

CONTRATTO LOCALE

PROT.N. 1721381A

TRA AUSL DELLA ROMAGNA E IL POLIAMBULATORIO PRIVATO ACCREDITATO CENTRO

DATA 03/08/2017

MEDICO SANATRIX DI FAENZA E CASTELBOLOGNESE PER LA REGOLAMENTAZIONE N. P. 10

RAPPORTI DI FORNITURA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ANNO 2017

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 e dalla Dott.ssa Roberta Mazzoni, Direttore Distretto di Ravenna, in forza dello specifico mandato conferito dal Direttore Generale; PEC : azienda@pec.auslromagna.it

e

- **il Poliambulatorio Privato Centro Medico Sanatrix di Faenza e Castelbolognese (RA) (di seguito il Fornitore)** con sede legale in Via Cavour, 69 – 40026 Imola - C/F/P.IVA 00535641203, rappresenta legalmente dal Sig. Leo Roberto ,

PEC : sanatrix@pec.it

Richiamato, in particolare:

-l'art 8 D.lgs 502/92 e s.m.i ed in particolare gli artt. 8 bis " autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali"; 8 quater " accreditamento istituzionale" e 8 quinquies " accordi contrattuali";

-la DGR 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 cittadini nel proprio ambito territoriale , in coerenza con gli indirizzi regionali in materia;

-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";

-il 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).

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 il **Poliambulatorio Centro Medico Sanatrix di Faenza e Castelbolognese (RA) (Fornitore)** per la fornitura di prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore dei cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda Usl della Romagna con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale erogate presso le seguenti sedi :

-Via Dal Prato, 16 – Castelbolognese (RA) accreditata con determinazione n° 10264 DEL 24/07/2014, della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna e successive proroghe con determinazione n° 6416 del 22/05/2015 e deliberazione n° 1604 del 26/10/2015;

-Via Camangi, 29 – Faenza (RA) accreditata con determinazione n° 10265 del 24/07/2014, della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna e successive proroghe con determinazione n° 6416 del 22/05/2015 e deliberazione n° 1604 del 26/10/2015.

ART. 2 VALIDITA' DELL'ACCORDO

Il presente contratto ha validità annuale dal **01.1.2017** al **31.12.2017**.



Il presente Contratto 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 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 dovranno essere formalizzate per iscritto.

ART. 3 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, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente contratto (ALL 1).

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 2017.
- 2) **Committenza percorsi di garanzia:** 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 periodo 01/01/2017 – 30/09/2017**. 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 2017**.

Il piano di committenza ricomprende in ogni caso le prestazioni già commissionate in via provvisoria per il 1° semestre 2017 di cui ai punti 1),2), siano esse state commissionate in una o più tranches, stante la necessità di mantenere la continuità di offerta per i cittadini nelle more della predisposizione e sottoscrizione del presente Accordo.

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 complessiva del CUP Unico-Romagna**, la quota assegnata di budget per residenti in altri territori è fissata limitatamente al periodo **1.1.2017-30.9.2017**; nel periodo successivo, il riequilibrio della committenza avverrà progressivamente e potrà riguardare tutte le tipologie di committenza di cui ai punti 1),2), 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 cogenza di eventuale aumento della domanda.

La struttura è pertanto tenuta ad accogliere una domanda ad accesso diretto entro i limiti del budget definito in scheda di committenza e **per le medesime tipologie previste nel piano di committenza ordinaria**, superato il quale, oltre a darne comunicazione al Committente, dovrà invitare il cittadino a rivolgersi presso il CUP/CUP TEL. dell'ambito territoriale dell'Azienda presso la quale è ubicata la sede di erogazione accreditata del Fornitore onde potersi prenotare all'interno delle agende ivi ordinariamente presenti.

L'Azienda si impegna, in ogni caso, a dare formale comunicazione dell'avvio operativo del Cup Unico Romagna non appena possibile ed a rivedere eventualmente quanto a tal proposito qui definito in relazione ad eventuali slittamenti temporali della partenza del CUP Unico.

Per tutto quanto sopra riportato, la produzione annua complessiva del Fornitore non può eccedere quanto contenuto nel piano di committenza negoziato se non a seguito di ulteriore formale committenza da parte dell'Azienda.

Di norma, il Fornitore non è autorizzato a compensare la eventuale sottoproduzione di alcune branche aumentando in modo discrezionale la offerta su altre, pur ammettendo, quale margine di flessibilità, una compensazione tra branche nel range del 10%, **oltre il quale solo se formalmente concordato**, nel rispetto del budget complessivo negoziato.

La tipologia delle prestazioni da erogare è quella contenuta nel Nomenclatore tariffario delle "Prestazioni di

assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale" di cui al D.M. 22/07/96 – D.G.R.n. 410 del 25/03/97 e s.m.i.

I livelli di committenza integrativa 2017 e/o di committenza di agende di garanzia non precostituiscono 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 4 OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA

Le parti si impegnano a definire, a proseguire e a dare attuazione a progetti di miglioramento di appropriatezza della prescrizione specialistica.

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

In particolare, si impegna ad aderire alle indicazioni relative alla appropriatezza dei percorsi riabilitativi in regime ambulatoriale e ~~domiciliare~~, nonché alle 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 si obbliga a distribuire l'attività concordata su tutto l'arco temporale di validità del contratto e a comunicare all'Azienda la distribuzione della programmazione per i vari periodi dell'anno.

ART 5 ACCESSO ALLE CURE

Tutti i cittadini 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 compilata sul **ricettario SSN**. Il Fornitore dovrà accertare la correttezza dei dati identificativi dell'utente con utilizzo della tessera sanitaria e il rispetto delle disposizioni normative in materia.

b) Forma straordinaria e transitoria: nelle more della attivazione del **Centro Unico di prenotazione AUSL Romagna** l'utente, 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.

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 dei pazienti **residenti e/o 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;

d) Nel caso specifico del "Centro medico Sanatrix", anche in considerazione delle caratteristiche anagrafiche e fisiche della maggior parte dell'utenza, viene previsto un punto di accesso a cup c/o la struttura limitato alle agende di prenotazione ordinarie del Centro stesso .

ART 6 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**. 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 e di quella afferente all'accesso diretto da parte di utenti di altri territori.

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.

Il Committente si riserva la facoltà di intervenire sulla programmazione delle agende, qualora particolari esigenze interne o la " criticità " dei tempi di attesa lo richiedano, **fermo restando il tetto massimo di prestazioni concordate formalmente**.

La riscossione della quota di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria (ticket) avviene direttamente presso il Fornitore e secondo le modalità vigenti anche **per le prestazioni a vantaggio di pazienti muniti di prescrizione compilata sul ricettario SSN in caso di attività integralmente remunerate dal ticket (paganti in toto) che vanno mensilmente rendicontate e inserite nel flussoASA**.

La consegna del referto al paziente è cura del Fornitore secondo le modalità in uso presso le medesime con obbligo di comunicare al committente eventuali mancati ritiri.

ART 7 TARIFFE E BUDGET

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 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. 3.

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

ART 8 FATTURAZIONE

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

L'Azienda effettuerà opportune verifiche atte ad accertare l'effettiva residenza del cittadino ed in caso di riscontrato errore ne darà comunicazione al Fornitore che a sua volta dovrà emettere nota di credito.

Le prestazioni erogate a favore di cittadini non residenti in Regione (extrarar) sono fatturate all'Azienda Usl 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.

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).



In caso di riscontrato errore di fatturazione di carattere amministrativo, l'Azienda ne darà comunicazione al Fornitore il quale dovrà emettere tempestivamente nota di credito, fatta salva in ogni caso la facoltà del Committente di avvalersi della compensazione di cui all'art. 1241 c.c..

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 (DSI) 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" COMRA.

Il Fornitore emette la fattura delle prestazioni erogate nel momento in cui rende disponibili i dati di flusso ASA o tramite produzione del tracciato informativo regionale o anche direttamente al Committente tramite apposito tracciato record allegato alla fattura in modo tale che il Committente possa svolgere tempestivamente gli accertamenti dovuti, preliminari al pagamento.

Il Fornitore dovrà emettere regolare fattura mensile per le prestazioni rese nell'arco del mese precedente, allegando alla stessa le prescrizioni SSN e la eventuale prescrizione collegata (modulo) delle prestazioni erogate in percorso semplice, nonché l'eventuale ricevuta del ticket riscosso,

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.

L'importo delle singole fatture, che verrà addebitato all'Azienda, **nelle forme sopraindicate**, dovrà essere quello risultante dalla tariffa del nomenclatore, per branca specialistica, dedotto l'importo degli eventuali ticket riscossi e degli sconti concordati. La documentazione giustificativa allegata alla fattura dovrà indicare, per ciascuna branca specialistica, le quantità erogate di ogni tipologia di prestazione, il relativo importo lordo e netto ed il ticket riscosso.

Il Fornitore addebiterà all'AUSL soltanto le prestazioni sanitarie validate dalla banca dati regionale ed emetterà la fattura mensile entro il giorno 20 del mese successivo a quello di competenza. Tale previsione comprende anche quelle prestazioni integralmente remunerate dal ticket (paganti in toto la prestazione S.S.N.) che debbono essere inserite nel Flusso ASA; l'inadempimento a questo obbligo informativo comporterà pertanto la restituzione delle corrispondenti somme di Ticket versate dal cittadino e incassate direttamente dal Fornitore.

Al fine di consentire le attività di monitoraggio e controllo della produzione rispetto al piano di committenza, il Fornitore trasmette al Committente fatture mensili, ciascuna con i propri allegati, per :

1. pazienti residenti AUSL Romagna: una fattura mensile distinta per le prestazioni afferenti al settore "committenza ordinaria", "garanzia", "invio INAIL", dando evidenza, all'interno di ciascun settore, del numero di prestazioni erogate per singola branca corredate dai relativi importi (importo lordo, eventuale ticket e sconto) e di quelle erogate in "percorso semplice";
2. pazienti residenti Fuori Regione;
3. stranieri(le modalità di fatturazione diretta potranno variare in relazione alle indicazioni della Regione che saranno comunicate).

Le prestazioni di riabilitazione, ricomprese nei LEA, erogate su richiesta dell'Inail, in base a specifica convenzione, sono ricomprese nel tetto complessivo del piano di committenza allegato. Le prestazioni suddette devono essere oggetto di fatturazione separata.

Le prestazioni rese saranno saldate **entro 60 giorni** dalla data di ricevimento della fattura specificando che soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche e che 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.

ART. 9 CONTROLLI SANITARI E AMMINISTRATIVI

L'Azienda puo' effettuare in qualunque momento controlli e/o ispezioni tendenti a verificare sia l'appropriatezza delle prestazioni rese sia la congruenza tra prescrizioni , prestazioni e relative tariffe, ai sensi normativa vigente.

Al fine di realizzare ottimizzazione dei costi di gestione della documentazione sanitaria il Fornitore si impegna a presentare entro il 30 giugno 2017 un progetto per la conservazione della documentazione (prescrizione , referti , ecc; ticket riscosso) presso la propria sede amministrativa-legale per l'effettuazione dei controlli periodici a campione che saranno effettuati dall'Azienda.

Sono, inoltre, previsti controlli amministrativi.

In particolare :

- controlli anagrafici (residenza del cittadino);
- congruenza tra importo fatturato e importo validato dalla RER;
- controllo rispetto tetti economici.

ART. 10 QUALITA' DEL SERVIZIO RESO

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 piu' 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.

ART. 11 MONITORAGGIO CONTRATTO LOCALE

Il contratto sarà sottoposto al monitoraggio delle tipologie e volumi contrattati **con cadenza di norma mensile.** In ipotesi di scostamento saranno effettuati rilievi o convocati incontri ad hoc per l'analisi delle cause e le azioni correttive.

Il monitoraggio riguarderà anche il rispetto degli obblighi in materia di prenotazione ed agende di cui all'art. 6.

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

Il Fornitore è tenuto a dare comunicazione all'Azienda delle eventuali interruzioni o sospensioni che, per qualsiasi causa, dovessero intervenire nell'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto.

Art. 12 PAGAMENTI

L'Azienda si impegna a garantire il pagamento entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura, entro il limite del budget complessivo indicato nel Piano di Committenza .

Il pagamento avviene a titolo di acconto, salvo conguaglio attivo e passivo a seguito della validazione complessiva delle banche dati regionali e controlli sulla produzione erogata.

La liquidazione e/o avvenuto pagamento non pregiudicano in alcun modo la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli sulle prestazioni sanitarie erogate, risultassero non dovute o dovute in parte.

In tal caso è obbligo del Fornitore emettere tempestivamente nota di credito non appena l'iter dei controlli e delle contestazioni sia divenuto definitivo, fatta salva la possibilità per l'Azienda di avvalersi della compensazione di cui all'art. 1241 c.c. La mancata emissione della nota di credito da parte del Fornitore entro il termine di 60 giorni solari costituisce grave inadempimento e, previa diffida, causa di risoluzione del contratto locale.

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

Qualora il Fornitore ricorra alle formule di finanziamento e anticipo commerciale, ivi incluso il factoring, per fatture riferite a prestazioni rese a favore sia di cittadini residenti in Emilia-Romagna sia non residenti non possono in alcun modo addebitare oneri a carico dell'Azienda.

In caso di ritardo nei pagamenti oltre il 90° giorno sono dovuti gli interessi ai sensi D.lgs n. 231/2002 e s.m.i.

ART. 13 OBBLIGHI DEL FORNITORE- DEBITO INFORMATIVO

Il Fornitore si impegna a rispettare il debito informativo nei confronti dell'Azienda comunicando tempestivamente le variazioni intervenute nei modelli di anagrafe sanitaria delle strutture (ministeriale/regionale), nonché ogni altra rilevazione ricompresa nel N.S.I.S..

Il Fornitore si impegna a trasmettere al **Committente** la documentazione relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate a favore di cittadini residenti nell'ambito territoriale aziendale e negli ambiti territoriali extra-rer.

Il Fornitore dovrà soddisfare il debito informativo per il monitoraggio degli accordi contrattuali fornendo, mensilmente, all'Azienda il **flusso ASA** (comprendente i paganti in toto la prestazione, secondo le modalità stabilite dalla Circolare n. 2 del 16/2/2011 e s.m.i.).

L'invio del supporto informatico, la sua correttezza e completezza sono da considerarsi condizioni indispensabili per il riconoscimento degli oneri relativi all'attività erogata a carico del SSN, nei rispetto dei budget negoziati, in quanto soltanto le prestazioni accettate nelle banche dati regionali possono giustificare le transazioni economiche e essere titolo indispensabile per il pagamento delle stesse.

L'Azienda si riserva, in caso di necessità, di richiedere altri dati che il Fornitore è tenuto comunque a fornire.

In particolare, relativamente agli aspetti inerenti la attività di riabilitazione ambulatorie ~~ambulatorie~~, il Fornitore si impegna a fornire alla Azienda l'elenco dei pazienti inseriti in lista suddivisi per livelli di priorità del trattamento (ordinario, prioritario), con data di inserimento in lista, nome del medico prescrittore, data di presa in trattamento, note specifiche per ritardi o rinunce da parte del paziente, al fine di consentire il monitoraggio delle liste di attesa e le sinergie con le indicazioni contenute nei specifici documenti citati all'articolo ~~5~~ 5; tale flusso informativo poggerà su format tipo predisposto dalla Azienda e successivamente inviato al Fornitore coinvolto e che andrà restituito con cadenza quindicennale gli indirizzi e -mail dei coordinatori dei Fisioterapisti di ogni territorio che verranno comunicati con la trasmissione del FORMAT.

ART. 14 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 dalla esecuzione delle attività di cui al presente accordo.

Art. 15 INCOMPATIBILITA'

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

ART 16 DECADENZA , RISOLUZIONE DEL CONTRATTO E CONTROLLI

Il verificatore che accerta gravi inadempienze in ordine ai profili oggetto di controllo ispettivo trasmette alla Struttura erogatrice relazione particolareggiata assegnando un termine non inferiore a 15 giorni per la presentazione delle proprie controdeduzioni.

Acquisite e valutate negativamente le predette controdeduzioni, ovvero scaduto il termine senza che la Struttura abbia risposto , l'Azienda Usl , d'intesa con la Regione , dispone la risoluzione immediata del contratto locale ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1453 c.c.

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.

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.

La risoluzione opererà trascorsi 90 giorni entro i quali potrà essere attivato l'arbitrato.

Al lodo arbitrale , a cui si perviene secondo le modalità di cui alla clausola compromissoria, è rimessa ogni decisione in merito e le parti si conformeranno.

L'Azienda ha facoltà di avviare in qualsiasi momento , con pieno accesso ad atti e luoghi della Struttura privata in oggetto , procedimenti ispettivi istruttori, da svolgersi in contraddittorio con la Struttura al fine di accertare anche in corso di esecuzione eventuali violazioni , anche di natura amministrativa.

In esito a detti controlli l'Azienda comunica alla Regione per i provvedimenti necessari.

E' causa di risoluzione dell'accordo la revoca definitiva dell'autorizzazione sanitaria e/o dell'accreditamento per le cause individuate dalla DGR 53/2013 .

E' altresì causa di risoluzione del contratto la violazione degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento di cui all'art 18, per quanto compatibili ed applicabili, previo parere preventivo in relazione alla violazione contestata e conseguenze possibili da richiedersi all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC).

Sono fatte salve tutte le altre facoltà di risoluzione previste dal Codice Civile.

ART. 17 PRIVACY

Le prestazioni sanitarie devono essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari , nazionali e regionali, applicabili in materia di privacy.

Il fornitore si impegna al pieno rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/6/2003 ed in particolare , nel rispetto di quanto previsto al titolo V del medesimo rubricato " trattamento di dati personali in ambito sanitario" , obbligandosi ad osservare le misure minime di sicurezza e, segnatamente, per il trattamento dei dati con strumenti elettronici a predisporre quanto richiesto dall'art. 34 del richiamato Codice.

L'Azienda Usl della Romagna , nella qualità di titolare dei trattamenti nomina **il Poliambulatorio Centro Medico Sanatrix nella persona del Sig. Leo Roberto**, Responsabile esterno del trattamento dei dati , ai sensi art. 29 del D. Lgs n. 196/2003.

ART. 18 CODICE DI COMPORTAMENTO 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 e dal Codice di comportamento dell'Azienda USL della Romagna adottato con deliberazione n.701/2014 e sm.i., consegnato in copia (ALL 4) 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.

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. 20 a garanzia del diritto di difesa.

Il fornitore dovrà altresì attenersi agli obblighi di cui all'art. 53, comma 16-ter della L.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.

Il fornitore è tenuto a tal fine a verificare la veridicità di quanto dichiarato dal collaboratore nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio da esso rilasciato preventivamente alla stipula del contratto di lavoro, al fine di non incorrere in responsabilità.

ART. 19 CLAUSOLA COMPROMISSORIA

Sono rimesse ad un Collegio Arbitrale che agirà in modo rituale eventuali controversie che dovessero insorgere nell'interpretazione e/o nell'esecuzione del presente contratto locale ovvero connesse ai relativi pagamenti o le controversie in merito agli esiti dell'attività di controllo qualora emergano contestazioni alle Strutture interessate suscettibili di concretizzare un danno economico per l'una o l'altra parte e non fosse possibile pervenire ad una composizione pacifica delle medesime.

ART. 20 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. 21 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.

Allegati :

- 1) Piano di committenza specialistica
- 2) Nota operativa PERCORSI SEMPLICI
- 3) FAC-SIMILE MODULO PERCORSI SEMPLICI
- 4) Codice di Comportamento dell'AUSL della Romagna del. N. 701/2014 e SMI

Ravenna, 29 MAG. 2017

Per l'Azienda Usl Romagna

Dott.ssa Manuela Manini

Azienda U.S.L. della Romagna
U.O. Acquisizioni Prestazioni
Sanitarie da Erogatori Esterni
Direttore

Dott.ssa Roberta Mazzoni

AZIENDA USL DELLA ROMAGNA
Direttore Distretto Sanitario di Ravenna
DOTT.SSA ROBERTA MAZZONI

Per IL POLIAMBULATORIO PRIVATO
CENTRO MEDICO SANATRIX

Centro Medico Sanatrix srl
(Il Legale rappresentante)
Sede Amm. : Via Camangi n°29 Faenza RA
Sede Legale : Via Cavour n°69 Imola BO
Sig. Iscritto al Registro Imprese n° 01155950379
CF : 01155950379 P.Iva : 00535641203
Ambu/ Faenza : Via Camangi 29 T. 0546 663 115
C. Bolognese : Via Dalprato 16 T. 0546 65 225



