

CONTRATTO

**TRA AUSL DELLA ROMAGNA E LA COOPERATIVA LUCE SUL
MARE s.c. Soc a r.l. ONLUS PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI
RAPPORTI DI FORNITURA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE DA EROGARSI PRESSO LA SEDE
ACCREDITATA DI BELLARIA – IGEA MARINA E DEL
POLIAMBULATORIO MALATESTA DI RIMINI**

ANNO 2019

Tra le Parti :

- **AUSL della Romagna (di seguito Azienda- Committente)**, con sede legale in Ravenna in via De' Gasperi n. 8, CF e P. IVA 02483810392 rappresentata dalla Dott.ssa Manuela Manini, Direttore U.O. Acquisizione Prestazioni Sanitarie da Erogatori Esterni, ai sensi della deliberazione del Direttore Generale AUSL Romagna n. 342 del 20/09/2018; PEC : azienda@pec.auslromagna.it

e

- La Cooperativa Luce sul Mare s.c. soc a r.l. ONLUS (**di seguito il Fornitore**) con sede legale in Bellaria Igea Marina (RN) Viale Pinzon, 312/314 C/F /P.IVA 01231970409, rappresentato legalmente dal Dott. Sig. Massimo Marchini

PEC : lucsulmare@legalmail.it

Richiamati, in particolare:

- il D.lgs 502/92 e s.m.i ed in particolare gli artt. 8 bis “autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali”; 8 quater “accreditamento

istituzionale”, 8 quinquies “accordi contrattuali”, 8 sexies “remunerazione” e 8 octies “controlli”;

- il DPCM 12 gennaio 2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7 del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502”;

- la DGR Emilia Romagna n° 426/2000 “Linee guida e criteri per la definizione degli accordi e la stipula dei contratti ai sensi D.Lgs n° 502/92, così come modificato dal D.Lgs n° 229/ 99 e della Legge regionale n° 37/98: “Primi adempimenti” che ha attribuito alle Aziende Sanitarie la competenza alla stipula dei predetti accordi contrattuali a favore dei assistito nel proprio ambito territoriale, in coerenza con gli indirizzi regionali in materia;

- l’Accordo tra la Regione Emilia Romagna - Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - e Centri Riabilitativi (ex art 26) 2016-2018 (DGR n. 5 del 11.1.2017);

- La DGR n. 1943 del 04/12/2017 avente ad oggetto “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie”, la quale conferma l’accreditamento in essere, per le strutture sanitarie che abbiano presentato una valida domanda, nelle more dell’adozione del provvedimento di rinnovo. Tali strutture possono pertanto, continuare a svolgere in regime di accreditamento le medesime attività già accreditate e le Aziende e gli Enti del SSR possono mantenere e stipulare contratti con esse al fine di non creare sospensione nella erogazione dei servizi;

- La DGR n. 2075 del 03.12.2018 avente ad oggetto “Rimodulazione

delle modalità di compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria nella Regione Emilia-Romagna”;

- La DRG n. 2076 del 03.12.2018 avente ad oggetto “Revisione delle modalità di compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria a favore delle famiglie con almeno 2 figli a carico”;

- il D.lgs 159/2011 “Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materie di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136” ed in particolare il libro II recante “ Nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia”, così come modificato e integrato dal d.lgs 2018/2012 e dal d.lgs 153/2014 e s.m.i.;

- La legge n. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica Amministrazione” ed in particolare l’art. 1 comma 42 lett. L che modifica l’art. 53 del d.lgs 165/2001, aggiungendo il comma 16-ter e che disciplina il cosiddetto “revolving doors” o “pantouflage” per evitare che si creino situazioni di conflitto di interessi nel conferimento di incarichi;

- la DGR n° 354/2012 “Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna. Aggiornamento”;

- La Determinazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della regione Emilia Romagna 29 maggio 2018, n. 8104

“Piano annuale dei controlli (PAC) ex delibera di giunta regionale n. 354/2012 – anno 2018”;

- Il Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario, di cui alla DGR 410/1997 e successive modifiche ed integrazioni (DGR 262/2003; DGR n° 1108/2011; DGR 1906/2011; DGR 145 /2013; DGR 253/2015);

- La deliberazione Ausl della Romagna n. 333 del 26/07/2017 con oggetto “Committenza sanitaria per attività di specialistica ambulatoriale – approvazione modello organizzativo”;

- Il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) in particolare l’art. 28 del Regolamento citato, recante la disciplina del Responsabile del Trattamento e, in generale, la normativa vigente in materia di Privacy;

- La deliberazione del Direttore Ausl della Romagna n. 275 del 25/07/2018, avente ad oggetto “Adeguamenti al Regolamento (UE) 2016/679: definizione dell’organigramma delle responsabilità privacy aziendali determinazioni”.

CONCORDANO QUANTO SEGUE :

ART. 1 OGGETTO DELL’ACCORDO

Il presente Accordo regola i rapporti tra L’Azienda Usl della Romagna (**Azienda e/o Committente**) e la Cooperativa accreditata Luce sul Mare s.c. Soc. r.l. ONLUS di Bellaria Igea Marina (RN) (**Fornitore**) per la fornitura di prestazioni di specialistica ambulatoriale e domiciliare oggetto di accreditamento e individuate dal punto di vista

quali-quantitativo nell'allegato piano di Committenza di cui al successivo art. 4, da rendersi a favore di assistiti residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda Usl della Romagna con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale erogate presso le seguenti sedi:

- Cooperativa Luce sul Mare s.c. Soc. r.l. ONLUS Viale Pinzon, 312/314 - Bellaria Igea Marina (RN)
- Poliambulatorio Malatesta Via Marecchiese, 173 - Rimini

ART. 2 REQUISITI OGGETTIVI, SOGGETTIVI E DOCUMENTAZIONE ANTIMAFIA

La Cooperativa Luce sul Mare s.c. Soc. r.l. ONLUS risulta accreditato con determinazioni della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna n. 3637 del 01/04/2011 e successive proroghe con determinazione n° 6416 del 22/05/2015 e deliberazione n° 1604 del 26/10/2015.

Il Poliambulatorio Malatesta Via Marecchiese, 173 - Rimini risulta accreditato con determinazioni della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna n. 3610 del 26/03/2015 e determina n. 9357 del 14/06/2017.

Si dà atto che il Fornitore ha autocertificato di aver presentato valida domanda per il rinnovo dell'accreditamento e che, pertanto, ai sensi della DGR n. 1943 del 04.12.2017, nelle more dell'adozione del provvedimento di rinnovo, la struttura può continuare a svolgere, in regime di accreditamento, le medesime attività già accreditate e le Aziende e gli Enti del SSR possono mantenere e stipulare contratti

con esse al fine di non creare sospensione nella erogazione dei servizi.

Il possesso dei requisiti soggettivi è autocertificato mediante dichiarazione sostitutiva, agli atti dell'Azienda, in conformità alle previsioni del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, sottoscritta con modalità di cui all'art. 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445.

L'Azienda Committente procede ai controlli in merito al possesso dei requisiti autocertificati.

Il Fornitore è soggetto alla informazione Antimafia ai sensi degli artt. 82 e ss. D. Lgs. n. 159/2011 che l'Azienda ha provveduto a richiedere.

Si dà atto che in data 22/08/2018 è pervenuta a questa Azienda la comunicazione liberatoria ai sensi del D. Lgs. n. 159/2011

L'Azienda USL si riserva il diritto di recesso dal presente contratto nell'ipotesi in cui venga accertata l'esistenza di infiltrazioni mafiose da parte della Prefettura o la struttura sia soggetta a qualsiasi provvedimento (anche interdittivo o cautelare) derivante dall'applicazione della normativa antimafia.

ART. 3 DURATA E VALIDITA' DELL'ACCORDO

Il presente Accordo ha durata annuale dal **01.01.2019 al 31.12.2019** e potrà essere concordemente modificato ed integrato in ogni momento, qualora intervengano elementi di valutazione nuovi, sia in ordine agli aspetti sanitari, sia in ordine agli aspetti economici in esito

alle verifiche periodiche e/o in conseguenza di nuove e diverse disposizioni programmatiche, tariffarie, normative (nazionali, regionali e/o locali).

Le eventuali modificazioni e le integrazioni concordate tra le parti e/o che si rendessero necessarie a seguito di nuove disposizioni Aziendali, dovranno essere formalizzate per iscritto, mentre saranno applicate di diritto tutte le disposizioni normative nazionali e regionali che dovessero intervenire nel corso di esecuzione del contratto.

Il possesso dei requisiti di accreditamento e dei requisiti soggettivi è condizione legittimante la stipula del presente contratto. La validità dell'accordo è condizionata alla permanenza, per tutta la sua durata, dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della struttura, nonché dei requisiti soggettivi. Pertanto, anche al fine di consentire all'Azienda Committente la verifica del possesso continuativo dei suddetti requisiti, è onere del Fornitore, il quale si obbliga a tal fine, comunicare tempestivamente all'Azienda Committente:

- a) ogni eventuale sopravvenuta variazione dei dati e/o informazioni indicate nelle dichiarazioni sostitutive rese ed attestanti il possesso dei requisiti oggettivi e soggettivi, fornite all'Azienda Committente ai fini della stipula del presente accordo contrattuale, nonché per la valutazione della congruità dei servizi offerti agli assistiti;
- b) ogni modifica intervenuta negli assetti proprietari, nella struttura d'impresa e negli organismi tecnici e amministrativi.

ART. 4 PIANO DI COMMITTENZA

La tipologia e la quantità di prestazioni specialistiche oggetto del

presente contratto e la relativa valorizzazione economica sono determinate nel piano di committenza, definito dal Direttore di Distretto di Riccione Dott.ssa Laura Zanzani, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente contratto (**ALL. 1 e ALL. 1bis**).

Il piano di committenza è articolato in sezioni rispondenti a:

1) **Committenza ordinaria**: con la quale si definisce una produzione con caratteristiche quali - quantitative sostanzialmente consolidate nel tempo; la valenza temporale di tale sezione copre l'arco temporale dell'anno 2019.

2) **Committenza percorsi di garanzia (per il poliambulatorio Malatesta)**: con la quale si definisce una produzione vincolata alla messa in opera di agende dedicate che soggiacciono ad una prenotabilità subordinata alla disponibilità da parte del cittadino di ottenere una prestazione di primo accesso entro 30 o 60 giorni (rispettivamente per visite e diagnostica). Le tipologie di prestazioni da assoggettare a percorsi di garanzia, nonché i volumi di offerta da garantire da parte del fornitore, sono esplicitati nel piano di committenza la cui valenza temporale **è relativa al 01/01/2019 – 30/06/2019**. Eventuali necessità di continuità temporale e/o di modifiche quali - quantitative che si rendessero necessarie in corso di validità del contratto, tenuto anche conto della variabilità della domanda, verranno concordate e successivamente formalizzate da parte della Azienda con specifiche note, nel rispetto della **programmazione economica complessiva 2019**;

3) **Committenza integrativa**: con la quale si definisce una ulteriore quota di produzione (rispetto a quella di cui ai punti 1 e 2) legata ad eventuali situazioni contingenti di fabbisogno che dovessero insorgere in corso d'anno su determinate tipologie prestazionali o, in ogni caso, destinata al mantenimento dei livelli di offerta utili ad assicurare le performance raggiunte. Nel rispetto della programmazione economica 2019, tale committenza, può essere effettuata per uno o più periodi nel corso dell'anno e può avere come oggetto prestazioni che possono variare nella loro tipologia in relazione alla natura del fabbisogno contingente definito. La messa in opera di tale produzione da parte del fornitore segue le regole delle agende ordinarie per cui non è soggetta al meccanismo operativo delle agende di garanzia.

Il Fornitore si obbliga a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria, di garanzia nonché quella eventuale di tipo integrativo, su tutto l'arco del periodo indicato nel Piano di Committenza. Si sottolinea come la cadenza della offerta debba essere di regola assicurata su base settimanale in quanto- pur facendo salve eventuali diverse indicazioni in merito nei piani di committenza- ai fini del contenimento dei tempi di attesa una cadenza diversa e/o una quantità di offerta diversa da quella stabilita settimanalmente nel piano di committenza, messa in opera in modo unilaterale da parte del fornitore, rende poco efficace la relazione tra domanda e offerta e può rendere inefficace l'utilizzo dei percorsi di garanzia che, di conseguenza, possono mostrarsi improvvisamente

o poco capienti o temporaneamente sovradimensionati. Qualora problemi contingenti del fornitore possano inficiare la suddetta regolarità di fornitura questi è tenuto a darne comunicazione preventiva al committente per concordare le opportune soluzioni e, in ogni caso dare modo al committente di mettere in atto alternative. Il Fornitore non è autorizzato a compensare la eventuale sottoproduzione di alcune branche aumentando in modo discrezionale la offerta su altre, fatto salvo, quale margine di flessibilità, una compensazione tra branche nel range del 10%, nel rispetto del budget complessivo negoziato.

Al di sopra di tale range il reinvestimento di sottoutilizzi, dovrà essere formalmente autorizzato dal committente, nel corso dell'anno, in esito al monitoraggio della produzione.

4) BUDGET ALTRI TERRITORI

Nel piano di committenza suddetto è, altresì, indicata la quota forfettaria destinata ad utenti residenti in altri territori della AUSL rispetto ai quali, nelle more dell'attivazione di un unico centro di prenotazione a valenza aziendale, le modalità di accesso sono definite nell'art. 6 .

A tal proposito è opportuno precisare quanto segue:

Considerato **i tempi della implementazione progressiva per tipologia di prestazioni di specialistica ambulatoriale del CUP Unico-Romagna**, la quota assegnata di budget per residenti in altri territori è fissata limitatamente al periodo **1.1.2019-31.03.2019**, prorogato al 2° trimestre 2019 come da nota Prot. n. 0062470/P

dell' 11.03.2019 per pari valore economico; nel periodo successivo, il riequilibrio della committenza avverrà progressivamente tramite l'ampliamento progressivo della offerta divenuta nel frattempo accessibile tramite CUP Romagna, ed in ordine a quelle prestazioni con evidenza di maggiori criticità dei tempi di attesa e/o di necessità di un mantenimento delle performance raggiunte in coerenza di eventuale aumento della domanda. Il riequilibrio economico della quota "budget altri territori" all'interno del canale del CUP potrà avvenire di norma attraverso rimodulazione delle agende di offerta facenti parte del contenitore della committenza ordinaria, ma non si esclude di riservarne parte anche alle modalità operative dei percorsi di garanzia, in accordo con il fornitore, in specie per tipologie per le quali vi sia evidenza di un consumo consolidato ma insufficiente per il contenimento dei tempi di attesa.

La struttura è pertanto tenuta ad accogliere una domanda ad accesso diretto entro i limiti del budget definito in scheda di committenza e pertanto **definito per il solo 1° trimestre, prorogato al 2° trimestre 2019 come sopra precisato e per le medesime tipologie previste nel piano di committenza ordinaria – fino al completamento del passaggio su CUP Unico-Romagna di tutte le prestazioni previste nei piani di committenza.**

Poiché ci si trova in una fase di passaggio e che è prossima la sperimentazione del cup Romagna i fornitori sono tenuti a non superare il suddetto tetto per il momento assegnato (tramite la

modalità ad accesso diretto) **si rende opportuno dare seguito agli aspetti operativi connessi ed alle eventuali rimodulazioni dei piani di committenza, tramite comunicazioni ad hoc, sentiti i fornitori interessati.**

I livelli di committenza integrativa 2019 e/o di committenza di agende di garanzia non preconstituiscono vincolo per l'Azienda per un consolidamento in sede di futuri accordi, sia per entità economica che per tipologie prestazionali, essendo la natura stessa dei due filoni di committenza strettamente collegata in modo flessibile all'andamento dei tempi di attesa.

ART. 5 TARIFFE, BUDGET E QUOTA DI COMPARTICIPAZIONE

Alle prestazioni negoziate sono applicate le tariffe riportate nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario ¹.

In caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, il volume massimo di prestazioni remunerate, si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di Budget annuali, fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato, come previsto dall'art.8 quinquies del D.Lgs.502/1992.

Il Fornitore potrà erogare prestazioni fino al volume economico

¹ Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario approvato, di cui alla DGR 410/1997 e successive modifiche ed integrazioni (DGR 263/2003 ; DGR n° 1108/2011; DGR 1906/2011;DGR 145/2013; DGR 253/2015).

annuale massimo previsto dai piani di committenza; in caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero di produzione alla struttura non verrà riconosciuto alcun valore economico aggiuntivo, salvo quanto previsto in eventuali integrative formalmente commissionate.

Il Budget complessivo del Piano di Committenza ambulatoriale, è definito al lordo del ticket (riscosso direttamente dal Fornitore in nome e per conto del Committente) e dello sconto convenzionalmente pattuito dettagliato nel piano di committenza, **comunque non inferiore al 2% delle tariffe del Nomenclatore Tariffario Regionale vigente per le prestazioni di specialistica ambulatoriale** definite nel piano di committenza di cui all'art. 4.

La riscossione della quota di partecipazione dell' assistito alla spesa sanitaria (ticket) deve avvenire direttamente presso il Fornitore secondo le modalità vigenti.

Lo sconto si applica anche alle prestazioni erogate a paganti in toto la prestazione che accedono alla Struttura sulla base di prescrizione del SSN.

ART. 6 MODALITA' DI ACCESSO ALLE CURE

Tutti gli assistiti della Romagna possono accedere alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dal Fornitore nell'ambito delle branche connesse al loro accreditamento oggetto di piano di committenza sanitario contrattato.

Le forme di accesso alle prestazioni specialistiche erogate in regime SSN sono:

a) Forma ordinaria: è quella del **Centro Unico di Prenotazione**. Il Fornitore accetta il paziente munito di **prescrizione SSN**. Il Fornitore dovrà accertare la correttezza dei dati identificativi dell'assistito con utilizzo della tessera sanitaria e il rispetto delle disposizioni normative in materia.

b) Forma straordinaria e transitoria (Budget Altri Territori): nelle more della attivazione **del Centro Unico di prenotazione AUSL Romagna** l'assistito, qualora residente in territorio della Azienda UsI della Romagna diverso da quello in cui è ubicato il Fornitore e qualora munito delle prescrizioni mediche di cui alla lettera a) al solo fine di esercitare libertà di scelta, può accedere alla Struttura prescelta tramite prenotazione diretta presso la medesima purché la prestazione richiesta rientri tra quelle oggetto del piano di committenza di cui all'art. 4. Tale modalità rimarrà operativa progressivamente solo per le fattispecie prestazionali che nel frattempo non saranno entrate nel Cup Romagna, nei limiti economici della quota che sarà riservata allo scopo e pertanto solo per le prestazioni che saranno rimaste pertanto ad accesso diretto.

c) Percorsi semplificati: il **piano di committenza** definisce le tipologie di prestazioni "aggiuntive" a quelle figuranti nella impegnativa che ha dato luogo all'accesso presso la struttura tramite regolare prenotazione CUP e che, nell'ottica della semplificazione/completamento dell'iter diagnostico/terapeutico, siano di natura strettamente complementare a quest'ultima; pertanto le prestazioni inserite nel percorso semplificato potranno essere

erogate:

- in assenza di prescrizione SSN e di prenotazione CUP ma a fronte della compilazione di specifica modulistica allegata al presente contratto unitamente alle relative istruzioni operative (**ALL. 2 e ALL. 3**), come previsto dalla Regione Emilia-Romagna;
- solo a favore degli **assistiti** dell'AUSL Romagna;
- solo se coincidono con le prestazioni espressamente esplicitate nel piano di committenza con relativo codice nomenclatore e nei limiti quantitativi ivi definiti pur ammettendo un livello di flessibilità in primis all'interno della branca e, in ogni caso, coerente a quanto definito al punto seguente;
- nel limite quantitativo "totale" evidenziato espressamente nel piano di committenza e che rappresenta il limite massimo del "contatore" che la specifica modulistica deve progressivamente contemplare; rimane inteso che qualora il Committente in occasione di eventuali successive integrazioni di committenza in corso d'opera ("percorsi di Garanzia") preveda anche prestazioni in percorso semplice, il **suddetto limite massimo del contatore sarà coerentemente adeguato.**

ART. 7 PRENOTAZIONE E AGENDE

Il Fornitore concorda con il **Committente** le varie agende di prenotazione e si attiene alla modalità di apertura delle stesse.

La forma di accesso alle prestazioni specialistiche erogate in regime di SSN è quella del **Centro unico di prenotazione ad eccezione dei trattamenti riabilitativi come già definito all'art. 11**. Pertanto i

Fornitori, accreditati per prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono tenuti ad inserire nella rete CUP la totalità della loro produzione, al netto di quella espressamente assoggettata alla modalità dei percorsi semplificati, di quella afferente all'accesso diretto nell'ambito della provincia di Rimini per trattamenti riabilitativi , nonché infine di quella afferente all'accesso diretto da parte di utenti di altri territori.

Il Fornitore inoltre è tenuto a biffare nella procedura onit cup la mancata presentazione da parte dell'utente per consentire all'Azienda l'emissione della sanzione.

Il fornitore si impegna a garantire l'offerta delle agende di prenotazione nel rispetto della programmazione sanitaria negoziata, mantenendo nel corso di validità del contratto una fornitura costante e stabile ed analogamente si comporta dal punto di vista organizzativo per i trattamenti riabilitativi ancorché non prenotabili a CUP.

Fermo restando il tetto massimo di prestazioni concordate formalmente nel piano di committenza, il committente si riserva la facoltà di intervenire in corso d'opera sulla programmazione delle agende facenti parte della committenza ordinaria, in accordo con il fornitore, qualora particolari criticità dei tempi di attesa su una o più prestazioni mostri la opportunità di sviluppare un mix quali-quantitativo diverso da quello inizialmente formulato ad inizio anno; ciò comporterà una coerente revisione del piano di committenza.

ART. 8 DEBITO INFORMATIVO NEI CONFRONTI DELL'AZIENDA COMMITTENTE

Il Fornitore è tenuto al rispetto degli adempimenti connessi al debito informativo per il monitoraggio degli accordi contrattuali, fornendo mensilmente all'Azienda il flusso ASA, secondo le modalità stabilite dalla Circolare n. 2 del 16/02/2011 e s.m.i. ivi comprese quelle concernenti l'applicazione della DGR n. 2075/2018 e 2076/2018.

In particolare, il fornitore è tenuto a trasmettere all'Azienda committente la documentazione relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, distinguendo fra quelle rientranti nella committenza ordinaria, percorso di garanzia ed eventuale committenza integrativa, fra quelle erogate a favore dei cittadini residenti nell'ambito territoriale aziendale e negli ambiti territoriali extra rer.

Il Fornitore deve inserire nel flusso ASA i dati di fatturato al lordo (importo Nomenclatore Tariffario Regionale) e al netto della compartecipazione alla spesa sanitaria, inserendo gli eventuali ticket riscossi in nome e per conto dell'AUSL.

Tale previsione comprende anche quelle prestazioni integralmente remunerate dai ticket (paganti in toto la prestazione SSN); l'inadempimento a tale obbligo informativo comporterà la restituzione, da parte del Fornitore, delle corrispondenti somme di ticket versate dall'assistito e incassate in nome e per conto di questa AUSL.

L'invio del supporto informatico, la sua correttezza e completezza

costituiscono presupposti necessari per il riconoscimento degli oneri relativi all'attività erogata a carico del SSN, nel rispetto dei budget negoziati, in quanto solo le prestazioni accettate nelle banche dati regionali possono giustificare le transazioni economiche ed essere titolo indispensabile per il pagamento delle stesse.

L'Azienda si riserva di richiedere altri dati che ritenga necessari e che il Fornitore è tenuto a fornire.

Il Fornitore è in ogni caso tenuto a comunicare tempestivamente le variazioni intervenute nei modelli di anagrafe sanitaria delle strutture (ministeriale/regionale) nonché ogni altra rilevazione ricompresa nel N.S.I.S.

ART. 9 FATTURAZIONE

Il Fornitore ha l'obbligo di conformarsi a quanto prescritto dall'art. 1 , commi da 209 a 213 , Legge 24 dicembre 2007 n.244 e dal regolamento in materia di emissione, trasmissione, e ricevimento della fattura elettronica da applicarsi alle amministrazioni pubbliche di cui al decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 3 aprile 2013, n. 55.

In specifico, il Fornitore dovrà inviare le fatture in formato elettronico XML , attraverso il sistema di interscambio (SDI) all'Azienda Usl della Romagna-Via de Gasperi 8-48121 Ravenna C.F. e P.IVA :02483810392 CODICE IPA 0L06J9 e nel campo TAG XML1.2.6 “ Riferimento Amministrazione “ COMRN

Il Fornitore addebiterà all'AUSL soltanto le prestazioni sanitarie validate dalla banca dati regionale e, a tal fine, è tenuto ad emettere

fatture mensili uniche a livello aziendale per prestazioni rese nell'arco del mese precedente a favore dei pazienti residenti AUSL Romagna entro al massimo il 20 del mese successivo a quello di competenza.

Alla fattura vanno allegati i due files in formato txt contenenti i dati previsti per il flusso ASA di cui all'articolo 8.

La fattura ed i relativi allegati dovranno evidenziare, per ciascuna branca specialistica le quantità erogate per ogni tipologia di prestazione, il relativo importo risultante dalla Tariffa del Nomenclatore Tariffario Regionale in essere per branca specialistica, con separata evidenza sia dell'importo lordo di fatturato - dedotta l'eventuale compartecipazione alla spesa sanitaria e gli sconti negoziati - sia del conseguente fatturato netto.

Qualora si tratti di ricetta dematerializzata, dovrà essere allegato un modulo sostitutivo con indicazione della prestazione erogata, data, eventuale ticket riscosso e firma del paziente per avvenuta erogazione della prestazione.

Per ogni altra specifica modalità, ivi compresi gli accorgimenti operativi in osservanza della normativa Privacy si rinvia alla nota Prot. n. 14700 del 18.1.2019.

Le prestazioni erogate a favore di assistiti residenti in regione (**infrarar**) sono fatturate alla Azienda Usi ove il paziente risiede sulla base del dato anagrafico risultante dalla prescrizione medica e tessera sanitaria.

Le prestazioni erogate a favore di assistiti non residenti in Regione (**extrarar**) sono fatturate all'Azienda Usi dove ha sede territoriale la

Struttura privata accreditata erogatrice con indicazione del codice fiscale del soggetto beneficiario, della regione e/o Stato estero di residenza. L'Azienda USL procederà alla liquidazione entro i tetti indicati dalla Regione Emilia Romagna nelle more della chiusura della mobilità interregionale.

Le eventuali prestazioni erogate in favore di **stranieri** dovranno essere fatturate all'Azienda AUSL della Romagna separatamente rispetto alle prestazioni emesse per gli altri assistiti.

ART. 10 PAGAMENTI

Le prestazioni rese saranno saldate **entro 60 giorni** dalla data di ricevimento della fattura entro il limite del budget complessivo indicato nel Piano di Committenza e soltanto nella misura validata mensilmente nella banca dati regionale ASA in quanto il flusso ASA costituisce l'unico modello di rilevazione valido per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse.

Pertanto tutti i pagamenti avranno valore di acconto salvo conguaglio a consuntivo (validato ASA) ed espletamento dei controlli di coerenza con la **produzione** commissionata e validata dalla banca regionale.

Eventuali prestazioni riepilogative senza prescrizione medica su ricettario SSN o in data antecedente a quella riportata sulla ricetta non daranno titolo al riconoscimento economico a carico del SSN.

La liquidazione e/o avvenuto pagamento non pregiudicano in alcun modo la ripetizione di somme che, anche in esito ai controlli

amministrativi e di appropriatezza sulle prestazioni sanitarie erogate previsti al successivo art. 12, risultassero indebitamente fatturate, non dovute o dovute in parte.

Resta salva la possibilità per l'Azienda di avvalersi della compensazione di cui all'art. 1241 c.c.

Il mancato pagamento entro i termini previsti non dà diritto al fornitore a sospendere l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto.

ART. 11 OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEL SERVIZIO RESO

Le parti sono tenute a proseguire e a dare attuazione a progetti di miglioramento di appropriatezza della prescrizione specialistica.

Il Fornitore è tenuto, altresì, a garantire appropriati percorsi assistenziali e riabilitativi, secondo procedure operative condivise .

In particolare, Il Fornitore è tenuto all'applicazione delle indicazioni relative alla appropriatezza dei percorsi riabilitativi in regime ambulatoriale e domiciliare, nonché a proseguire l'applicazione delle indicazioni prescrittive per visita fisiatrica (ambulatorie e domiciliare) contenute nei documenti sotto specificati in ragione della loro valenza di "sistema" che coinvolge tutti gli attori (pubblici, privati accreditati, MMG):

- 1) Percorsi appropriati di riabilitazione ambulatoriale;**
- 2) Indicazioni visita fisiatrica ambulatoriale;**

già trasmessi con nota prot. 22975/P del 2 febbraio 2017.

Il Fornitore, in relazione alle prestazioni oggetto del presente contratto, si obbliga a:

- porre in essere ogni utile iniziativa al fine di evitare disagi all'utenza in termini di accessibilità ai servizi, adoperandosi, ove ciò sia compatibile con le condizioni cliniche del paziente, per ridurre al massimo il numero degli accessi;
- a fornire le attività programmate nel rispetto di requisiti prescritti dalla vigente legislazione, sotto i diversi aspetti igienico-sanitario, protezionistico, di sicurezza strutturale, ambientale, tecnologica, di professionalità e di qualità globale. L'attività contrattata sarà, infatti, immediatamente sospesa anche parzialmente, nel caso di accertate e comprovate gravi carenze professionali e tecnologiche che possano precludere la sicurezza degli assistiti. A tale scopo l'Azienda invierà contestazione formale motivata e circostanziata con fissazione di un termine per la rimozione delle stesse o il ripristino delle condizioni carenti, salvo che si verifichino più gravi inadempienze che configurino fattispecie previste esplicitamente dalla normativa vigente come cause di risoluzione dell'Accordo di fornitura;
- a concordare ed attuare protocolli operativi in quelle discipline in cui siano poste in atto indicazioni e linee guida approvate in sede regionale e/o aziendale;
- garantire la piena attuazione degli impegni assunti nella Carta dei Servizi. In caso di reclamo di un utente, il Fornitore si

impegna a fornire tempestivamente adeguata risposta
all'Azienda entro i termini richiesti;

- rispettare la normativa vigente in materia di consenso informato.

Il Fornitore deve consegnare il referto al paziente secondo le modalità in uso presso le medesime con obbligo di comunicare al committente eventuali mancati ritiri.

ART. 12 MONITORAGGIO DEL CONTRATTO LOCALE, CONTROLLI AMMINISTRATIVI, SANITARI E DI APPROPRIATEZZA

Il contratto sarà sottoposto al monitoraggio delle tipologie e volumi contrattati **con cadenza periodica**. Il controllo della produzione riguarderà:

- la corrispondenza tra il piano di committenza e quanto effettivamente erogato dal fornitore nell'arco temporale oggetto di monitoraggio. In ipotesi di scostamento saranno effettuati rilievi per l'analisi delle cause e le azioni correttive funzionali al soddisfacimento del fabbisogno sanitario dell'Azienda USL e alla rispondenza agli obiettivi di programmazione previo accordo con la Direzione Distrettuale competente;
- **il rispetto degli obblighi in materia di prenotazione ed agende di cui all'art. 7.**

Il Fornitore è tenuto in ogni caso al governo della propria produzione al fine di renderla coerente ai livelli quali-quantitativi negoziati.

L'Azienda Committente, inoltre, effettua controlli finalizzati a verificare l'esatto adempimento delle condizioni contrattuali e il corretto utilizzo delle risorse finanziarie. In particolare sono previsti:

1) **Controlli amministrativi** ovvero:

A) Controlli anagrafici (residenza del cittadino): L'Azienda effettuerà opportune verifiche atte ad accertare l'effettiva residenza dell'assistito e il conseguente corretto addebito della prestazione alla Committente;

B) Controlli volti a verificare la congruenza tra importo fatturato e importo validato dalla RER;

C) Controlli finalizzati a monitorare il rispetto dei tetti economici;

D) Controlli di coerenza tra la tipologia di prestazioni erogate e la configurazione di accreditamento, volti a verificare se le prestazioni fatturate corrispondano a quelle rientranti nel provvedimento di accreditamento.

Qualora in esito ai suddetti controlli amministrativi emerga che talune prestazioni siano state indebitamente fatturate dal Fornitore e/o indebitamente remunerate da parte dell'Azienda quest'ultima procederà alla relativa contestazione scritta e a richiedere al Fornitore l'emissione di nota di credito contestualmente al blocco del pagamento fino all'ammontare dell'importo contestato.

Il Fornitore è tenuto ad emettere nota di credito nel termine massimo di 30 gg dal ricevimento della richiesta.

2) **Controlli di appropriatezza:** l'Azienda potrà effettuare, in qualunque momento controlli e/o ispezioni tendenti a verificare sia

l'appropriatezza delle prestazioni rese, sia la congruenza tra prescrizioni, prestazioni erogate e relative tariffe, ai sensi normativa vigente.

Nel caso di riscontrate incongruenze l'Azienda procederà alla relativa contestazione scritta. Le eventuali controdeduzioni del Fornitore dovranno pervenire nel termine di 30 giorni, corredate di adeguati ed oggettivi riscontri giustificativi che in ogni caso l'Azienda si riserva di valutare.

La mancata controdeduzione alla contestazione implica accettazione della contestazione stessa ed in tal caso il Fornitore è fatto obbligo a quest'ultimo di emettere NC per un importo corrispondente a quello contestato.

Le parti convengono che la conservazione della totalità delle ricette mediche relativa alle prestazioni erogate in esecuzione del presente contratto, resterà in carico al Fornitore il quale, a tal fine, dovrà adottare ogni accorgimento per garantire la tutela della Privacy in relazione ai dati personali, anche sensibili, contenuti nelle ricette medesime e garantirne la conservazione e l'integrità per la durata temporale di almeno cinque anni, anche ai fini dei controlli ed ispezioni sopra elencati.

ART. 13 CODICE DI COMPORTAMENTO, INCOMPATIBILITÀ E NORMATIVA ANTICORRUZIONE

Il Fornitore dovrà attenersi, personalmente e tramite il personale preposto, agli obblighi di condotta, per quanto compatibili, previsti dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato con DPR

62/2013, dal Codice di comportamento dell'Azienda USL della Romagna come da ultimo adottato con deliberazione n. 209/2018 e s.m.i., consegnato in copia (**ALL. 4**), nonché dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, come da ultimo aggiornato con Deliberazione del Direttore n. 31 del 31.01.2019 e scaricabile dal link <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-generalipiano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza> che il Fornitore dichiara di conoscere ed accettare, con la sottoscrizione del presente accordo.

L'Azienda si impegna a portare a conoscenza del Fornitore ogni variazione del Codice.

Il Fornitore, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni dei Codici di comportamento (nazionale e aziendale) e del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuto ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità e le eventuali conseguenze negative nonché a prevenire la reiterazione delle violazioni del Codice.

La violazione degli obblighi derivanti dai citati codici, comporterà la risoluzione dell'accordo, previa istruttoria e conclusione del procedimento in contraddittorio con l'Azienda ed applicazione della procedura prevista dall'art. 17 a garanzia del diritto di difesa.

Ai sensi dell'art. 4, comma 7 della legge n. 412/1991 e successiva normativa emanata in materia, in particolare dall'art. 1 della Legge n.662/1996, si conferma l'incompatibilità assoluta del personale del

SSN, nonché del restante personale che comunque intrattiene rapporti con il SSN a titolo convenzionale o anche libero professionale a prestare la propria attività nei confronti del Fornitore.

Pertanto è vietato per il Fornitore avere nel proprio organico, in qualità di consulente o prestatore d'opera, personale che intrattenga un rapporto di dipendenza/convenzionale con il SSN.

Il Fornitore assicura gli adempimenti finalizzati a prevenire conflitti di interesse anche potenziali; in ogni caso il Fornitore che dimostri buona fede non risponde in ordine a false dichiarazioni rilasciate dai professionisti.

Il Fornitore con la sottoscrizione del presente contratto dichiara che in capo al proprio personale non sussistono situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente.

Il fornitore dovrà altresì attenersi agli obblighi di cui all'art. 53, comma 16-ter del D. Lgs. 165/2001 introdotto dalla L.190/2012, relativo al divieto di concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o di attribuire incarichi ad ex dipendenti dell'Ausl della Romagna che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda nei confronti del contraente, nel triennio successivo alla cessazione del loro rapporto di lavoro. La violazione di tale obbligo comporta la risoluzione automatica del contratto e il divieto del fornitore di contrarre con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto sopra previsto sono nulli con l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti. L'onere di verifica

della veridicità di quanto dichiarato dal collaboratore nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio da esso rilasciato preventivamente alla stipula del contratto di lavoro è in capo al Fornitore.

ART. 14 ADEMPIMENTI AI SENSI DELLA NORMATIVA PRIVACY

Le prestazioni sanitarie devono essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari nazionali, regionali e delle linee guida aziendali reperibili e applicabili in materia di Privacy, nonché conformemente al Regolamento Europeo n. 679/2016 sulla protezione dei dati (c.d. GDPR).

Si dà atto che l'Azienda USL, con riguardo ai ruoli che assumono gli operatori pubblici e privati, ha inoltrato specifica richiesta di chiarimento al DPO aziendale e Regionale finalizzata, nello specifico, a chiarire la qualificazione giuridica (titolare o responsabile esterno) del soggetto privato accreditato parte del presente rapporto contrattuale ex art. 8-quinquies D. Lgs. n. 502/1992, ai fini Privacy.

Si dà atto che il DPO regionale ha sottoposto al competente Tavolo Privacy il quesito.

Il fornitore si obbliga sin da ora ad accettare le risultanze aziendali e/o regionali in merito alla qualifica allo stesso attribuita.

In ogni caso, con la sottoscrizione del presente contratto, il Fornitore medesimo dichiara e garantisce di essere in possesso di conoscenze specialistiche, affidabilità e risorse, funzionali all'adozione e attuazione di misure tecniche e organizzative adeguate, in modo tale che il trattamento dei dati soddisfi i requisiti del Regolamento

Europeo n. 679/2016 (c.d. GDPR) e, in generale, la normativa vigente in materia di Privacy.

Preso atto di quanto sopra e nelle more delle pronunce del DPO aziendale e del Tavolo regionale Privacy in ordine al parere richiesto, nonché in continuità ed in ottemperanza delle Linee Guida Aziendali attualmente vigenti, si nomina il Fornitore, nella persona del suo legale rappresentante, “Responsabile del trattamento” dei dati ai sensi dell’art. 28 del nuovo GDPR come da atto di nomina allegato al presente contratto (**ALL. 5**), da considerarsi quale parte integrante e sostanziale dello stesso, salvo successive modifiche e/o integrazioni che si rendessero necessarie in adeguamento alla normativa Privacy ed alle linee interpretative/applicative regionali ed aziendali, regolante il complesso dei rapporti di fornitura in atto con il fornitore anche per prestazioni di riabilitazione in regime di degenza, di cui a distinto accordo.

Il Fornitore è tenuto all’osservanza del Regolamento Europeo n. 679/2016 e a recepire, in ogni momento, ogni eventuale modifica ed integrazione in materia di Privacy in conseguenza di nuove e diverse disposizioni nazionali, regionali e aziendali.

ART. 15 RISOLUZIONE CONTRATTO

Il contratto è risolto di diritto, ai sensi dell’art. 1456 c.c., nei casi di :

- sospensione dell’esecuzione del servizio;
- violazione di patti di integrità e/o legalità adottati dall’Azienda Usl e sottoscritti dal Fornitore;
- violazione dell’obbligo di applicare ai pazienti residenti

in Regioni diverse dall'Emilia-Romagna le medesime regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti residenti, rispettando in entrambi i casi i budget di riferimento;

- violazione delle prescrizioni in materia di incompatibilità e anticorruzione;
- sopravvenuta revoca/sospensione del requisito oggettivo dell'accredimento;
- sopravvenuta perdita del requisito soggettivo auto-dichiarato;
- la reiterata mancata emissione della NC richiesta dall'Azienda a storno di importi indebitamente pagati e/o fatturati.

In tali casi l'Azienda procede con la contestazione scritta al Fornitore, comunicando che intende avvalersi della clausola risolutiva espressa ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1456 c.c.

Dalla ricezione della predetta comunicazione è fatto divieto al Fornitore di accettare nuovi pazienti, salvo che l'Azienda, su sua espressa indicazione, ritenga necessario evadere le prenotazioni ambulatoriali già fissate, limitatamente al tempo sufficiente affinché la Ausl della Romagna prenda in carico i pazienti prenotati, e/o appronti soluzioni allocative alternative del fabbisogno sanitario, al solo fine di scongiurare l'interruzione di servizio sanitario essenziale.

Sono fatte salve tutte le altre facoltà di risoluzione previste dal Codice Civile e, in generale, dalla normativa vigente.

ART . 16 ASSICURAZIONE

Il Fornitore garantisce di aver sottoscritto un'adeguata polizza assicurativa a copertura dei danni derivanti dall'esercizio della propria attività **o comunque trovarsi in condizione di Autoassicurazione**. L'Azienda è esonerata da qualsiasi tipo di responsabilità derivante dall' esecuzione delle attività di cui al presente accordo.

ART. 17 FORO COMPETENTE

In caso di controversia tra le parti rientrante nella giurisdizione del Giudice Ordinario, è competente a decidere in via esclusiva il Foro di Ravenna.

ART. 18 REGISTRAZIONE E REGIME FISCALE

Il presente accordo è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, parte I D.P.R. 26/10/1972 n. 642 e successive modificazioni ed è soggetta a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art.10 delle tariffe - parte 2°- del DPR 26/04/1986 n. 131.

Le spese di bollo sono a carico del Fornitore; le eventuali spese di registrazione sono a carico della parte che ha interesse a richiederla.

ART. 19 NORMA DI RINVIO

Per tutto quanto non previsto nel presente accordo si rinvia alle disposizioni previste dal Codice Civile, dalle specifiche norme nazionali e regionali in materia, dagli Accordi con la Regione Emilia Romagna e le Associazioni rappresentative.

Sono fatte salve eventuali modificazioni e integrazioni conseguenti a sopravvenuti indirizzi e disposizioni aziendali compatibili con l'assetto

negoziale regionale.

ART. 20 CLAUSOLE ai sensi DELL'ART- 1341 c.c.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 c.c. del codice civile, le parti dichiarano di avere preso visione e di accettare espressamente agli art. 16 e 17

Allegati :

- 1) Piano committenza specialistica 2019 (Luce sul Mare);
- 1 bis) Piano committenza specialistica 2019 (Pol. Malatesta);
- 2) Nota operativa PERCORSI SEMPLICI (Prot.n. 0057229/P del 05.03.2019);
- 3) FAC-SIMILE MODULO PERCORSI SEMPLICI
- 4) Codice di Comportamento dell'Azienda USL della Romagna - deliberazione n. 209/2018 e s.m.i.;
- 5) Atto di nomina a Responsabile Esterno del Trattamento dati art. 28 Reg.to UE 679/2016 (GDPR).

Ravenna,

Per l'Azienda UsI Romagna

Direttore U.O. Acquisizione

Prestazioni Sanitarie da

Erogatori Esterni

Dott.ssa Manuela Manini*

Per la "Cooperativa Luce sul

Mare s.c. soc. a.r.l. ONLUS"

(Il legale Rappresentante)

Dott. Massimo Marchini*

*Sottoscritto con firma digitale ai sensi del D.lgs. 82/05 e s.m.i.

Il presente accordo non è soggetto ad imposta di bollo ai sensi
dell'art. 27 bis Allegato B, D.P.R. 26/10/1972 n. 642.