelle procedure aziendali.

Esse s'intendono comprensive di tutti i costi sostenuti per la produzione delle singole prestazioni di ricovero, ivi compresi gli oneri relativi alle endoprotesi, agli impianti protesici, ortesici ed ausiliari, farmaci, gas medicali utilizzati per le prestazioni di ricovero ed alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, quando correlate ad un episodio di ricovero, salvo diversi accordi.

5.2 Sarà effettuato un aggiornamento tariffario nel caso in cui i riferimenti normativi precedenti vengano superati dal legislatore.

5.3 Sono compresi nella Day Surgery, e quindi soggetti alla stessa tariffa, anche gli interventi che richiedono un pernottamento del paziente.

5.4 La degenza preoperatoria è considerata pari a zero. Gli accertamenti di preospedalizzazione non costituiscono elemento di necessità di ricovero anticipato.

5.5 Gli accertamenti clinici, di laboratorio e strumentali effettuati in fase di preospedalizzazione, richiesti dalla struttura interessata a cui l'assistito si è rivolto, solo nel caso in cui segue il ricovero, sotto il profilo economico sono remunerati con lo specifico DRG e rientrano nell'ambito dello stesso ricovero. Il ricovero in ambito chirurgico si intenderà concluso al termine della prima visita di follow-up, entro e non oltre 30 gg dalla dimissione del paziente.

5.6 Qualora, per volontà del paziente, non si proceda al ricovero la Casa di Cura provvederà al recupero delle spese sostenute per gli esami di preospedalizzazione direttamente dal paziente, indipendentemente da eventuali esenzioni possedute dallo stesso.

5.7 Per i DRG anomali (DRG 469 e DRG 470) la tariffa sarà pari a *euro zero*, tranne che per i pazienti inviati dall'ospedale pubblico per i quali sia stato verificato che non è possibile riclassificare il DRG.

5.8 I ricoveri in day hospital/surgery o ordinari di n.1 giorno anche nel caso in cui risultino attribuiti ad un DRG complicato saranno retribuiti come non complicati.

5.9 La tariffa per l'attività congiunta è riconosciuta al costo del DRG meno il 10% salvo diversi accordi concordati con la Direzione della Azienda USL Toscana Centro.

5.10 Per quanto riguarda i ricoveri, le parti danno atto che l'obbligo di spesa a carico del SSN permane con riferimento al solo periodo di erogazione di prestazioni, ovvero fino alla dichiarazione di dimissibilità rilasciata da parte del medico salvo singoli casi espressamente autorizzati dalla Direzione Aziendale della Azienda USL Toscana Centro. Per eventuali ulteriori periodi successivi di permanenza, la Casa di Cura si accorderà in autonomia con il paziente, stipulando con lo stesso apposito atto e, pertanto, gli ulteriori periodi non saranno a carico del SSN.

5.11 Le prestazioni specialistiche ambulatoriale s'intendono al netto della compartecipazione a carico dell'assistito, con erosione del tetto assegnato al lordo scontato, fatturazione al netto di sconto e quota di compartecipazione alla spesa del paziente.

ART. 6 - MODALITA' DI ACCESSO

6.1 L'accesso presso la Casa di Cura avviene con le seguenti modalità:

- per l'area chirurgica l'accesso è diretto su prescrizione del MMG in conformità con i criteri stabiliti dalla Delibera GRT n. 638/2009e s.m.i.;
- gli altri accessi, ivi compreso quelli derivanti da attività congiunta, avverranno secondo procedure definite con la Azienda USL Toscana Centro.

6.2 L'accesso diretto per i residenti in altre regioni verrà regolato secondo i criteri previsti dal SSN (richiesta del MMG) ad eccezione della Riabilitazione ospedaliera (Cod. 56), dei ricoveri di riabilitazione psichiatrica e alla lungodegenza che deve avvenire a seguito di prescrizione specialistica da struttura pubblica, da struttura privata convenzionata con autorizzazione della Direzione Sanitaria della ASL di residenza del paziente, in ordine richiesta di fisiatra, psichiatra, e per la lungodegenza di internista, fisiatra, geriatra, neurologo.

6.3 L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriale avviene secondo quanto concordato con l'accordo sottoscritto con gli Istituti privati accreditati che erogano questa tipologia di prestazione, così come approvato con delibera n.717 del 13 maggio 2019 e successivamente modificato con Delibera n.1051 del 9 settembre 2020.

6.4 Nei casi di ricovero superiori ai 60 giorni è previsto un periodo fino ad un massimo di 10 giorni con la tariffa prevista per il setting assistenziale per i periodi di proroga, dal 71° giorno si applicano le tariffe della lungodegenza con i relativi scaglionamenti.

ART. 7 - REQUISITI DI IDONEITA' PER EROGARE L'ASSISTENZA IN CONVENZIONE per la medicina da DEA

L'attività di medicina da DEA è attribuita alle strutture che hanno almeno il 40% delle attività ad invio da parte della AUSL Toscana Centro. Le strutture che ospiteranno la continuità di cura e ricovero della Medicina DEA dopo la stabilizzazione del paziente devono garantire i seguenti servizi e/o prestazioni, anche per il tramite di accordi e/o convenzioni con strutture convenzionate/accreditate:

struttura organizzativa e tecnologica:

attività di medicina interna

attività di diagnostica di laboratorio h.24

attività di diagnostica per immagini (TAC – ECO)

attività trasfusionale (emoteca)

essere in grado di effettuare consulenze cardiologiche, ginecologiche, ortopediche, nefrologiche, psichiatriche, urologiche, di chirurgia generale

essere in grado di erogare ai degenti prestazioni endoscopiche in ambito digestivo ed urologico

servizio anestesilogico;

Requisiti organizzativi:

dotazione organica che preveda un rapporto adeguato in base alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni con un minimo di rapporto personale di assistenza pari ad 1 operatore (leggasi: OSS e infermieri) ogni 5 pazienti (NOR) e un tempo di assistenza media (MAD) di 200'-220' a persona;

accettazione dei pazienti provenienti dal DEA in orario 8-19 per 365 gg l'anno;

DOTAZIONE DI PERSONALE PER L'AREA CHIRURGICA

Dotazione di personale che prevede un rapporto adeguato in base alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni con un minimo personale di assistenza pari ad

1 operatore (leggasi: OSS, infermieri) ogni 5 pazienti (NOR) e un tempo di assistenza media (MAD) di 200'-220' a persona;

DOTAZIONE DI PERSONALE PER RIABILITAZIONE

Dotazione di personale che prevede un rapporto adeguato in base alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni con un minimo personale di assistenza pari ad 1 operatore (leggasi: OSS, infermieri/fisioterapisti):

- ambulatoriale P2 n.1 fisioterapista ogni 45' di trattamento
- ambulatoriale P3 n.1 fisioterapista ogni 60' di trattamento
- domiciliare n.1 fisioterapista ogni ora di trattamento + 30' per il viaggio
- degenza riabilitativa cod. 56 h 2 di fisioterapia al giorno per ogni posto letto dal lunedì al sabato per attività individuale, 30' di nursing orientato in senso riabilitativo e 30' di attività di gruppo (n.1 fisioterapista ogni 3-4 pazienti)
- riabilitazione ex art. 26 h 2 di fisioterapia al giorno per ogni posto letto dal lunedì al sabato per attività individuale, 30' di nursing orientato in senso riabilitativo e 30' di attività di gruppo (n.1 fisioterapista ogni 3-4 pazienti con la riduzione della sola assistenza medica che nel cod. 56 deve essere erogata h24 e nell'ex art. 26 6ore/die

DOTAZIONE DI PERSONALE PER LUNGODEGENZA

Dotazione di personale che prevede un rapporto adeguato in base alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni con un minimo personale di assistenza pari ad 1 operatore (leggasi: OSS, infermieri/fisioterapisti) ogni 6 pazienti(NOR) e un tempo di assistenza media (MAD) di 170'-180' a persona.

DOTAZIONE DI PERSONALE PER CURE INTERMEDIE

Dotazione di personale che prevede un rapporto adeguato in base alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni con un minimo personale di assistenza pari ad 1 operatore (leggasi: OSS, infermieri) ogni 8 pazienti(NOR) e un tempo di assistenza media (MAD) di 140'-160' a persona.

ART. 8 – ALTRE MODALITA' DI EROGAZIONE: ATTIVITA' CONGIUNTA, RIABILITAZIONE, CURE INTERMEDIE

8.1 ATTIVITA' CONGIUNTA: L'Azienda è titolare a tutti gli effetti dell'attività congiunta erogata in favore dei cittadini residenti ricoverati presso la sede della Casa di Cura.

L'erogazione dell'attività congiunta avviene nel rispetto di un calendario delle sedute operatorie definito e concordato tra l'Azienda e la Casa di Cura.

8.1.a All'Azienda compete:

- la programmazione e il monitoraggio delle attività specialistiche chirurgiche effettuata a cura dei Direttori delle rispettive Strutture Organizzative Complesse (SOC) nell'ambito dei volumi concordati;
- la compilazione della cartella clinica per la parte di competenza dei professionisti e l'alimentazione del relativo flusso informativo;
- far rispettare al proprio personale le norme in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e di fare rispettare i regolamenti della Casa di Cura;
- fornire alla Casa di Cura e tenere aggiornato l'elenco completo del personale medico autorizzato a svolgere attività presso la stessa.

L'Azienda mette a disposizione:

- in orario di lavoro il personale medico chirurgico della SOC aziendale interessata per l'attività di sala operatoria, per le attività post operatorie e per le attività ambulatoriali;
- in orario di lavoro altro personale dell'Azienda necessario per lo svolgimento in sicurezza delle prestazioni sanitarie;
- il collegamento informatico alla cartella clinica informatizzata gestita attraverso l'applicativo ARGOS e ai programmi necessari per l'espletamento dell'attività;
- la documentazione cartacea su modelli dell'Azienda da far sottoscrivere al paziente durante il ricovero e necessaria a garantire il corretto percorso clinico assistenziale del paziente.

8.1.b La Casa di Cura garantisce l'idoneità dei locali come previsto dalla normativa vigente in materia di lavoro.

8.1.c La Casa di Cura assicura:

- la presenza medica non specialistica sulle 24 ore per assistenza durante la degenza e per i turni di guardia notturni, prefestivi e festivi;
- la presenza di personale infermieristico e addetto all'assistenza della sala operatoria e del reparto di degenza per tutto il percorso fino all'invio al domicilio del paziente, comprese eventuali urgenze festivi e notturne;

- il personale medico anestesista per assistenza durante la permanenza dei pazienti presso la Casa di Cura, comprese eventuali urgenza festive e notturne;
- la disponibilità di farmaci, presidi sanitarie e materiale protesico necessari all'erogazione della prestazione medica di ricovero e cura. Il materiale protesico/impiantabile utilizzato deve essere sottoposto al parere del chirurgo che effettua l'intervento e deve essere conforme ai requisiti di legge;
- i servizi di laboratorio e diagnostica per immagini in pre-ospedalizzazione e durante la degenza, anche per il tramite di accordi e/o convenzioni con strutture convenzionate/accreditate;
- gli spazi operatori in accordo con le esigenze del personale dell'Azienda e della Casa di Cura per i giorni necessari ad effettuare il numero di interventi concordato, compresa la strumentazione richiesta dagli specialisti dell'Azienda specificando a questo riguardo che la prestazione chirurgica deve essere eseguita con tecniche e presidi che garantiscano l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni rispetto al DRG di assegnazione
- i posti letto di degenza necessari allo svolgimento dell'attività concordata;
- la disponibilità di un ambulatorio per effettuare i controlli post-intervento;
- i servizi generali, la ristorazione, il servizio lavanderia, le utenze, le pulizie, lo smaltimento dei rifiuti ospedalieri, supporto alberghiero e di struttura.

8.1.d I pazienti sono quelli presenti nella Lista di Attesa della SOC aziendale interessata dall'erogazione congiunta.

8.1.e La selezione e la programmazione dei pazienti da operare sono effettuate a cura del direttore della SOC Aziendale e dell'Ufficio di programmazione chirurgica dell'Azienda.

E' responsabilità del direttore della SOC Aziendale interessata:

- verificare che su ARGOS sia correttamente importato l'ospedale di ricovero previsto per tutti gli operandi presso la Casa di Cura
- comunicare alla Casa di Cura l'elenco degli operandi con anticipo di almeno 15 giorni rispetto alla data prevista dell'intervento affinché i pazienti possano essere pre ospedalizzati e preparati specificando
- nome e cognome

- data e luogo di nascita
- comune e indirizzo di residenza
- recapiti telefonici
- data di contatto
- classe priorità
- diagnosi
- procedura chirurgica da effettuare
- necessità di preospedalizzare il paziente
- nome e cognome del medico che effettuerà l'intervento.

Verificare e concordare con la Casa di Cura il materiale e le attrezzature necessarie per il corretto svolgimento dell'attività programmata

Verificare l'appropriatezza delle modalità di ricovero e cura dei pazienti che accedono alla Casa di Cura.

Il personale della Casa di Cura sulla base della programmazione prevista, provvede all'effettuazione degli esami preoperatori e della visita anestesiológica.

L'anestesista che visita il paziente compila la cartella anestesiológica cartacea e la allega alla documentazione del paziente. Sono considerati pronti i candidati all'intervento i pazienti che hanno ottenuto il nulla osta anestesiológico.

Il Direttore della SOC chirurgica dell'Azienda sulla base dell'esito degli esami di pre-ospedalizzazione e della visita anestesiológica eseguiti presso la Casa di Cura valuta l'idoneità all'intervento del paziente.

Qualora il paziente non risulti idoneo all'intervento l'anestesista/chirurgo ne annota il motivo sul fascicolo cartaceo pre-ospedalizzazione e nella cartella anestesiológica ne dà informazione all'Ufficio Programmazione Chirurgica del presidio ospedaliero sui afferisce la SOC e al paziente provvedendo a comunicargli che sarà tempestivamente ricontattato dall'Ufficio Programmazione chirurgica per proseguire il percorso di approfondimento diagnostico e/o rivalutazione e riprogrammazione dell'intervento presso gli Ospedali dell'Azienda/Casa di Cura

8.1.f L'accettazione dei pazienti è svolta secondo le seguenti modalità

- per gli interventi ambulatoriali la Casa di Cura effettua l'accettazione e/o la rendicontazione ambulatoriale utilizzando le apposite Agende CUP predisposte

dall'Azienda. L'Azienda si impegna fin da ora a sviluppare e favorire un sistema di dialogo informatico tra i software di cui sopra e quelli della Casa di Cura.

- per gli interventi in regime di ricovero l'Ufficio Accettazione ricoveri della Casa di Cura effettua l'accettazione amministrativa sui software messi a disposizione dell'Azienda poiché la cartella clinica e relativa SDO sono di pertinenza della stessa. L'accettazione può essere effettuata anche dal medico chirurgo dell'Azienda al momento del ricovero.

8.1.g La Cartella clinica utilizzata è quella elettronica aziendale ARGOS integrata da alcune sezioni cartacee della Casa di Cura.

Il personale medico della SOC aziendale interessata compila la cartella informatizzata ARGOS e la stampa ad ogni aggiornamento clinico in modo che sia consultabile per prestare assistenza al ricoverato. Il personale della Casa di Cura scrive sulla cartella cartacea.

Al termine del ricovero la cartella viene archiviata secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Il personale medico della SOC aziendale interessata effettua al momento della dimissione del paziente, il completamento SDO sul programma ADT Arianna nella parte relativa a diagnosi, interventi e procedure praticate. La SDO stampata e firmata è inserita in cartella clinica.

Le cartelle cliniche saranno conservate secondo le modalità previste dalla normativa vigente, mentre il registro operatorio Orma/Web sarà stampato in duplice copia firmata dal chirurgo primo operatore, la prima delle quali viene annessa alla cartella clinica, la seconda compone il registro operatorio della Casa di Cura.

La Casa di Cura tiene un registro dedicato ai materiali impiantati, con identificativo del lotto e quanto altro previsto dalla normativa vigente in materia.

Copia del registro è conservata a cura della Casa di Cura a disposizione del Direttore della SOC aziendale e della Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero (DSPO).

Le cartelle cliniche dei pazienti dimessi sono trasmesse dai sanitari interessati alla Direzione Sanitaria della Casa di Cura per la successiva consegna ai Presidi Ospedalieri aziendali.

L'Azienda, per il tramite dei propri operatori, chiude, entro una settimana dalla dimissione, la cartella clinica.

Le cartelle cliniche chiuse dei pazienti dimessi vengono consegnate settimanalmente presso l'Archivio clinico del Presidio Ospedaliero sede della SOC Chirurgica. Le cartelle cliniche devono essere accompagnate da una distinta inserita in busta chiusa (elenco che evidenzia n° di cartelle consegnate – per nome e cognome e n. SDO). La Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero provvede a recapitare all'archivio le cartelle.

La Casa di Cura si impegna alla tenuta conservazione e archiviazione dei dati nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di Privacy.

La direzione sanitaria del Presidio Ospedaliero sede della SOC Aziendale effettua controlli a campione sulle cartelle cliniche per rilevarne la conformità. L'Azienda è responsabile dell'archiviazione e conservazione delle cartelle cliniche.

8.1.h L'intervento chirurgico è gestito secondo la seguente modalità

- il personale della Casa di Cura provvede al trasferimento del paziente con la documentazione sanitaria dal reparto alla sala operatoria.
- gli infermieri di sala operatoria della Casa di Cura identificano ed accolgono il paziente.
- l'equipe di sala della Casa di Cura provvede alla compilazione della check-list per la parte di loro competenza.
- l'anestesista della Casa di Cura controlla il posizionamento del paziente, provvede all'anestesia, monitora e sorveglia il paziente per tutta la durata dell'intervento, compila la cartella clinica di anestesia e in accordo con il chirurgo prescrive le consegne post operatorie le terapie farmacologiche su STU.
- il chirurgo aziendale coadiuvato dai collaboratori chirurgici aziendali e dall'infermiere strumentista della Casa di Cura esegue l'intervento chirurgico. Il personale aziendale e della Casa di Cura della sala operatoria, ottenuto il nulla osta dall'anestesista della Casa di Cura e dal chirurgo aziendale, verifica la completezza della documentazione clinica e provvede al trasferimento del paziente dalla sala operatoria nel reparto di degenza.

8.1.i Il registro operatorio è quello elettronico di Orma/web, messo a disposizione dell'Azienda.

8.1.l Il post intervento è gestito secondo la seguente modalità

- l'infermiere della Casa di Cura riceve il paziente di ritorno dalla sala operatoria e provvede insieme al personale sanitario alla sua sistemazione
- la sorveglianza clinica del paziente è svolta dal personale infermieristico della Casa di Cura.
- il personale medico della Casa di Cura integra il personale della SOC aziendale interessata per la gestione post operatoria.

Al fine di garantire la corretta assistenza al paziente, la SOC aziendale interessata provvede a comunicare alla Casa di Cura l'elenco dei medici di riferimento a cui rivolgersi in caso di dubbio diagnostico/terapeutico.

8.1.m La dimissione o il trasferimento avvengono dopo la valutazione da parte del medico dell'Azienda e/o del personale medico della Casa di Cura secondo le procedure vigenti.

Il medico che dimette completa la cartella clinica e la SDO consegna al paziente la relazione della dimissione, l'eventuale certificato INPS o certificato di malattia in carta bianca, l'eventuale prescrizione di farmaci e fornisce l'appuntamento per la medicazione alla Casa di Cura interessata e per l'eventuale visita di controllo presso il Presidio Ospedaliero della SOC Aziendale oppure presso la Casa di Cura.

8.1.n qualora si necessiti dell'effettuazione di un esame istologico, il medico aziendale effettuerà su ARGOS la richiesta stampandola in duplice copia una da allegare al campione e una da conservare in cartella.

Questo sarà inviato al servizio di Anatomia patologica dell'Ospedale di riferimento.

Il confezionamento ed il trasporto dovranno essere eseguiti come richiesto dal servizio stesso. La Casa di Cura dovrà assumere le indicazioni necessarie a garantire la corretta conservazione, confezionamento e trasporto dal suddetto servizio e dovrà garantire l'attuazione. L'esame istologico dal servizio di anatomia patologica sarà gestito in analogia agli altri esami eseguiti su pazienti operati nei Presidi aziendali. Il referto sarà inviato alle Strutture sanitarie aziendali interessate.

8.1.o Il paziente che nel corso del ricovero richieda un nuovo intervento per sopraggiunte complicanze sarà gestito presso il comparto operatorio della Casa di Cura previa allerta del medico aziendale responsabile con personale medico specialistico, primo e secondo operatore dell'Azienda e personale medico e anestesista, infermieristico e di supporto della Casa di Cura.

8.1.p La Direzione di Presidio cui afferisce le SOC Aziendale, può dettagliare le procedure organizzative e i protocolli clinici con documenti specifici per ciascuna specialità/tipo di intervento in accordo con la direzione sanitaria della Casa di Cura.

8.1.q I direttori delle SOC Aziendali sono responsabili dell'attività e garanti dell'applicazione del regolamento da parte degli altri medici dell'Azienda, ed hanno la responsabilità diretta nella programmazione degli interventi.

8.1.r Il responsabile del servizio di anestesia della Casa di Cura è garante dell'applicazione del regolamento da parte degli anestesisti.

8.1.s Il coordinatore infermieristico della sala operatoria della Casa di Cura è garante dell'applicazione del regolamento da parte del personale del comparto e del personale addetto all'assistenza del proprio settore.

8.1.t Per le emergenze strutturali vale il regolamento previsto per le altre attività della Casa di Cura.

8.1.u Per l'emergenze organizzative per quanto riguarda il personale aziendale, i direttori delle SOC Aziendali interessate assicurano le sostituzioni per assenze improvvise. Per il restante personale vigono le norme usuali previste dalla Casa di Cura per i propri dipendenti.

8.1.v La Casa di Cura si impegna ad inviare all'Azienda la fattura calcolata come sopra dettagliato per tutta l'attività eseguita, compresa l'attività congiunta, secondo la tempistica indicata dall'art.13 "Modalità richiesta pagamenti" del presente contratto. Dovrà inoltre essere inviato da parte dell'Azienda il riepilogo delle prestazioni effettuate DRG con l'attestazione dell'attività svolta e con l'autorizzazione alla liquidazione da parte del Direttore Rete Ospedaliera Aziendale o suo delegato.

Una verifica sui DRG prodotti e dei DRG prodotti con attività congiunta sarà effettuata non appena disponibile il ritorno regionale dei dati dell'Azienda in caso di difformità saranno effettuati accertamenti e, se del caso, i conguagli economici.

L'Azienda provvederà, purchè sia stato rispettato dalla Casa di Cura quanto previsto nel presente atto e pagare le competenze regolarmente fatturate dalla Casa di Cura entro 60 giorni dall'erogazione delle prestazioni decorrenti dal primo giorno del mese successivo a quello di riferimento. I termini di decorrenza sono interrotti in caso di contestazioni.

8.1.z La Casa di Cura e l'Azienda si assumono il rischio e rispondono per responsabilità civile verso terzi per i danni rispettivamente causati da azioni od omissioni del proprio personale ognuno per la parte di propria competenza.

Le Parti provvedono alla compilazione dei modelli HSP.11 e HSP.12 relativi alla dislocazione delle attività chirurgiche e alla verifica circa la conformità dei locali, impianti, ed attrezzature in rispetto della normativa sul rischio radiazioni ionizzanti (Decreto Lgs.230/1995 e ss.mm.ii.) e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, nello specifico quanto disposto dall'art. 26 del Decreto Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii..

I professionisti dell'Azienda esercitano presso la Casa di Cura in orario di servizio, con timbratura in ingresso e in uscita presso il presidio ospedaliero di assegnazione, oppure attraverso altre modalità di timbratura digitale previste dall'Azienda.

L'Azienda è titolare di responsabilità contrattuale verso l'assistito per l'attività erogata nelle divisioni dislocate, come indicato nella Deliberazione GRT n.1203 del 21 dicembre 2009 "Gestione diretta del rischio per responsabilità civile".

La Casa di Cura è titolare di responsabilità contrattuale verso l'Azienda per quantità e qualità di: spazi, personale messo a disposizione, strumentazione e beni di consumo. A tal fine la Casa di Cura stipula appositi polizze assicurative che prevedano massimali adeguati.

Le Parti rinviando ad apposita procedura operativa, definita d'intesa tra la Direzione Sanitaria dell'Azienda e la Direzione Sanitaria della Casa di Cura, l'analisi di dettaglio dell'intero percorso.

8.2 PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE:

8.2.a Riabilitazione ortopedica in regime ospedaliero (cod 56) Il trasferimento diretto dalle Strutture di Ortopedia aziendali alla Casa di Cura avviene secondo le procedure aziendali e loro eventuali modifiche o integrazioni, qualunque sia la provenienza dell'assistito, non prima che siano trascorsi 6 giorni dalla data di ammissione nella Struttura di Ortopedia. Le prestazioni di riabilitazione precoce sono incluse nel DRG ortopedico. La Casa di Cura deve garantire la riabilitazione ortopedica a tutti i casi sottoposti ad interventi di chirurgia protesica individuando il setting appropriato secondo le procedure aziendali.

8.2.b RIABILITAZIONE ORTOPEDICA IN REGIME EXTRA-OSPEDALIERO (EX ART.26) RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE E AMBULATORIALE e DOMICILIARE: il trasferimento diretto dalla SOC Ortopedia aziendale alla Casa di Cura avviene secondo le procedure aziendali e loro eventuali modifiche ed integrazioni e previo per la riabilitazione domiciliare la validazione da parte del competente settore aziendale.

Il trasferimento in riabilitazione ortopedica potrà essere effettuato prima dei 10 giorni qualora il setting appropriato sia individuato in quello extraospedaliero e che di norma non potrà superare una degenza media di 15 giorni.

Le prestazioni di riabilitazione precoce sono incluse nel DRG ortopedico. La Casa di Cura garantisce la riabilitazione ortopedica a tutti i casi sottoposti ad interventi di chirurgia protesica individuando il setting appropriato secondo le procedure aziendali.

8.2.c RIABILITAZIONE NEUROLOGICA IN REGIME OSPEDALIERO (COD 56): il ricovero avviene secondo le attuali procedure aziendali e loro eventuali modifiche o integrazioni,

8.2.d RIABILITAZIONE NEUROLOGICA IN REGIME EXTRA OSPEDALIERO EX ART.26 RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE E AMBULATORIALE , DOMICILIARE: l'accesso avviene secondo le attuali procedure aziendali e loro eventuali modifiche o integrazioni previo, per la riabilitazione domiciliare, la validazione da parte del competente settore aziendale.

8.2.e RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA OSPEDALIERA (COD56): il ricovero avviene secondo le attuali procedure aziendali e loro eventuali modifiche o integrazioni.

8.2.f RIABILITAZIONE RESPIRATORIA IN REGIME OSPEDALIERO (COD 56): l'accesso avviene secondo le attuali procedure aziendali e loro eventuali modifiche o integrazioni.

8.2.g RIABILITAZIONE RESPIRATORIA EX ART.26 IN REGIME RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE E AMBULATORIALE , DOMICILIARE l'accesso avviene secondo le attuali procedure aziendali e loro eventuali modifiche o integrazioni.

8.3 PRESTAZIONI DI CURE INTERMEDIE: l'utilizzo dei posti letto sarà effettuato sulla base delle necessità aziendali, con i volumi economici indicati nell'Allegato A), parte integrante e sostanziale della presente convenzione.

8.3.a Possono accedere alla Casa di Cura i pazienti dimessi da reparti per acuti il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto e che presentano ancora una necessità di tutela medica di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore.

L'attività è erogata a favore degli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale residenti nel territorio dell'Azienda USL Toscana centro.

8.3.b La Casa di Cura si impegna a mettere a disposizione dell'Azienda l'attività di cui al c.15.26.2, le attrezzature tecniche ed il personale qualificato, come indicato nei requisiti previsti dal Regolamento 90/R.

Per i posti di ricovero che saranno oggetto dei singoli accordi con la Casa di Cura, questa assicurerà l'erogazione delle prestazioni secondo quanto previsto dalla Delibera GRT n.909/2017.

8.3.c L'accesso avviene secondo le attuali procedure aziendali e loro eventuali modifiche o integrazioni.

ART. 9 - OPZIONE DELL'UTENTE

Le parti concordano che il cittadino può liberamente scegliere di ricevere la prestazione sanitaria da:

- Personale medico in rapporto di lavoro subordinato o collaborazione organica coordinata e continuativa con la Casa di Cura ubicata sul territorio dell'Azienda USL Toscana Centro previo sottoscrizione di specifico accordo contrattuale, derivante dalla presente convenzione;
- Personale medico in rapporto di lavoro subordinato o collaborazione organica coordinata e continuativa per attività resa in regime libero - professionale: nel caso in cui il cittadino richieda le prestazioni mediche, con oneri a proprio carico, ad un medico di sua fiducia dipendente della Casa di Cura queste vengano rese in regime libero professionale, l'importo della tariffa relativa al ricovero viene ridotto del 35% dell'ammontare del D.R.G. e comunque nella misura che sarà determinata dagli appositi provvedimenti regionali;
- qualora il cittadino chieda di avvalersi di personale medico che non sia in rapporto di lavoro subordinato o di collaborazione organica e continuativa con la Casa di Cura, il ricovero non verrà considerato a carico del Servizio Sanitario. Pertanto, tutti gli oneri relativi al ricovero sono a totale carico del cittadino; nessun onere graverà sull'Azienda Sanitaria. La Casa di Cura per detti ricoveri, dovrà utilizzare i posti letto aggiuntivi e separati.

All'atto del ricovero, il cittadino assistito esprime liberamente la propria opzione tra i regimi di ricovero consentiti, sottoscrivendo il modello unico di scelta.

Copia del modello relativo a ciascun cittadino ricoverato viene rimessa alla Azienda Sanitaria unitamente all'invio della documentazione.

Per quanto attiene al comfort alberghiero si rimanda all'articolo 2 del presente contratto.

9.1- Incompatibilità

La Casa di Cura garantisce che l'attività in libera professione, resa da personale medico in rapporto di lavoro subordinato o di altra forma legale di idonea collaborazione con le stesse in forma individuale, verrà effettuata al di fuori del normale impegno di servizio. Tale attività, al fine di non contrastare con l'organizzazione istituzionale connessa all'accreditamento, non può globalmente comportare, per ciascun operatore, un volume di attività superiore al 50% di quello assicurato per i compiti istituzionali, sarà obbligo della Casa di Cura accertarlo.

La Casa di Cura comunicherà via mail alla SOC Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti privati due volte nell'anno, l'elenco del personale che opera all'interno della Struttura con rapporto di lavoro subordinato o di altra forma legale di idonea collaborazione. In tale elenco verrà indicato il personale che ha scelto di esercitare anche in regime di libera professione. Le eventuali modifiche verranno comunicate tempestivamente.

Il Primo elenco dovrà pervenire alla sottoscrizione della convenzione con la Casa di Cura.

La Casa di Cura si impegna, nei rapporti con i propri dipendenti, all'osservanza di tutta la normativa nazionale vigente in materia di lavoro, della Legge 189 del 30.07.2002, D.Lgs 276 del 10.09.2003, e all'applicazione del contratto di lavoro vigente al momento della sottoscrizione del presente contratto. Si impegnano, inoltre, ad accertare e dichiarare che nessuno dei sanitari o di altro personale che opera presso le loro Strutture si trova in situazione di incompatibilità rispetto alle Leggi 412/91 e 662/96 e successive modifiche e/o integrazioni, nonché ai 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) prevedendo i casi di incompatibilità con l'attività nelle strutture accreditate e relative deroghe.

ART. 10 - RAPPORTI CON IL CITTADINO

La Casa di Cura si impegna a garantire la corretta informazione al cittadino sulle procedure di accesso, sulle prestazioni erogabili a totale carico del servizio sanitario e sulla differenza, in termini di costo e di tipologia, dei servizi offerti come maggior comfort alberghiero o di attività solvente.

10.1 Durante il ricovero la Casa di Cura sottoporranno al paziente un test di gradimento sui servizi offerti; il riepilogo di tali test e la Carta dei Servizi verranno inviati alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'Ufficio URP aziendale.

10.2 I rapporti di cui sopra devono essere condotti nel pieno rispetto della legge sulla trasparenza (D. Lgs. n. 33 del 14 Marzo 2013 e successive modificazioni), sul procedimento amministrativo (Legge n. 241 del 7/8/1990 e successive modificazioni) e della legge sulla protezione dei dati personali (del Regolamento UE

2016/679 (RGPD) e del D. lgs. n. 196/2003 “Codice in materia di protezione di dati personali” - Codice) e della normativa sulla privacy provvedendo ad acquisire da parte dell’utente consenso scritto al trattamento dei dati personali e sensibili. E’ fatto divieto alla Casa di Cura utilizzare le informazioni assunte nell’espletamento delle attività per fini diversi da quelli inerenti l’attività stessa.

ART. 11 – CONTROLLI

Controlli sulla qualità delle prestazioni di ricovero

11.1- Controlli esterni

La funzione di controllo esterno rappresenta una componente essenziale per il corretto funzionamento del sistema nel suo complesso e per favorire il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale. In quest’ottica la Regione garantisce le linee di indirizzo e programmazione, emanando il piano annuale dei controlli (P.A.C.), che individua l’oggetto dei controlli esterni e le modalità organizzative ed esecutive. L’esecuzione dei controlli è affidata al Team di Area Vasta, che effettua le verifiche direttamente presso le strutture erogatrici (DGRT 188/2019).

L’attività di controllo del Team di Area Vasta è sistematica con cadenza trimestrale e i risultati vengono trasmessi dal Responsabile del Team al Nucleo Tecnico Regionale e al Direttore Generale dell’Azienda USL.

11.2-Controlli interni

L’Azienda, indipendentemente dai controlli esterni, procederà ad effettuare autonomamente dei controlli sia sulla produzione di ricovero che sulle prestazioni ambulatoriali effettuate dalle Strutture Private in Convenzione.

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

Le verifiche sulla produzione dei ricoveri hanno il compito di accertare, mediante l’analisi dei flussi informativi e delle cartelle cliniche, i seguenti aspetti:

- l’appropriatezza del setting assistenziale, con strumenti specifici definiti a livello regionale secondo presupposti tecnico scientifici
- la correttezza della codifica delle schede di dimissione ospedaliera sia

dei ricoveri per acuti che in riabilitazione ed in lungodegenza;

- l'appropriatezza dell'invio del paziente alla struttura privata accreditata da parte del sistema pubblico, secondo i criteri clinici e di continuità assistenziale che saranno stabiliti con apposito Protocollo dall'organo accertante.
- la completezza, la correttezza e la qualità dei flussi dei dati e la loro corrispondenza alle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali erogate.

Al termine della verifica, l'Organo accertatore dovrà rilasciare idoneo e completo verbale contenente una descrizione delle operazioni compiute nonché degli esiti, concedendo un termine per le controdeduzioni da parte della Casa di Cura.

Le attività di controllo interno sono disciplinate da apposito Regolamento, che individua la struttura deputata al controllo e gli ambiti dello stesso, nonché il Piano Annuale dei Controlli Interni, con cui si provvede alla programmazione dell'attività di controllo e verifica nel corso dell'anno.

11.3 -Controllo campionario

La Casa di Cura si impegna ad effettuare l'autocontrollo su un campione casuale del 10% delle cartelle cliniche su tutti i casi ricoverati con relativa segnalazione sul flusso SDO e del 2,5% dei DRG a rischio di inappropriatezza erogati in regime di ricovero. Il campione casuale sarà estratto dalla Casa di Cura stessa direttamente sulla Piattaforma GAUSS con cadenza mensile, sia per quanto riguarda il 10% sia per i DRG a rischio di inappropriatezza. La Casa di Cura inserirà i risultati del controllo campionario negli appositi campi previsti dalla Piattaforma GAUSS. L'Azienda effettuerà il monitoraggio dalla Piattaforma GAUSS dell'avvenuto controllo (DGRT 1140/2014 e DD 6233/2014).

L'Azienda si riserva inoltre, in ordine alle attività erogate dalla Casa di Cura sulla base dell'attuale normativa in materia, di effettuare mediante accessi diretti attività di controllo e vigilanza, tramite le strutture aziendali preposte, sul rispetto del presente accordo contrattuale, sulla qualità dell'assistenza, sull'appropriatezza delle prestazioni rese nonché sugli aspetti di carattere amministrativo.

A tale scopo la Casa di Cura metterà a disposizione la documentazione sanitaria e amministrativa inerente l'attività svolta.

Si conviene altresì che saranno attivati anche controlli di tipo amministrativo effettuabili sia mediante accesso diretto alla Casa di Cura, sia a mezzo della documentazione amministrativa da unirsi alla richiesta di pagamento a prova della prestazione e dell'opzione fatta dal cittadino sulle modalità della sua erogazione.

La SOC Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti privati si riserva di acquisire la documentazione necessaria ai controlli e alle verifiche di tipo amministrativo.

ART. 12 - MODALITÀ TRASMISSIONE FLUSSI E FASCICOLO ELETTRONICO

12.1 La Casa di Cura si impegna a registrare i dati di attività del mese di riferimento, entro il giorno 3 del mese successivo, sulla Piattaforma GAUSS (sistema fornito dall'Azienda che ne risponde in termini di corretto funzionamento e di manutenzione). L'Azienda provvede ad inviare in Regione gli stessi entro il 5 del mese successivo a quello di riferimento; l'Azienda provvede a rendere disponibile per la Casa di Cura sulla Piattaforma GAUSS tale flusso, una volta validato dal sistema regionale, entro il giorno 20 del mese di invio.

La Casa di Cura si impegna a procedere alla fatturazione dell'attività secondo le modalità definite all'art.13 *“Modalità richiesta pagamenti”* e all'art.14 *“Modalità di pagamento”*. Per l'attività di dicembre il termine per l'inserimento nella Piattaforma GAUSS è posticipato al 10 del mese successivo. I dati errati e scartati dal sistema regionale, devono essere corretti dalla Casa di Cura sulla Piattaforma GAUSS. Una volta corretti, saranno automaticamente ricompresi nel primo invio disponibile e validi ai fini della fatturazione insieme ai dati del mese successivo. Qualora le scadenze sopra indicate cadano di sabato o in un giorno festivo, il termine viene spostato al primo giorno lavorativo successivo. L'Azienda comunicherà gli eventuali aggiornamenti dei suddetti flussi in base a nuove disposizioni aziendali, regionali e ministeriali e provvederà a modificare la Piattaforma GAUSS di conseguenza. I campi devono essere correttamente compilati rispecchiando il contenuto della cartella clinica secondo la normativa regionale e nazionale. I tracciati SDO, SPA, SPR devono contenere, oltre alle informazioni richieste dalla normativa regionale, i campi di interesse aziendale. La Casa di Cura si impegna inoltre a fornire dati di struttura dei presidi ambulatoriali e delle relative apparecchiature di diagnosi e cura,

secondo i contenuti e nel rispetto delle scadenze e delle modalità di trasmissione previste dal complesso delle disposizioni normative regionali e ministeriali vigenti in materia di certificazione dei flussi informativi sanitari ed eventuali nuovi modelli.

La Casa di Cura si impegna all'alimentazione del fascicolo elettronico secondo le indicazioni fornite dall'Azienda.

12.2 Per le prestazioni di ricovero ospedaliero, la Casa di Cura fornisce, con cadenza mensile, entro il giorno 3 lavorativo di ogni mese, alla competente struttura organizzativa di Estar, tramite la Piattaforma GAUSS, utilizzando le credenziali in possesso della Casa di Cura medesima, il Flusso SDO relativo a tutte le prestazioni effettuate in favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, di cittadini residenti nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana, compresa la comunicazione dei dati relativi alle prestazioni erogate in regime solvente, secondo il tracciato previsto dalle indicazioni regionali vigenti. Dunque, come da disposizioni ministeriali, in nessun caso un ricovero erogato dalla Casa di Cura va escluso nel processo di alimentazione del flusso SDO. Per gli stranieri, nel caso di scadenza dell'iscrizione sanitaria (STP/ENI) nel corso del ricovero presso la Casa di Cura, qualora il paziente non sia in grado di provvedere direttamente al rinnovo, la Casa di Cura si impegna a verificare la presenza dell'Amministratore di Sostegno o l'avvio delle procedure per la sua nomina, la quale provvede al rinnovo. Dunque, come da disposizioni ministeriali, in nessun caso un ricovero erogato dalla Casa di Cura va escluso nel processo di alimentazione del flusso SDO. La Piattaforma GAUSS effettua il controllo di validità del dato inviato e segnala gli errori prima dell'invio. Nessuna prestazione sarà remunerata se non validata dalla Piattaforma GAUSS e dai validatori regionali.

12.3 La Regione Toscana, sulla base delle informazioni trasmesse da Estar, effettua il calcolo della mobilità sanitaria attiva (compensazioni), per le prestazioni rese dalla Casa di Cura accreditata ad utenti residenti in altre Aziende sanitarie regionali ed extra regionali, inserite nei Flussi SDO, SPA, qualora siano stati presi in carico utenti provenienti da altre aziende sanitarie regionali ed extra-regionali.

12.4 La Casa di Cura si impegnano a modificare i flussi informativi delle prestazioni di ricovero ospedaliero, mediante inserimento nella Piattaforma GAUSS, a seguito

dei controlli sanitari, entro e non oltre il terzo giorno del mese successivo al controllo. Per l'ultimo trimestre tutte le rettifiche devono essere consolidate entro il termine di chiusura del flusso SDO.

12.5 La Casa di Cura sono tenute a fornire i dati di struttura dei presidi ambulatoriali, delle relative apparecchiature di diagnosi e cura, nonché i dati di attività ed i relativi tempi di attesa, e dati di struttura e di attività dei presidi ospedalieri, con le modalità richieste da Estar, secondo i contenuti, nel rispetto delle scadenze e con le modalità di trasmissione previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali, tenendo conto delle eventuali modifiche e/o integrazioni normative che dovessero intervenire nel periodo di validità del presente contratto.

12.6 La Casa di Cura sono tenute all'adempimento e al soddisfacimento di tutti i fabbisogni informativi previsti dalla normativa vigente, con le modalità richieste da Estar e dalle disposizioni regionali e nazionali in vigore. In caso di inadempimento l'Azienda è autorizzata a sospendere i pagamenti dalla data del termine per l'adempimento.

ART. 13 - MODALITA' RICHIESTA PAGAMENTI

13.1 Ai sensi di quanto previsto dall'art. 6 comma 6 del Decreto MEF n. 55 del 3/4/2013, così come modificato dall'art. 25 del D. L. n. 66 del 24/4/2014 (convertito nella L. n. 89 del 23/6/2014) la Casa di Cura provvederà alla fatturazione elettronica dell'attività tramite il Sistema di Interscambio (SDI).

Le fatture elettroniche dovranno essere indirizzate al codice univoco identificativo di questa Azienda che è: UFYJGZ (Firenze) - sarà cura di questa Azienda comunicare eventuali variazioni al codice univoco.

La Casa di Cura si impegnano inoltre a seguire tutte le indicazioni comunicate dalla Azienda su tale materia.

La Casa di Cura metteranno fatture distinte come risulta dal ritorno regionale sulla Piattaforma GAUSS, PYREA secondo quanto previsto dal M.E.F. con D.M. 07/12/2018 attraverso la piattaforma denominata Nodo Smistamento Ordini (NSO)

A tal fine la Casa di Cura dovrà comunicare il codice PEPPOL oppure l'indirizzo PEC che si intende utilizzare per ricevimento degli ordinativi. La Casa di Cura

emettono fatture fino alla concorrenza dei tetti di spesa programmati. L'Azienda è autorizzata a respingere tramite la propria piattaforma le fatture elettroniche emesse oltre il tetto di spesa.

L'Azienda, previa verifica di regolarità amministrativa e contabile, provvederà entro 60 giorni dall'erogazione delle prestazioni decorrenti dal primo giorno del mese successivo a quello di riferimento al pagamento delle prestazioni mediante bonifico sul conto corrente indicato in fattura o altrimenti comunicato per iscritto dalla Casa di Cura.

L'Azienda provvederà a quantificare il suddetto saldo sulla base dell'attività del ritorno regionale risultante sulla Piattaforma GAUSS/PYREA

Resta inteso tra le parti che il budget assegnato non può essere suddiviso ed è riferito alla intera annualità.

Eventuali contestazioni dovranno essere formalizzate entro 30 giorni dal ricevimento della suindicata quantificazione.

13.2 Per quanto riguarda l'attività congiunta, il volume economico previsto per gli anni di vigenza del presente accordo è indicato nell'allegato A). Con atto a parte verrà indicato il dettaglio delle sedute destinate all'erogazione delle attività congiunta del presente atto, quale sua parte integrante e sostanziale.

Le parti concordano che eventuale e ulteriore attività sarà riconosciuta oltre tetto previa autorizzazione della Direzione Aziendale.

Alla Casa di Cura sarà riconosciuta a copertura totale di quanto fornito un importo corrispondente al 90% del DRG di riferimento.

Anche la tariffa della prestazione ambulatoriale erogata in modalità congiunta viene liquidata per un importo pari al 90% della tariffa della prestazione.

Le prestazioni erogate con modalità congiunta sono rendicontate dall'Azienda e comunicate alla Casa di Cura per la fatturazione attraverso la piattaforma NSO, in coerenza con quanto inserito sulla piattaforma GAUSS.

La Casa di Cura si impegnano ad inviare la fattura calcolata come sopra indicato.

Sono esclusi dalla retta i costi relativi all'inserimento di PEG, dialisi, trasfusioni globuli rossi, radioterapia.

L'eventuale richiesta e fornitura di farmaci ad alto costo, compresi quelli prescritti con Piano Terapeutico, a carico dell'Azienda sarà autorizzata per gli assistiti dell'Azienda stessa solo dopo istruttoria effettuata dalle competenti Strutture aziendali.

13.3 L'Azienda provvederà a remunerare esclusivamente le prestazioni effettivamente erogate ed è esonerata per l'attività eseguita oltre il volume finanziario e di attività assegnato.

La Casa di Cura concorda che non vanterà nessun credito eccedente tale volume.

ART. 14 - MODALITA' DI PAGAMENTO

14.1 L'Azienda provvederà, purché sia stato rispettato dalla Casa di Cura quanto previsto dai precedenti articoli, a pagare le competenze regolarmente fatturate dalla Casa di Cura stesse sulla base del ritorno regionale. L'Azienda, previa verifica di regolarità amministrativa e contabile provvederà entro 60 giorni dall'erogazione delle prestazioni decorrenti dal primo giorno del mese successivo a quello di riferimento al pagamento mediante bonifico sul conto corrente indicato in fattura o altrimenti comunicato per iscritto dalla Casa di Cura.

Nessuna prestazione sarà remunerata se non rappresentata nel Flusso SPA/SDO.

14.2 I termini di decorrenza dei pagamenti sono interrotti in caso di contestazioni.

14.3 Per le prestazioni specialistiche le modalità di gestione del ticket si fa riferimento a quanto stabilito negli accordi di cui alle Delibere del Direttore Generale n. 717/2019 e n. 1051 del 09-09-2020.

14.4 La Casa di Cura, riscuotendo gli importi della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino e la quota ricetta per conto dell'Azienda, assume la veste di agente contabile e, come tale, è soggetto alla vigente normativa in materia.

14.5 L'Azienda sanitaria si riserva di accettare l'eventuale cessione da parte della casa di Cura dei diritti di credito e di ogni altro diritto derivante a suo favore dal presente contratto e/o del contratto stesso a Banche, Società di Factoring, di Leasing o altre istituzioni finanziarie e l'Azienda sanitaria si impegna a sottoscrivere la modulistica richiesta a tal fine dalla Casa di Cura cessionaria, a meno che non sussistano specifiche circostanziate ragioni che lo impediscano. Resta inteso che la Casa di Cura rimarrà solidamente responsabile con la Società cessionaria per l'adempimento

in favore dell'Azienda sanitaria delle obbligazioni tutte derivanti dal presente contratto.

14.6 Le fatture sono poste in liquidazione solo a seguito di verifica della congruità con i sotto-tetti economici previsti per cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, nell'ambito territoriale di altre aziende sanitarie della Regione Toscana e in altre regioni.

ART. 15 - TRACCIABILITA' FLUSSI FINANZIARI E VERIFICA ADEMPIMENTI FISCALI E CONTRIBUTIVI E VERIFICHE ANTIMAFIA

La Casa di Cura assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e ss.mm; deve, quindi, utilizzare un conto corrente bancario o postale, acceso presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicato, anche non in via esclusiva. Tutti i movimenti finanziari relativi all'attività devono essere registrati sui conti correnti dedicati e, salvo quanto previsto al comma 3 del medesimo articolo, devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni. I pagamenti destinati a dipendenti, consulenti e fornitori di beni e servizi rientranti tra le spese generali nonché quelli destinati all'acquisto di immobilizzazioni tecniche devono essere eseguiti tramite conto corrente dedicato, per il totale dovuto, anche se non riferibile in via esclusiva alla realizzazione degli interventi di cui al comma 1 del medesimo articolo.

15.1 L'Azienda contraente, ai fini del pagamento delle competenze dovute alla Casa di Cura, acquisirà il documento di regolarità contributiva (DURC).

15.2 La liquidazione delle competenze avverrà solo nel caso che la Casa di Cura risulti in regola con la contribuzione verso gli Enti previdenziali.

15.3 In ossequio alla normativa vigente l'Azienda provvede alle verifiche ex Decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia".

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

Art. 16 – CONTROLLI AMMINISTRATIVI

16.1 L'Azienda provvede al controllo amministrativo per le prestazioni di ricovero e per le prestazioni ambulatoriali, tramite la ricevuta di invio dati prodotta dalla Piattaforma GAUSS e dietro specifica richiesta a campione di copia delle prescrizioni mediche di richiesta dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali.

16.2 Nel caso in cui sia rilevata un'anomalia, l'Azienda ne dà comunicazione alla Casa di Cura. La Casa di Cura 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 Casa di Cura. La Casa di Cura è tenuta ad emettere nota di credito per anomalie ritenute non sanabili.

16.3 L'Azienda provvede alla verifica della coerenza tra i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti dai flussi informativi regionali per tutte le prestazioni erogate dalla Casa di Cura in virtù del presente contratto.

16.4 Per le prestazioni di ricovero, il confronto avviene tra i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti dal Flusso SDO, presenti nella Piattaforma GAUSS, come desunte dalla ricevuta mensile di invio dati prodotta dalla Piattaforma GAUSS.

16.5 Per le prestazioni ambulatoriali, il confronto avviene tra i dati contenuti nella fattura periodica e le prestazioni risultanti dal Flusso SPA, presenti nella Piattaforma GAUSS, PYREA.

16.6 Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nei flussi informativi regionali, l'Azienda avrà titolo a procedere al blocco del pagamento della relativa fattura dandone comunicazione alla Casa di Cura. La Casa di Cura è tenuta ad emettere nota di credito per incoerenze ritenute non sanabili.

16.7 La Casa di Cura si impegna a conservare in atti presso la propria sede tutta la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli amministrativi. L'Azienda in qualsiasi momento, potrà richiedere la documentazione necessaria ad effettuare i suddetti controlli anche recandosi presso la Casa di Cura.

ART. 17 – OBBLIGHI DELLA CASA DI CURA

17.1 Per quanto riguarda i requisiti inerenti la normativa sulla sicurezza e di prevenzione incendi la Casa di Cura si impegna ad adeguare la Struttura, il personale e l'organizzazione secondo le normative nazionali e regionali che potranno intervenire nel periodo di vigenza del presente atto.

La Casa di Cura 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 Decreto Presidente Giunta Regionale n. 90/R, 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. 18 – INADEMPIMENTI CONTRATTUALI - SOSPENSIONI - PENALI

18.1 Nel caso di riscontrate inadempienze, ritenute dall'Azienda di gravità non tale da condurre, se singolarmente considerate, alla risoluzione contrattuale, l'Azienda è tenuta a contestare per iscritto, tramite PEC o raccomandata con ricevuta di ritorno le inadempienze stesse; le eventuali controdeduzioni della Casa di Cura 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 la competente struttura aziendale procederà all'applicazione delle penali commisurate al danno arrecato e graduate, in base alla gravità della violazione, da un minimo di Euro 400,00 ad un massimo di Euro 5.000,00, anche tramite compensazione con quanto dovuto alla Casa di Cura per i servizi e prestazioni resi.

18.2 L'applicazione delle penali previste dal presente articolo non precluderà 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 la Casa di Cura dall'adempimento dell'obbligazione per la quale sarà

inadempiente e che avrà fatto sorgere l'obbligo di pagamento della medesima penale.

18.3 L'Azienda si riserva di rivalersi sulle strutture inadempienti ai sensi dell'art. 10 in caso di penalizzazione economica derivata dal mancato invio o dall'invio scorretto dei flussi informatici, salvo ogni diritto per l'ipotesi che l'inadempimento non assuma carattere di gravità tale da legittimare la risoluzione del contratto.

18.4 L'Azienda si riserva altresì la facoltà di sospendere immediatamente il contratto qualora accerti il mancato rispetto dei requisiti organizzativi della struttura. Di fronte a tale violazione sarà concesso alla Casa di Cura un termine di 30 giorni dalla contestazione affinché si adegui ai parametri indicati. Al termine di tale periodo, qualora venga verificato il persistere dell'inottemperanza al suddetto obbligo, l'Azienda valuterà la gravità del persistente inadempimento e procederà a sospendere ulteriormente il contratto per 90 giorni, al termine dei quali, nel caso perduri la violazione, il contratto s'intenderà automaticamente risolto.

18.5 L'Azienda si riserva inoltre la facoltà di sospendere il contratto qualora accerti il mancato rispetto degli obblighi di cui agli artt. 14 e 15 del presente contratto. Di fronte a tale inosservanza sarà concesso alla Casa di Cura, ove l'Azienda non reputi la mancanza di gravità tale da legittimare la risoluzione immediata del contratto, 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 il contratto per 90 giorni, al termine dei quali, nel caso perduri la violazione, il contratto s'intenderà automaticamente risolto.

ART. 19 – RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

19.1 Nel caso di gravi inadempienze al presente contratto, l'Azienda sanitaria è tenuta a contestare per iscritto le inadempienze stesse alla Casa di Cura. Qualora la Casa di Cura non provveda a giustificare le inadempienze entro 15 giorni, l'Azienda ha facoltà di risolvere unilateralmente il rapporto con la Casa di Cura stessa.

In ipotesi di giustificazioni da parte della Casa di Cura, l'Azienda è tenuta a valutarle ed a dare espressamente atto di tale valutazione prima dell'adozione di ogni provvedimento, motivando specificamente per il caso di non accoglimento.

19.2 Il contratto si risolverà “*ipso facto et jure*”, avendo la presente disposizione natura di clausola risolutiva espressa, mediante semplice dichiarazione stragiudiziale, intimata a mezzo di raccomandata a/r, posta certificata o fax, in caso di:

- a) non rinnovo dell’accreditamento della Casa di Cura da parte della Regione Toscana;
 - b) reiterata inosservanza dell’obbligo che impone alla Casa di Cura l’obbligo di programmare l’attività in modo da consentirne la omogenea erogazione nell’intero periodo di riferimento contrattuale, salvo le eventuali chiusure programmate.
 - c) frode;
 - d) perdita requisiti previsti dalla normativa vigente per lo svolgimento delle prestazioni contrattuali;
 - e) reiterate violazioni in materia di sicurezza a tutela dei lavoratori;
 - f) in caso di violazione di norme, laddove esse abbiano posto in concreto pericolo la salute degli utenti o dei lavoratori stessi.
- qualora la Casa di Cura non risulti più in regola con le procedure o con i requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e in caso di decadenza degli stessi;
 - in caso di gravi e ripetute violazioni delle norme in materia di sicurezza e delle norme dettate a tutela dei lavoratori, nonché inadempimento delle obbligazioni contrattuali tali da compromettere la buona riuscita del servizio;
 - l'accertato utilizzo di personale incompatibile per la produzione delle attività convenzionate, in violazione delle norme previste in materia dalla legislazione vigente e richiamate dal presente Accordo;
 - in caso di riscontrati inadeguati livelli quali-quantitativi del servizio (con obbligo della Struttura di garantire la continuità del servizio nel rispetto di tutte le obbligazioni nascenti dal contratto) e di gravi e ripetuti ed irrisolti disservizi, oggetto di formali diffide ad adempiere da parte dei servizi competenti;
 - in caso di grave e reiterata mancanza nell’ottemperanza al debito informativo;
 - la reiterata inosservanza da parte della Casa di Cura, più volte comunicata dall’Azienda, dell’obbligo di programmare l’attività in modo da consentirne

- l'omogenea erogazione in dodicesimi durante l'intero arco dell'anno, nel rispetto della programmazione annuale e dei complessivi tetti di spesa stabiliti;
- l'accertato mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
 - l'accertata violazione da parte della Casa di Cura, delle norme vigenti in materia di tutela dei dati personali;
 - la mancata messa a disposizione dell'Azienda della polizza nel corso del rapporto contrattuale o la mancata stipula della stessa alle condizioni indicate dal presente Accordo ovvero il venir meno della polizza stessa per tutta la durata del rapporto.

ART. 20 - OBBLIGHI ASSICURATIVI

20.1 Nell'esecuzione delle prestazioni la Casa di Cura si impegna a tenere indenne l'Azienda ed i suoi operatori da eventuali responsabilità presenti e future relativamente ad eventuali danni provocati a terzi e riconducibili alla condotta del personale della Casa di Cura o determinati da guasti o malfunzionamenti delle apparecchiature o comunque dall'immobile e sue pertinenze.

Per quanto attiene la copertura assicurativa, si applica quanto indicato all'art.10 "Obbligo di assicurazione" della Legge 8 marzo 2017, n.24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

La Casa di Cura, potrà in alternativa, disporre di altre forme di assicurazione (autoassicurazione).

La Casa di Cura è tenuta all'osservanza delle norme in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori, ed in specifico ad assolvere a tutti gli adempimenti previsti.

ART. 21 – PRIVACY

21.1 Il trattamento dei dati personali dovrà avvenire nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 (RGPD), del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, e della deliberazione del Direttore Generale n. 179 del 30.01.2019 visibile sul sito aziendale www.uslcentro.toscana.it alla voce "privacy".

21.2 Ai sensi di quanto indicato ai punti 4, 5 e 6 del dispositivo della sopra richiamata delibera 179/2019, è allegato al presente accordo contrattuale, quale sua

parte integrante e sostanziale, l'“Atto di nomina a Responsabile del Trattamento Dati ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679”, allegato A.1.

21.3 Il Referente trattamento dei dati competente provvederà con le modalità di cui all'art. 24 dell'allegato A.1 alla convenzione tra Azienda e l'Istituto di cui al presente provvedimento, ove è prevista la possibilità di impartire per iscritto eventuali ulteriori specifiche che dovessero risultare necessarie per il corretto svolgimento delle attività di trattamento dei dati e in considerazione dell'istituzione Gruppo di Lavoro Protezione Dati (punto 8 del dispositivo della deliberazione del Direttore Generale n. 179/19).

Art. 22 - PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI E RISERVATEZZA

22.1. Le parti si impegnano a trattare i dati personali oggetto del presente contratto nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento UE 2016/679 (di seguito, GDPR) e dal D.Lgs 196/2003 (di seguito, Codice) nonché dei provvedimenti emanati dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

22.2 L' Azienda USL Toscana Centro, quale Titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell'art.4, comma 7, del GDPR per le attività oggetto della presente convenzione nomina la Casa di Cura KORIAN SEGESTA S.P.A. per Casa di Cura Villa delle Terme S.P.A. Presidi Falciani e Marconi Responsabile del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 28 del GDPR giusto atto di nomina allegato _ unito alla presente convenzione che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

22.3 Il trattamento di dati effettuato per conto del Titolare nell'ambito delle attività di cui alla presente convenzione dovrà essere differenziato dal trattamento di dati che la Casa di Cura KORIAN SEGESTA S.P.A. per Casa di Cura Villa delle Terme S.P.A. Presidi Falciani e Marconi effettua come autonomo titolare.

22.4 Il trattamento dei dati personali da parte della Casa di Cura KORIAN SEGESTA S.P.A. per Casa di Cura Villa delle Terme S.P.A. Presidi Falciani e Marconi per finalità diverse rispetto a quelle consentite dalla presente convenzione, è tassativamente vietato.

22.5 Le informazioni sul trattamento dei dati ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR vengono predisposte dall'Azienda USL Toscana Centro quale Titolare del trattamento e consegnate agli interessati sia in fase di primo contatto, che dalla Casa

di Cura KORIAN SEGESTA S.P.A. per Casa di Cura Villa delle Terme S.P.A. Presidi Falciani e Marconi.

ART. 23 - FORO COMPETENTE

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

ART. 24 - DECORRENZA

24.1. Il presente Accordo contrattuale ha validità dal 01 gennaio 2021 fino al 31 dicembre 2024 ed è prorogabile per un ulteriore anno, in virtù di accordi espressi per accettazione da parte del soggetto contraente, alle medesime condizioni di cui al presente accordo tra le parti.

24.2 I contenuti organizzativi ed economici del presente atto possono essere oggetto di revisione periodica in relazione a mutate esigenze organizzative e gestionali, nonché per variazioni che dovessero intervenire a seguito dell'emanazione di leggi, regolamenti, disposizioni nazionali e/o regionali.

Le eventuali modifiche all'Accordo contrattuale possono essere disposte dalle parti mediante accordi integrativi, da approvare con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda.

ART. 25 - SPESE

25.1 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.

Le spese di bollo sono poste a carico della Casa di Cura.

25.2 La presente convenzione è soggetta 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. 26 – REPERTORIO

26.1 La presente convenzione viene stipulata in forma di scrittura privata non autenticata, secondo le regole della sottoscrizione digitale, con firma elettronica.

26.2 La presente convenzione consta di n. 43 pagine oltre all'Allegato 1) costituente parte integrante e sostanziale della convenzione, ad essa materialmente allegato, ed è conservato agli atti della competente Struttura aziendale, che provvede ad iscriverlo al Repertorio aziendale.

Art. 27 – TRASPARENZA ED INTEGRITÀ

27.1 La Casa di Cura dichiara di aver preso visione del codice etico dell'Azienda approvato con Delibera D.G. 1358 del 16.09.2016 e di accettarne il contenuto per quanto applicabile e condividerne i principi.

27.2 La Casa di Cura 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.28 – RESPONSABILI DELLA CONVENZIONE

Sono individuati responsabili della convenzione:

- per l'Azienda USL Toscana Centro:
 - a) il Direttore SOC Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti privati per la parte amministrativa
 - b) il Direttore della SOS Verifica delle prestazioni erogate, il Direttore della SOS Gestione del Privato Accreditato e Liste di Attesa che opera in sinergia con i Responsabili dei Dipartimenti sanitari interessati per competenza e il Direttore della SOS Gestione Operativa;
- per la parte professionale i direttori di Dipartimento interessati;
- per la Casa di Cura il Legale Rappresentante.....

Art.29 ALLEGATI

Sono allegati alla presente convenzione, quali parti integranti e sostanziali:

- ALLEGATO A) Budget annuale assegnato
- ALLEGATO 1) Atto di Nomina a Responsabile del Trattamento dati ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679 Art. 30

Art.30 NORMA TRANSITORIA E FINALE

Le Parti concordano che i rapporti intercorsi tra le parti a far data da 1/1/2021 e fino alla data di sottoscrizione della convenzione con la Casa di Cura, sono regolati da quanto previsto nel presente Accordo quadro.

Letto, approvato e sottoscritto,

data dell'ultima firma digitale apposta 25/06/2021

per la Casa di Cura KORIAN SEGESTA S.P.A. per Casa di Cura Villa delle Terme
S.P.A. Presidi Falciani e Marconi

Il Legale rappresentante

dott. Federico Guidoni

firmato digitalmente

per l'Azienda USL Toscana Centro

Il Direttore SOC Accordi Contrattuali e convenzioni con soggetti privati

Dr Giorgio Nencioni

firmato digitalmente

Allegato D)

TABELLA CASA DI CURA VILLA DELLE TERME periodo 2021-2024		
CASA DI CURA	SPECIALITA'	TETTO
FALCIANI	MEDICINA INTERNA LDG - COD 60	2.921.115,00 €
	RIABILITAZIONE COD. 56	2.560.403,25 €
	SUB TOTALE Convenzionato flussi SDO/SPA	5.481.518,25 €
	CURE INTERMEDIE SETTING 2	1.197.008,00 €
	CURE INTERMEDIE SETTING 1	1.167.850,00 €
	RIABILITAZIONE EXTRAOSPEDALIERA	2.209.260,00 €
	RIABILITAZIONE AMBULATORIALE	170.000,00 €
	RIABILITAZIONE AMBULATORIALE ACCESSI TERRITORIALI	30.000,00 €
	USV	4.965.125,00 €
	ADI	70.000,00 €
MARCONI	SUAP	2.978.400,00 €
	RIABILITAZIONE EXTRAOSPEDALIERA	2.730.000,00 €
	RIABILITAZIONE AMBULATORIALE	180.000,00 €
	RIABILITAZIONE AMBULATORIALE P3	20.000,00 €
	SUB TOTALE	15.717.643,00 €
	VOLUME CONSENTITO EXTRART	213.187,11 €
	TOTALE RT	21.199.161,25 €
	TOTALE (CON EXTRART)	21.412.348,36 €