

1  
2 CONTRATTO TRA L'AZIENDA USL DI MODENA E L'OSPEDALE PRIVATO  
3 ACCREDITATO VILLA ROSA DI MODENA – KOS CARE SRL- PER L'ACQUISIZIONE  
4 DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI IN REGIME RESIDENZIALE,  
5 SEMIRESIDENZIALE E DI DEGENZA OSPEDALIERA E DI SPECIALISTICA  
6 AMBULATORIALE.

7  
8  
9 **Premesso:**

- 10 - che il Decreto Legislativo 502/92 e s.m.i. prevede che il Servizio Sanitario  
11 Nazionale eroghi livelli di assistenza essenziali ed uniformi, nel rispetto della dignità  
12 della persona umana, del bisogno di salute espresso dalla programmazione  
13 sanitaria nazionale, regionale e locale, dell'equità di accesso all'assistenza, della  
14 qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni, nonché dell'economicità nell'impiego  
15 delle risorse utilizzate;
- 16 - che, ai sensi dell'articolo 8-bis, comma 1° del citato D.Lgs n. 229/99, l'erogazione  
17 dell'assistenza sanitaria avviene tramite i diversi produttori pubblici e privati  
18 accreditati, nel rispetto degli accordi contrattuali con gli stessi stipulati;
- 19 - che conseguentemente, ai sensi del successivo articolo 8-bis, comma 2° e 8-  
20 quater, comma 2°, i contenuti prestazionali ed economici degli accordi contrattuali  
21 costituiscono il titolo in virtù del quale i singoli produttori possono operare  
22 nell'ambito, per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- 23 - che gli indirizzi regionali sull'attività contrattuale locale sono altresì contenuti negli  
24 Accordi generali tra la Regione Emilia Romagna e le Associazioni della ospedalità  
25 privata AIOP in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata;

26 - Richiamato l'Accordo Generale per il periodo 2016-2018 tra la Regione Emilia-  
27 Romagna e l'Associazione della ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni  
28 ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata, approvato con delibera della  
29 Giunta regionale n. 2320 del 21/12/2016, di seguito denominato Accordo RER/AIOP;

30  
31

TRA

32 L'Azienda Unità Sanitaria Locale, con sede in Modena, Via San Giovanni del Cantone  
33 n. 23, C.F. 02241850367, di seguito denominata "AUSL", in persona del Direttore  
34 Generale pro-tempore Dott. Massimo Annicchiarico, nato ad Taranto il 10/9/1958,  
35 nella sua qualità di legale rappresentante

36

E

37 L'unità locale Villa Rosa della società KOS CARE SRL (di seguito denominata anche  
38 "l'ospedale privato"), con sede in Modena, via F.lli Rosselli n. 83 e sede legale in  
39 Milano in via Durini n.9, Partita IVA 01148190547 nella persona del Dott. Enrico  
40 Brizioli, nato a Macerata (MC) il 18/11/1960

41

42 **Premesso** che il presente contratto è redatto in un unico esemplare informatico

43

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

44

#### **REQUISITI DI LEGITTIMAZIONE CONTRATTUALE**

45

L'Ospedale privato è legittimato alla stipula del presente contratto in quanto:

46

- in possesso di autorizzazione sanitaria all'esercizio delle attività contrattate;

47

- accreditato secondo la normativa regionale,

48

- le attività contrattate sono funzionali alle scelte di programmazione regionale così

49

come si evince dal vigente Accordo AIOP/RER;

50

- dichiara, con la sottoscrizione del presente contratto, di accettare il sistema di

51

pagamento delle prestazioni sanitarie secondo le tariffe della Regione Emilia-

52

Romagna.

53

54 **OGGETTO DEL CONTRATTO**

55 Il presente contratto disciplina la fornitura di prestazioni sanitarie, di degenza e  
56 specialistica ambulatoriale, da parte dell'ospedale privato Villa Rosa in favore dei  
57 cittadini residenti nell'ambito provinciale di competenza dell'Azienda USL di Modena.

58 Resta inteso che le eventuali novità normative, nazionali e regionali, saranno applicate  
59 di diritto, comportando la decadenza automatica di tutte le clausole del presente  
60 contratto incompatibili con le stesse.

61 Ferma restando la possibilità, in corso d'anno, di riduzione del budget complessivo e  
62 dei corrispondenti volumi di attività, nella misura prevista dalla normativa nazionale e  
63 regionale che dovesse eventualmente intervenire, i contenuti assistenziali, le tipologie,  
64 le quantità di prestazioni sanitarie oggetto di contrattazione e la relativa valorizzazione  
65 economica vengono definiti come di seguito.

66 **DEGENZA**

67 **SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE: VOLUMI E TIPOLOGIE DI**

68 **PRESTAZIONI**

69 Le tipologie e le quantità di prestazioni sanitarie oggetto della presente  
70 contrattazione, in coerenza con gli indirizzi della programmazione sanitaria, risultano  
71 sinteticamente evidenziate nella tabella riepilogativa sotto riportata.

72 L'Ospedale privato Villa Rosa ha diritto di effettuare le prestazioni commissionate e di  
73 conseguire il corrispettivo economico nella misura massima complessiva risultante  
74 dal presente contratto, dall'accordo regionale della ospedalità privata RER/AIOP e  
75 dalle eventuali penalizzazioni e/o compensazioni.

76 L'Ospedale privato Villa Rosa, si impegna a distribuire l'attività in modo costante su  
77 tutto l'arco temporale di validità del contratto secondo modalità concordate con la  
78 direzione del DSM -DP.

79 Eventuali prestazioni che, per tipologia, contenuti e modalità assistenziali, risultassero  
80 diverse da quelle contrattualmente concordate, non potranno essere riferite al  
81 rapporto di fornitura con l'Azienda USL di Modena ed al relativo budget.

82 L'Ospedale privato si impegna a riconvertire, per il 2018, parte del budget della  
83 degenza a favore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nella misura pari ad €  
84 100.000,00, coerentemente con le disposizioni regionali. Resta inteso che il budget  
85 non consumato in specialistica ambulatoriale sarà utilizzabile in prestazioni di  
86 degenza.

<b>Tipologia</b>	<b>Contratto 2018</b>
SPOI Psichiatria – 10,58 PL	1.217.120,26
RTI Psichiatria – 17 PL	1.303.794,60
RTIS Alcool – 8 PL	674.899,60
RTP Psichiatria – 6,64 PL	420.000,00
DCA (cod. 56 ex dgr2000/2009) 2,02 PL	170.000,00
Centro Diurno	70.000,00
Specialistica ambulatoriale	100.000,00
<b>Totale budget</b>	<b>3.955.814,46</b>

87

88 Si precisa che:

89 - i cittadini stranieri iscritti all'SSN con tessera rilasciata dalla Ausl di Modena, devono  
90 essere equiparati a cittadini modenesi, pertanto rientrano nel budget assegnato;

91 - la struttura è tenuta a verificare la posizione assistenziale del paziente; al verificarsi  
92 di situazioni in cui non è chiaramente definita la titolarità all'assistenza sanitaria a  
93 carico del SSN, deve immediatamente contattare i competenti uffici dell'Ausl.

94 **TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE E PARTICOLARI MODALITA' OPERATIVE E**  
95 **ASSISTENZIALI.**

96 L'attività dovrà essere organizzata, in coerenza con la normativa regionale (in  
97 particolare la DGR n. 2000/2009 e la DGR 560/2014) e con l'Accordo RER/AIOP

98           vigente e s.m.i. secondo i criteri di accesso ed assistenziali condivisi con il  
99           Dipartimento di Salute Mentale dell'AUSL (di seguito denominato "DSM" - DP).

100          Il DSM-DP si avvarrà, ai sensi del presente contratto delle seguenti prestazioni  
101          sanitarie:

102          ●           prestazioni a componente ospedaliera: SPOI (servizio psichiatrico ospedale  
103          intensivo) e DCA (cod. 56 ex DGR 2000/2009) remunerati sulla base delle tariffe  
104          regionali vigenti;

105          ●           prestazioni a componente residenziale: RTI, RTP remunerate secondo le  
106          tariffe regionali vigenti;

107          ●           prestazioni a componente semiresidenziale erogate presso il Centro Diurno  
108          remunerate a funzione o secondo le tariffe locali concordate;

109          ●           progetti speciali: RTIS (etilismo) remunerati secondo le tariffe regionali.

110          Coerentemente con quanto previsto al punto 14) della DGR n. 525/2013 l'ospedale  
111          privato, in tutti i casi in cui il ricovero avvenga sulla base della prescrizione del medico  
112          di medicina generale o dello specialista, comunicherà al DSM-DP la decisione di  
113          accogliere i pazienti preventivamente al ricovero - sia per la quota ospedaliera che per  
114          la componente residenziale. Come previsto dalla citata delibera e, più recentemente,  
115          dalla DGR 560/2014, si rimanda a specifici accordi per la disciplina operativa delle  
116          modalità di accesso.

#### 117          **MODALITA' DI ACCESSO ALLA COMPONENTE RESIDENZIALE**

118          Relativamente alle modalità di accesso si rinvia alla DGR 560/2014 che ha definito la  
119          responsabilità del DSM-DP dell'Azienda Usl della funzione di regolazione degli accessi  
120          alle strutture ospedaliere e residenziali quale principio generale e inderogabile.

121          Per l'attività in regime residenziale RTP, per quella in regime semiresidenziale (Centro  
122          Diurno), e per le RTIS e DCA, in conformità ai protocolli vigenti e/o da completare ed  
123          alle relazioni operative concordate tra la direzione del DSM-DP e la direzione  
124          dell'Ospedale Privato, l'invio è di pertinenza del Servizio Territoriale del DSM di

125 riferimento del paziente ed il progetto terapeutico/riabilitativo viene condiviso con il  
126 responsabile medico della struttura.

127 La trasformazione, in corso di ricovero, dal regime di residenza RTI a quello di RTP  
128 deve essere condivisa con il DSM-DP.

129 Per quanto riguarda il governo clinico, la direzione dell'Ospedale Privato ed il medico  
130 direttamente operante come responsabile nelle tre strutture, dovranno fare riferimento  
131 agli indirizzi del DSM-DP dell'Azienda USL.

132 L'Ospedale "Villa Rosa" si impegna a proseguire l'attività di ricovero per etilismo per  
133 pazienti inviati dal settore dipendenze patologiche del DSM-DP, con le modalità previste  
134 nei protocolli vigenti, tali da garantire la necessaria continuità di inquadramento  
135 diagnostico terapeutico, l'integrazione e l'unitarietà dell'intervento con i competenti  
136 SERT.

137 Nell'ambito dei posti residenziali a trattamento intensivo sono altresì possibili ricoveri di  
138 pazienti con doppia diagnosi, nei casi di doppio carico dei pazienti stessi al CSM e al  
139 SERT, secondo quanto richiesto nella scheda di invio o successivamente concordato  
140 coi servizi medesimi.

141 L'ospedale privato si impegna, nell'ambito del progetto "cruscotto", a rendere disponibili  
142 le informazioni relative ai posti letto oggetto del presente contratto (con indicazione  
143 nominativa criptata dei pazienti ricoverati, numero dei posti letto disponibili e i pazienti  
144 in lista di attesa con frequenza quotidiana, anche mediante comunicazione  
145 informatizzata, orientativamente entro le ore 9,00 di ciascun giorno feriale (domenica e  
146 festivi esclusi).

#### 147 - **Attività Sanitaria non soggetta a SDO**

148 L'Ospedale, salvo diverse indicazioni regionali, fatturerà ciascuna attività sanitaria non  
149 soggetta a SDO (RTI, RTP, Centro Diurno, RTS) allegando alla fattura un "file"  
150 trasmesso per posta elettronica contenente i dati previsti per le SDRES, attraverso il

151 quale sarà possibile attribuire a ciascun episodio assistenziale la correlativa tipologia  
152 prestazionale (RTI, RTP, ecc).

153 Ad ogni episodio assistenziale dovrà corrispondere una cartella clinica con  
154 numerazione progressiva.

155 Considerato che anche tale attività è soggetta a rendicontazione in banca dati, le  
156 fatture emesse devono essere riferite ai soli ricoveri presenti nel ritorno informativo  
157 SDRES fatte salve le prestazioni dei pazienti a trattamento protratto che si fatturano  
158 ogni tre mesi e la fatturazione dei cavalieri, una sola volta all'anno, al 31 Dicembre di  
159 ogni anno.

#### 160 - **Centro Diurno**

161 L'attività di Centro Diurno, remunerata a funzione, ha un tetto di spesa pari ad €  
162 70.000,00.

163 Tale tetto, da considerarsi invalicabile, è comprensivo sia delle prestazioni erogate ai  
164 residenti della provincia di Modena che di quelle erogate ai residenti extraprovinciali.

165 La fattura, completa della dovuta documentazione, infatti, dovrà essere emessa al  
166 netto delle prestazioni erogate ai residenti extraprovinciali (le quali saranno fatturate  
167 direttamente alla AUSL di residenza del paziente, previa acquisizione della necessaria  
168 autorizzazione alla presa in carico).

169 In via sperimentale e fino a diversa definizione, la tariffa per i residenti extraprovinciali è  
170 valorizzata ad €.100 (per ogni accesso) se il paziente vi soggiorna per l'intera giornata  
171 e ad € 60 se vi soggiorna per metà giornata.

172 Considerato che tale attività è remunerata a funzione è necessario, per evitare una  
173 duplicazione del rimborso a carico del SSN per lo stesso episodio assistenziale, che  
174 l'Ospedale, pur rendicontando l'intera attività erogata, fatturi all'AUSL solo le  
175 prestazioni erogate ai residenti modenesi. L'attività per i residenti modenesi verrà  
176 fatturata mensilmente in dodicesimi del budget concordato.

177 All'Ospedale sarà riconosciuto l'intero importo solo se saranno registrati e documentati,  
178 all'interno della struttura, almeno 1820 accessi di mezza giornata da parte dei residenti  
179 modenesi (provincia), indicativamente, corrispondenti a circa € 30,00 ad accesso.

180 Qualora gli accessi fossero inferiori, all'Ospedale sarà corrisposto un importo  
181 proporzionale al mancato raggiungimento dell'obiettivo tenendo conto della  
182 valorizzazione economica sopra stimata.

183 L'Ospedale non avrà diritto ad alcuna remunerazione nel caso in cui si registri una  
184 totale assenza di occupazione dei posti.

#### 185 - **Permessi Terapeutici per le RTP, RTI e PRSP.**

186 I permessi terapeutici non possono essere superiori a 12 ore giornaliere e devono  
187 essere adeguatamente registrati e motivati con l'indicazione dell'orario di uscita e di  
188 rientro.

189 L'Ospedale, pertanto, sarà remunerato secondo la tariffa ordinaria solo in presenza di  
190 queste condizioni.

191 Un permesso superiore alle 12 ore darà luogo automaticamente ad una dimissione  
192 salvo diverso accordo con il DSM che valuterà il caso specifico.

193 Qualora il permesso sia volto ad effettuare indagini sanitarie, precedentemente  
194 programmate, anche a carico del Servizio Sanitario, l'ospedale privato provvederà ad  
195 effettuare il trasporto addebitandone il costo, se e quanto dovuto, all'ente di  
196 competenza.

#### 197 - **Ricoveri in regime residenziale che si protraggono oltre il limite previsto dalla** 198 **normativa regionale e dai protocolli locali.**

199 Salvo diversi accordi fra le parti, da concludersi mediante protocollo condiviso tra gli  
200 organi deputati al controllo e la direzione sanitaria della Casa di Cura, alla disciplina  
201 delle proroghe dei ricoveri si applica quanto previsto al paragrafo C. e) dell'Accordo  
202 Regionale vigente.



203 Qualora alla data della sottoscrizione del presente accordo fossero presenti presso la  
204 struttura pazienti che avessero superato il limite fissato dalla normativa regionale, le  
205 parti si impegnano ad attivare al più presto tutte le risorse idonee a garantire una più  
206 appropriata allocazione assistenziale.

207 A nessun titolo l'Ospedale privato può richiedere una integrazione di retta per  
208 prestazioni sanitarie, ospedaliere e residenziali, a carico del Servizio Sanitario  
209 Regionale.

#### 210 **TETTO DI SPESA**

211 L'Ospedale privato potrà erogare per l'anno 2018 le prestazioni oggetto del presente  
212 contratto fino all'importo totale riportato nella scheda economica, articolato nei singoli  
213 tetti di spesa indicati dalla scheda medesima, fatti salvi i meccanismi di penalizzazione  
214 e compensazione budgetaria che saranno applicati dalla Regione in sede di  
215 Commissione Paritetica sulla base di quanto previsto dall'accordo RER/AIOP vigente.

216 Fermo restando l'impegno della struttura al rispetto del totale valore economico del  
217 contratto, all'ospedale privato, previa comunicazione al DSM, è consentita la  
218 compensazione tra i diversi sotto budget, salvo esplicite e motivate disposizioni  
219 contrarie da parte dello stesso DSM, che avranno effetto dalla data della  
220 comunicazione scritta

221 Il tetto di spesa sopraindicato è comprensivo anche delle eventuali variazioni tariffarie  
222 regionali.

223 In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero rispetto al  
224 budget concordato, all'ospedale privato non verrà riconosciuto alcun valore economico  
225 aggiuntivo ed il rispetto del budget avverrà per riduzione della remunerazione tariffaria  
226 (budget fisso tariffa variabile), così come previsto nell'accordo regionale vigente.

#### 227 **REQUISITI DI QUALITA'**

228 L'Ospedale dovrà svolgere la propria attività nel rispetto dei requisiti prescritti in  
229 materia professionale, igienico-sanitaria, protezionistica e di sicurezza: l'attività  
230 contrattata sarà, infatti, immediatamente sospesa anche parzialmente, nel caso di  
231 accertate e comprovate gravi carenze professionali e tecnologiche che possano  
232 pregiudicare la sicurezza degli assistiti.

233 In particolare, l'Ospedale si impegna al fine di migliorare la qualità della propria attività:

#### 234 **Compilazione e regolare tenuta della cartella clinica/residenziale**

235 ● a rispettare la normativa e i requisiti di accreditamento in materia di documentazione  
236 sanitaria, con particolare riferimento ad una completa, chiara e corretta compilazione  
237 della cartella clinica e residenziale in ogni sua parte: scheda di invio, raccolta  
238 dell'anamnesi con ricostruzione della storia clinica del paziente, esame obiettivo,  
239 documentazione relativa al progetto riabilitativo e programmi eseguiti, scale di  
240 valutazione, diario clinico, diario infermieristico, scheda di terapia, documentazione  
241 delle consulenze e degli accertamenti eseguiti durante il ricovero, consenso  
242 informato, ove previsto, lettera di dimissione, modulistica sulla privacy, eventuali  
243 proroghe.

244 Nello specifico, per le Residenze a Trattamento Intensivo (RTI), comprese quelle  
245 specialistiche (RTI-S), l'Ospedale si impegna alla redazione di un piano clinico  
246 assistenziale che preveda il controllo clinico quotidiano della persona assistita, in  
247 ottemperanza ai requisiti specifici di accreditamento (Delibera Regionale n. 327 del  
248 2004).

249 Per le Residenze a Trattamento protratto (RTP), il progetto personalizzato dovrà  
250 essere adeguatamente documentato in continuità con quello terapeutico-riabilitativo  
251 del CSM, che comunque dovrà essere prodotto al momento dell'invio, e dovrà  
252 riportare:

253 ● la descrizione delle risorse disponibili e dello stile relazione presente nel contesto di  
254 vita del paziente, con particolare attenzione alle relazioni della famiglia con il CSM;

- 255 ● gli obiettivi in ordine agli ambiti di cura, della socializzazione, abitativo e lavorativo;  
256 ● la durata del trattamento e le modalità di monitoraggio (a cadenza mensile);  
257 ● data di dimissione con indicazione del medico responsabile del progetto globale del  
258 CSM e del professionista responsabile del trattamento riabilitativo.

259 La documentazione deve inoltre registrare gli interventi riabilitativi e di gruppo con  
260 indicazione delle attività.

261 La corretta tenuta della documentazione sanitaria è elemento indispensabile per  
262 considerare appropriata, e quindi addebitabile al presente contratto la prestazione di  
263 degenza in regime assistenziale sia ospedaliero che in RTI/RTP.

264 Si precisa che le contestazioni comporteranno una riduzione economica delle sole  
265 giornate contestate e, nel caso in cui riguardano l'appropriato regime assistenziale,  
266 comporteranno la rideterminazione economica dell'episodio clinico.

267 In tema di compilazione e regolare tenuta del registro delle contenzioni Villa Rosa è  
268 tenuta:

- 269 ● a provvedere, in ottemperanza a quanto disposto dalla Circolare 16/2009 RER, a  
270 mettere in atto ogni strategia rivolta alla prevenzione della pratica della contenzione  
271 meccanica, onde ridurre il ricorso a casi eccezionali;  
272 ● a monitorare gli eventi di contenzione meccanica, secondo quanto disposto dai  
273 documenti regionali e aziendali.

#### 274 **Compilazione della SDO**

- 275 ● a provvedere, consapevoli del valore giuridico e medico-legale della scheda di  
276 dimissione ospedaliera, parte integrante della cartella clinica e come tale atto di fede  
277 pubblica privilegiato, alla sua corretta e completa compilazione garantendone la  
278 congruità con i dati presenti nella cartella stessa, con particolare riferimento alla  
279 codifica delle diagnosi e delle prestazioni sanitarie. Tale codifica dovrà

280 opportunamente e doverosamente conformarsi ai criteri normativi regionali al fine di  
281 evitare una errata valorizzazione economica delle prestazioni erogate;

- 282 ● ad ottemperare all'obbligo prescritto dalle vigenti disposizioni regionali, di  
283 indicazione sulla SDO della data di prenotazione del ricovero nella totalità dei  
284 ricoveri.

### 285 **Definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici e di monitoraggio della qualità** 286 **assistenziale**

- 287 ● alla collaborazione con l'AUSL circa la definizione dei percorsi diagnostico-  
288 terapeutici atti a garantire il soddisfacimento delle esigenze sanitarie della  
289 popolazione interessata;
- 290 ● all'attivazione delle dimissioni protette in tutti i casi necessari;
- 291 ● alla corretta compilazione della lettera di dimissione con particolare riferimento alla  
292 prescrizione farmacologica nel rispetto delle note AIFA e dei rispettivi Prontuari  
293 Terapeutici Provinciali e di AVEN;
- 294 ● a segnalare al Nucleo Operativo Provinciale (NOP), oltre che alla direzione del DSM,  
295 le prescrizioni farmacologiche *off label*;
- 296 ● a partecipare alla Commissione Locale di Monitoraggio di cui alla all'Accordo  
297 RER/AIOP e al Tavolo Tecnico aziendale.

298

### 299 **SPECIALISTICA**

300 Di seguito la tabella economica:

301

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ANNO 2018	codici nomencl RER	ANNO 2018	
		ORDINARIO	GARANZIA
RADIODIAGNOSTICA	<a href="#">vedi tabella radiologica</a>	68.000,00	
ECOGRAFIE DEL CAPO E DEL COLLO	88.71.4	12.000,00	
ALTRE ECOGRAFIE (le prestazioni in garanzia sono esclusivamente quelle corrispondenti ai cod. reg. 88.74.1, 88.75.1, 88.76.1: eco addominali) : le prestazioni di ecografie mammarie, a partire dal mese di luglio 2013, non possono più essere erogate.	88.74.1, 88.75.1, 88.76.1, 88.76.2, 88.79.1, 88.79.2, 88.79.3, 88.79.5, 88.79.6, 88.73.1	34.712,08	29.996,61
ECOCOLORDOPPLER		10.000,00	
ELETTROMIOGRAFIE	93.08.1, 93.09.1, 93.09.2, 93.08.5 (profilo)	100.000,00	-
RMN DELLA COLONNA (88.93 ), SENZA E CON CONTRASTO ( 88.93.1)	88.93, 88.93.1	250.000,00	-
RMN DEL CERVELLO E DEL TRONCO (88.91.1 - 88.91.2), SENZA E CON CONTRASTO (le prestazioni in garanzia sono esclusivamente quelle corrispondenti ai cod. reg. 88.91.1 e 88.91.2) *	88.91.1 - 88.91.2	308.000,00	42.000,00
RMN DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.3 - 88.91.4), SENZA E CON CONTRASTO	88.91.3 - 88.91.4		
RISONANZE MAGNETICHE NUCLEARI MUSCOLOSCELETRICHE	88.94.1 - 88.94.2	236.706,00	-
TOTALE COMPLESSIVO		1.019.418,08	71.996,61
<b>di cui su budget AIOP degenza (Budget 1): € 100.000,00</b>			
* Per le agende di garanzia in caso di prescrizione multipla deve essere prenotabile oltre alla RM del cervello e del tronco encefalico ( 88.91.1 e 88.91.2 ) anche la RM del massiccio facciale, orbite, sella turcica, rocche petrose ( 88.91.3 e 88.91.4) e RM spinale-cervicale (88.93 e 88.93.1)			
<b><u>Per tutte le RM si applica uno sconto del 10% sulle tariffe del nomenclatore</u></b>			
N.B.:			
1) il budget delle prestazioni è da intendersi al lordo dei ticket eventualmente riscossi e al netto degli sconti			
2) i codici delle prestazioni, validati dai Distretti competenti, si intendono revocati qualora il decreto di accreditamento definitivo della struttura non li contempli: la struttura potrà erogare solo le prestazioni per le quali è accreditata.			

Codice	Descrizione
87.09.1	Radiografia tessuti molli faccia,capo,collo
87.11.3	Ortopanoramica Arcate Dentarie
87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO
87.12.2	Altra Radiografia Dentaria
87.16.1	Altra Radiografia di Ossa della Faccia
87.16.2	Tomografia Articolazione Temporomandibolare
87.17.1	Radiografia del Cranio e dei Seni Paranasali
87.17.2	Radiografia della sella turcica
87.22	Radiografia Colonna Cervicale
87.23	Radiografia Colonna Dorsale
87.24	Radiografia Colonna Lombosacrale
87.29	Radiografia Completa della Colonna
87.43.1	Radiografia di Coste, Sterno, Clavicola
87.43.2	Altra Radiografia di Coste, Sterno, Clavicola
87.44.1	Radiografia del Torace di Routine, Nas
87.59.1	Colecistografia
87.61	Radiografia Completa del Tubo Digerente
87.62	Radiografia del Tratto Gastrointestinale Superiore
87.62.1	Radiografia dell'Esophago con Contrasto
87.64	Radiografia del Tratto Gastrointestinale Inferiore
87.65.1	Clisma Opaco Semlice
87.65.2	Clisma con Doppio Contrasto
87.73	Urografia Endovenosa
87.77	Cistografia
87.79	Radiografia dell' Apparato Urinario
87.79.1	Uretrografia
88.19	Radiografia dell' Addome
88.21	Radiografia della Spalla e dell' Arto Superiore
88.22	Radiografia Gomito e Avambraccio
88.23	Radiografia del Polso e della Mano
88.26	Radiografia di Pelvi e Anca
88.27	Radiografia del Femore, Ginocchio, Gamba
88.28	Radiografia del Piede e della Caviglia
88.29.1	Radiografia degli Arti Inferiori e del Bacino Sotto Carico
88.29.2	Radiografia Assiale della Rotula
88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO
88.33.2	Tomografia di un Segmento Scheletrico
88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA

303

304

305

### **A) Budget ordinario e in garanzia**

306

Nella scheda economica soprastante vengono individuate due tipologie di budget: un

307

“budget ordinario” destinato alla programmazione ordinaria ed un “budget di garanzia”

308 dedicato alle prestazioni da erogare entro i tempi massimi previsti dalla normativa  
309 regionale.

310 La garanzia, così come delineata dalla DGR 1035/2009 e s.m.i., si sostanzia in un  
311 percorso diretto ad assicurare, ai cittadini che ne facciano richiesta, il diritto di usufruire  
312 di talune prestazioni sanitarie, individuate come critiche a livello regionale, nell'arco  
313 temporale di 30 gg. se trattasi di visite specialistiche, e di 60 gg. se trattasi di  
314 prestazioni di diagnostica strumentale. Il budget dedicato al percorso di garanzia, in  
315 quanto finalizzato all'assolvimento di un percorso specifico è dotato di un proprio e  
316 specifico limite di spesa. Tali prestazioni verranno prenotate su agende dedicate e, in  
317 quanto alla fatturazione, dovranno essere fatturate nello stesso documento anche se in  
318 separata evidenza.

319 La Direzione del Distretto competente è tenuta a monitorare il rispetto del budget e dei  
320 relativi sotto-budget della struttura privata ed eventualmente a proporre riconversioni  
321 alla U.O. Governo della Specialistica e Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie.

322 Pertanto, al fine di adeguare le prestazioni commissionate alle esigenze territoriali, i  
323 Distretti, previa acquisizione del parere favorevole delle U.O. Governo della  
324 Specialistica e l'Ufficio Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie, d'intesa con la struttura  
325 privata, possono riconvertire, senza aggravii di ordine economico:

- 326 ● i sottobudget riferiti al budget ordinario;
- 327 ● i sottobudget riferiti al budget di garanzia;
- 328 ● le due tipologie di budget (ordinario e garanzia).

329 L'U.O. Servizio Governo della Specialistica, inoltre, può chiedere alla struttura privata,  
330 previa comunicazione all'Ufficio Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie, un aumento  
331 del tetto previsto per la garanzia al fine di adeguare i tempi di attesa delle prestazioni  
332 alla normativa vigente secondo la prassi vigente.

333 La struttura privata è tenuta a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria  
334 (budget ordinario) su tutto l'arco dell'anno (12 mesi) fatte salve le eventuali eccezioni  
335 che dovranno essere autorizzate per iscritto dai Distretti competenti.

336 In caso di inadempimento, l'AUSL si riserva la facoltà di compensare le due tipologie di  
337 budget (ordinario e garanzia) al fine di riequilibrare la commessa.

338 Tali prestazioni richiedono una evidenza separata nella fattura con l'apposizione della  
339 dicitura "commessa ordinaria" e "commessa in garanzia".

340

#### 341 **B) Commesse straordinarie/urgenti.**

342 L'Azienda USL, in aumento del budget indicato nella economica soprastante, può  
343 chiedere in corso d'esecuzione del contratto, commesse straordinarie dirette a  
344 ripristinare i tempi di attesa previsti dalla normativa regionale.

345 Tali commesse, in quanto urgenti, saranno effettuate direttamente, via e-mail,  
346 dall'Ufficio Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie, su richiesta dell'U.O. Governo  
347 della Specialistica e convalida del Direttore Sanitario dell'AUSL.

348 Per tali commesse verranno definite, a seconda della necessità del momento, sia il  
349 budget che il numero delle prestazioni.

350 Si precisa che il numero delle prestazioni è indicativo mentre il budget complessivo  
351 annuale relativo a ciascuna tipologia di prestazione rappresenta un tetto invalicabile  
352 che soggiace al principio generale del "budget fisso e tariffa variabile".

353 Non è ammessa la riconversione con altri budget.

354 Tali prestazioni richiedono una evidenza separata nella fattura con l'apposizione della  
355 dicitura "commessa straordinaria".

#### 356 **- Disposizioni di carattere generale**

357 La struttura privata potrà erogare prestazioni fino al volume annuale risultante dal  
358 contratto rispettando l'ammontare dei singoli budget (ordinario, garanzia e commessa  
359 straordinaria) e dei relativi sotto-budget, fatto salvo quanto viene espressamente



360 previsto per il budget in garanzia che può essere incrementato a seconda delle  
361 esigenze aziendali.

362 In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero dei singoli  
363 budget e dei sotto-budget concordati, alla struttura non verrà riconosciuto alcun valore  
364 economico aggiuntivo e il rispetto degli stessi avverrà per riduzione della  
365 remunerazione tariffaria (budget fisso e tariffa variabile), fatti salvi gli eventuali accordi  
366 integrativi.

367 Con riferimento al budget ordinario (di cui alla lettera A), il verificarsi del superamento  
368 del tetto complessivo di spesa non esime la struttura privata dal garantire comunque  
369 (mantenendo aperte le agende di prenotazione), a budget invariato, l'erogazione in  
370 regime costante delle prestazioni fino alla scadenza dell'anno di riferimento.

371 Non rientrano nella composizione del budget le prestazioni erogate a favore dei  
372 residenti in altre USL della Regione Emilia-Romagna o in altre regioni, dei non iscritti  
373 al SSN anche se coperti da disposizioni internazionali e/ o convenzionali in materia di  
374 reciprocità.

#### 375 **MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

376 Per le modalità di accesso e di erogazione la struttura privata è tenuta a rispettare le  
377 indicazioni aziendali (in particolare, si rimanda alla pagina pubblicata sul sito internet  
378 dell'AUSL all'indirizzo [www.ausl.mo.it/cup](http://www.ausl.mo.it/cup)).

379 Le prestazioni, prescritte sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, salvo  
380 eccezioni espresse, possono essere prenotate sia presso i Centri di prenotazione  
381 dell'AUSL sia presso la struttura privata, attraverso l'utilizzo, via web, del programma  
382 di prenotazione pubblico (CUPWEB).

383 Il ticket, se dovuto, di norma sarà riscosso dalla struttura privata nella misura e con le  
384 modalità richieste dalla normativa vigente e dalle circolari aziendali vigenti.

385 Il ticket dovrà essere riscosso al momento dell'effettuazione della prestazione e, solo  
386 per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, in via del tutto  
387 eccezionale, all'atto della consegna del referto.

388 Nel caso in cui l'utente non paghi il ticket dovuto, la struttura privata è tenuta a non  
389 consegnare il referto e a comunicare la situazione in atto al Distretto di residenza del  
390 paziente, al fine di gestire correttamente l'evento e di permettere all'azienda USL di  
391 attivare la procedura di recupero ticket. I casi particolari in cui l'utente non abbia  
392 pagato il ticket e dal referto si evidenzino pericoli immediati per la sua salute, saranno  
393 gestiti direttamente dal direttore sanitario o dal medico specialista della struttura  
394 privata.

395 Se il referto non viene ritirato, la struttura privata addebiterà l'intero importo della  
396 prestazione all'azienda USL, al netto del ticket se già pagato dall'utente, allegando  
397 alla fattura il referto non ritirato in originale in busta chiusa.

398 La struttura privata si impegna ad organizzare l'erogazione delle prestazioni nel pieno  
399 rispetto dei criteri di equità di accesso e di appropriatezza organizzativa di cui alla  
400 normativa vigente e, pertanto, con regolarità, continuità e, per il percorso Garanzia,  
401 nei tempi previsti dal quadro normativo regionale, in modalità tali da garantirne la  
402 fruizione costante nell'arco di tutto il periodo di riferimento del contratto, secondo  
403 l'ordine cronologico di presentazione e quanto previsto dagli eventuali protocolli  
404 adottati dall'AUSL.

405 La struttura privata si impegna inoltre ad una gestione efficiente delle agende  
406 attraverso:

407 a) la gestione separata delle agende che si riferiscono a prestazioni:

408 - erogate in ordinario;

409 - erogate in garanzia;

410 b) limitatamente al budget ordinario, la costante disponibilità delle agende di  
411 prenotazione, con proiezione temporale annuale nella misura del 70% delle  
412 prestazioni complessive e quadrimestrale per la parte restante corrispondente al 30%.  
413 Fermo restando il budget attribuito alla struttura, al fine di garantire un governo  
414 dell'offerta senza soluzione di continuità, il Distretto competente, salvo diversa  
415 comunicazione da parte della struttura accreditata, in caso di mancata  
416 presentazione/proiezione delle agende, provvederà a mantenere aperte le stesse  
417 programmando i posti secondo la prenotazione relativa all'ultimo mese oggetto di  
418 offerta. La responsabilità della gestione delle agende, degli utenti prenotati e delle  
419 eventuali variazioni è a carico della struttura privata mentre l'AUSL è responsabile del  
420 corretto inserimento a CUP dei calendari inviati dalla struttura stessa. Qualora non  
421 venga garantita la disponibilità delle agende, l'azienda USL si riserva la facoltà di  
422 ridurre o eliminare dal budget complessivo le prestazioni sanitarie (e il relativo sotto-  
423 budget) per le quali non sia stato possibile effettuare una regolare programmazione.  
424 La struttura privata si impegna all'adozione di un modello informatizzato di invio dei  
425 calendari secondo le indicazioni che verranno fornite dall'U.O. Governo della  
426 specialistica.  
427 La struttura privata si impegna ad effettuare la refertazione in tempo reale, a seconda  
428 della tipologia di prestazione, nel rispetto degli standard indicati nella DGR n. 2142 del  
429 2000, "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali", con  
430 particolare riferimento al modello di referto specialistico, che deve contenere il quadro  
431 clinico (compresa l'anamnesi), gli accertamenti praticati, le conclusioni diagnostiche e  
432 i suggerimenti orientativi per il medico curante.

### 433 **SPECIFICITA' DI ALCUNE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI**

#### 434 **-- Prestazioni di elettromiografia:**

435 Tali prestazioni verranno remunerate con una tariffa unitaria e convenzionale di € 54,23.

### 436 **PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE E SPECIALISTICHE**

437 La struttura si impegna a garantire la partecipazione di almeno il 70% dei propri  
438 professionisti agli incontri di informazione e audit organizzati dalla AUSL sul tema della  
439 prescrizione farmaceutica e specialistiche. La struttura si impegna, altresì, a garantire che  
440 i professionisti interessati aderiscano alla Procedura di Compilazione dei Referti che sarà  
441 approvata dalla Commissione Interaziendale sulla Appropriatezza Prescrittiva e volta a  
442 favorire l'attività di audit clinico interdisciplinare.

#### 443 **ADEMPIMENTI CONTABILI**

444 L'AUSL si impegna a pagare all'Ospedale tutte le prestazioni prodotte, fatturate e  
445 validate nei relativi flussi regionali in coerenza con le tipologie e le linee di indirizzo di cui  
446 al presente contratto e secondo il regime tariffario regionale in vigore e /o gli accordi  
447 specifici locali.

448 Si conviene che tutti i ricoveri ospedalieri, compresi quelli "a cavaliere" tra due anni  
449 diversi, debbano essere fatturati a chiusura di ogni SDO.

450 Il pagamento da parte dell'AUSL delle attività ospedaliere, residenziali e semiresidenziali  
451 è subordinato al corretto inserimento delle stesse nei relativi flussi informatici regionali  
452 ("File SDO", "Flusso SDRES") e loro validazione nelle banche dati.

453

454 Si ricorda altresì che alla fatturazione dovrà essere allegato il file xml secondo il tracciato  
455 previsto dal ritorno informativo SDO e riepilogativo degli addebiti con la valorizzazione  
456 del campo importo e coincidente con il valore fatturato.

457 Gli addebiti per i ricoveri dovranno essere dettagliatamente supportati da specifico  
458 elenco riepilogativo del numero di scheda nosologica e tariffa applicata.

459 Gli addebiti, che a seguito dei vari controlli risultano conformi al presente contratto e alla  
460 validazione nelle banche dati regionali, verranno liquidati entro 60 giorni dalla data di  
461 ricezione fattura. In caso di eventuali contestazioni ed accertamenti condivisi sulla non  
462 congruità delle prestazioni effettuate, ovvero sugli importi fatturati, l'Ospedale privato  
463 inoltrerà regolare nota di accredito.

464 Relativamente alla specialistica ambulatoriale:

465 - ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296/06 (finanziaria 2007) le  
466 strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese a  
467 carico del Servizio Sanitario Nazionale, devono praticare uno sconto sul fatturato  
468 lordo mensile pari al 2% sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali e del 20%  
469 sulla diagnostica di laboratorio ad eccezione delle prestazioni per le quali siano già  
470 stati già previsti sconti tariffari pari o superiori ai predetti fatte salve diverse  
471 disposizioni normative.

472 Sulla vigenza degli sconti del 2% e del 20% di cui alla Finanziaria 2007, l'ospedale  
473 privato si riserva in relazione al mutato quadro giurisprudenziale ed all'esito di  
474 eventuali procedimenti posti in essere per la declaratoria di non vigenza dello  
475 stesso il diritto di pretenderne la restituzione, secondo le disposizioni, le modalità e  
476 le tempistiche richieste dalla Regione Emilia-Romagna, qualunque sia la dizione  
477 adottata in fattura per il calcolo delle tariffe.

478 Le tariffe da prendere a riferimento per il calcolo dello sconto sono quelle del  
479 nomenclatore tariffario regionale in vigore al momento dell'erogazione della  
480 prestazione e vanno considerate al lordo rispetto alla quota di partecipazione alla  
481 spesa sanitaria.

482 - le fatture o i relativi allegati dovranno indicare il totale delle prestazioni  
483 effettivamente erogate (comprese quelle integralmente remunerate dal ticket) per  
484 conto e a carico del SSN, l'importo lordo corrispondente, l'indicazione dello sconto  
485 del 2% e/o del 20% e gli eventuali ticket riscossi ed il netto risultante;

486 - le eventuali contestazioni sulla congruità delle prestazioni effettuate, ovvero sugli  
487 importi fatturati, l'ospedale privato inoltrerà regolare nota di accredito entro i 20  
488 giorni successivi alla contestazione oppure potrà controdedurre nel rispetto degli  
489 stessi termini.

490 **PRESTAZIONI DA FATTURARE IN SEPARATA EVIDENZA**

491 Saranno oggetto a una distinta fatturazione le prestazioni:

- 492 • rese ai cittadini residenti fuori dalla Regione Emilia Romagna;
- 493 • rese ai cittadini comunitari (o provenienti da Paesi che hanno stipulato con il
- 494 Nostro un reciproco accordo), in temporaneo soggiorno in Italia, che siano in
- 495 possesso della TEAM (tessera europea di assicurazione malattia) o di attestato
- 496 equivalente e della prescrizione del Medico di Medicina Generale sul cui retro
- 497 sono stati inseriti i dati relativi all'assistito.

498 Agli uffici competenti all'effettuazione dei controlli sarà inviata: copia della

499 Team/Attestato equivalente e la prescrizione medica in originale.

- 500 • rese ai cittadini extracomunitari irregolarmente e temporaneamente presenti
- 501 (STP) in Italia in possesso di codice/tessera STP e PSU. In questi casi alla fattura
- 502 deve essere sempre allegata copia del tesserino STP dal quale risulti la
- 503 condizione di indigenza.

504 Le prestazioni erogate a stranieri titolari di assistenza sanitaria rilasciata dall'Ausl di

505 Modena dovranno intendersi come cittadini residenti e pertanto rientreranno nel budget

506 del presente contratto.

507 Relativamente alla specialistica ambulatoriale la struttura si impegna inoltre a distinguere

508 le prestazioni erogate:

- 509 - in ordinario;
- 510 - di garanzia:
- 511 - in commessa straordinaria.

## 512 **CONTROLLI SANITARI**

513 I controlli sono effettuati in coerenza con la normativa vigente con specifico riferimento

514 alla DGR 354/2012 ed al Piano Annuale Controlli (PAC) predisposto dalla Regione di cui

515 alla determina n. 8104 del 29.5.2018.

516 Relativamente alla procedura e alla tempistica dei controlli, si rimanda al Protocollo

517 interaziendale siglato nel 2013.

518 I controlli esterni vengono effettuati dal Nucleo Aziendale Controlli (NAC) che svolge un  
519 ruolo di “governance” dell’intero sistema di controllo dei ricoveri mirato a garantire la  
520 corrispondenza con quanto esplicitato dal Piano Annuale dei Controlli (PAC) e con  
521 quanto previsto negli accordi di fornitura locali.

522 Gli obiettivi principali da perseguire sono:

- 523 - fornire autorevole contrasto allo sviluppo di tutto ciò che possa portare ad un utilizzo  
524 anti economico o opportunistico delle risorse;
- 525 - concentrare l’attenzione sulla qualità della documentazione clinica e stimolare i  
526 professionisti alla compilazione corretta ed esaustiva della stessa;
- 527 - avvio di un confronto coordinato tra i servizi di committenza delle aziende territoriali  
528 e le strutture accreditate pubbliche e private del territorio.

529 In merito ai controlli interni, ai sensi della normativa citata, l’ospedale privato si impegna  
530 a sottoporre a controllo ogni aspetto inerente ai seguenti punti:

- 531 - la qualità e completezza della documentazione sanitaria mediante l’utilizzo delle  
532 indicazioni, degli strumenti e delle metodologie previste dalla DGR 1706/2009;
- 533 - corretta codifica della SDO mediante applicazione delle Linee guida SDO nazionali  
534 approvate in Conferenza Stato Regioni con rep. Atti 64/CSR del 29 aprile 2010 e delle  
535 Linee Guida SDO regionali approvate con successive determinine;
- 536 - appropriatezza organizzativa secondo i volumi e le tipologie previste dal Piano Annuale  
537 Controlli Regionali con impegno a mettere a disposizione del NAC provinciale i dati  
538 analitici relativi ai controlli effettuati a cadenza semestrale secondo quanto già previsto  
539 nel protocollo provinciale controlli;
- 540 - appropriatezza clinica.

541 In caso di accertata inappropriata clinico-organizzativa delle prestazioni contestate,  
542 all’ospedale privato non verrà rimborsato il valore delle relative prestazioni.

543 L’ospedale privato svolgerà ulteriori controlli interni previsti dalla normativa vigente, con  
544 particolare riferimento ai seguenti ambiti: accessibilità, continuità assistenziale, qualità

545 dell'assistenza percepita dall'utente, osservanza delle indicazioni contenute nella Carta  
546 dei Servizi, alla regolare registrazione delle prenotazioni di ricovero e delle liste di attesa  
547 a norma dell'art. 3 comma 8 della L.724/94.

548 Qualora emergessero eventuali divergenze rispetto agli obiettivi prefissati in sede di  
549 stesura del contratto e/o particolari situazioni che segnalino carenze tecnico-  
550 organizzative e/o assistenziali di comprovata gravità, l'Azienda USL si riserva, inoltre,  
551 ogni attività di ispezione e controllo riferita dalla legislazione vigente alla propria  
552 competenza e inerente alla regolare esecuzione del contratto.

### 553 **INCOMPATIBILITA'**

554 L'Ospedale privato, richiamato il regime delle incompatibilità previsto dalla normativa  
555 nell'accordo regionale vigente, si dichiara consapevole che è fatto divieto alle strutture  
556 private accreditate, in toto o parzialmente, di avere nel proprio organico o a livello di  
557 consulenti, personale medico e non, in posizione di incompatibilità.

558 L'Ospedale privato si impegna, pertanto, a fornire all'Ufficio Ispettivo dell'Azienda USL, a  
559 cadenza annuale o comunque ogniqualvolta si verifica una modifica, l'elenco nominativo,  
560 costantemente aggiornato e/o integrato, del proprio personale e dei propri collaboratori.

561 L'Azienda si riserva, inoltre, la facoltà e la Struttura sanitaria contraente l'accetta, di  
562 effettuare ispezioni senza preavviso a mezzo di propri funzionari che dovranno farsi  
563 identificare mediante esibizione di cartellino personale.

564 L'esistenza delle suddette situazioni di incompatibilità potrà comportare la risoluzione di  
565 diritto del contratto ai sensi dell'art.1456 cod. civ., previa formale diffida all'eliminazione  
566 dei rapporti di cui sia stata verificata l'incompatibilità e perdurante inadempienza, qualora  
567 non sia comprovata la buona fede nell'esecuzione del contratto.

### 568 **NORMATIVA PROTEZIONE DATI**

569 Ai fini della corretta gestione dei dati personali oggetto del contratto, l'Azienda USL di  
570 Modena, Titolare del trattamento dei dati, provvede a nominare l'ospedale privato



571 "Responsabile del trattamento" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento Europeo sulla  
572 protezione dei dati (c.d. GDPR - General Data Protection Regulation n 679/2016).

573 La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto recante le finalità, i contenuti  
574 e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del GDPR.

575 L'Ospedale privato, Responsabile del trattamento, deve pertanto garantire di adottare le  
576 misure tecniche e organizzative adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le  
577 sono affidati dalla Azienda USL di Modena sia conforme ai requisiti del GDPR, e idonee  
578 a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla  
579 Azienda stessa.

#### 580 **VALIDITA'**

581 Fatta salva la necessità di procedere a modifiche, anche in corso d'anno, in  
582 conseguenza di nuove e diverse disposizioni normative o programmatiche, nazionali,  
583 regionali o locali, la validità della parte normativa del presente contratto è stabilita in tre  
584 anni a decorrere dal 01/01/2018 al 31/12/2020 mentre la parte economica ha validità  
585 annuale e potrà essere rinnovata per l'anno successivo anche con mero scambio di  
586 corrispondenza. Nelle more dell'adozione della nuova determinazione economica, salvo  
587 diversa disposizione scritta dell'AUSL, verranno osservate le schede economiche  
588 originarie dell'anno precedente.

589 Qualora le parti non riescano ad addivenire alla conclusione del nuovo contratto entro il  
590 31/12/2020, si conviene, per garantire senza soluzione di continuità l'attività  
591 assistenziale, che il presente contratto continui ad esplicare la propria efficacia fino al 30  
592 giugno 2021 secondo le determinazioni economiche dell'anno precedente.

593 Verranno applicate di diritto tutte le disposizioni normative, nazionali e regionali che  
594 dovessero intervenire nel corso di esecuzione del contratto.

595 La validità dell'accordo è condizionata dalla permanenza dei presupposti di  
596 autorizzazione e accreditamento della struttura.

#### 597 **FORO COMPETENTE**

598 Per tutte le controversie inerenti all'interpretazione e l'esecuzione del presente contratto  
599 è competente il Foro di Modena. Le parti si impegnano ad esperire preventivamente una  
600 bonaria composizione.

#### 601 **REGISTRAZIONE E REGIME FISCALE**

602 Il presente contratto viene sottoscritto con firma digitale giusta la previsione di cui all'art.  
603 6, co. 6 del D.L. 145/2013 convertito con L. 9/2014. L'imposta di bollo sull'originale  
604 informatico, di cui all'art. 2 della Tabella Allegato A – Tariffa Parte I del D.P.R. n.  
605 642/1972, è assolta dall'AUSL di Modena; le spese di bollo sono a carico della parte  
606 privata.

607 Il presente contratto è soggetto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 5 del  
608 D.P.R. n. 131/86. Le spese di registrazione sono a carico esclusivo della parte che la  
609 richiede.

#### 610 **NORMA DI RINVIO**

611 Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto, si rinvia alle  
612 norme di legge e di regolamento in materia sanitaria, amministrativa, civile, penale e agli  
613 accordi regionali e locali in vigore precisando che verranno applicate di diritto tutte le  
614 disposizioni normative, nazionali e regionali che dovessero intervenire nel corso di  
615 esecuzione del contratto.

#### 616 **CLAUSOLE VESSATORIE**

617 Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e seguenti del codice civile, la parte dichiara di  
618 avere preso attenta visione e di accettare espressamente la clausola riferita al Foro  
619 Competente del presente contratto.

620 La parte contraente che accetta la deroga

621 Letto e sottoscritto

622 Modena, li \_\_\_\_\_

623

624 Il Direttore Generale  
625 Azienda USL di Modena

Il Legale Rappresentante  
KOS CARE S.r.l – Villa Rosa

626                    *Dott. Massimo Annicchiarico*                    *Dott. Enrico Brizioli*  
627  
628  
629                    Imposta di bollo assolta come documento informatico, ai sensi del DMEF 17 Giugno  
630                    2014.  
631                    **Importo bollo € 112,00**