

**CONTRATTO TRA L'AZIENDA USL DI MODENA E LA STRUTTURA SANITARIA
PRIVATA ACCREDITATA "ALLIANCE MEDICAL DIAGNOSTIC S.R.L. - CHECK-
UP CENTER POLIAMBULATORIO" PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI DI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE - ANNO 2021**

Considerato che:

- in base all'art. 8 bis comma 1, del D.Lg.vo n. 502/92 e successive modificazioni,
"Le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei
presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende
ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere
scientifico, nonché dei soggetti accreditati, nel rispetto degli accordi contrattuali";

- ai sensi del successivo articolo 8-bis, comma 2° e 8-quater comma 2°, i contenuti
prestazionali ed economici degli accordi contrattuali costituiscono il titolo in virtù del
quale i singoli produttori possano operare nell'ambito, per conto e a carico del
Sistema Sanitario Nazionale e i cittadini possano liberamente scegliere il luogo di
cura;

TRA

L'Azienda Unità Sanitaria Locale, con sede in Modena, Via San Giovanni del Cantone
n. 23, C.F. 02241850367, in persona del Direttore Generale Dott. Antonio Brambilla,
nato a Cologno Monzese (MI) il 26/12/1954 nella sua qualità di legale rappresentante
E

La struttura privata accreditata Alliance Medical Diagnostic S.r.l. a Socio Unico,
sottoposta a direzione e coordinamento di Alliance Medical Italia S.r.l., con sede
legale in Lissone (MB), Via G. Mameli n.42/A, Partita IVA 02846000616,
rappresentata da un proprio Amministratore Delegato Dottoressa Adele Negroni, nata

a Milano il 24/06/1959 per la propria Unità locale denominata "Check-up Center Poliambulatorio", sita in Modena, Strada San Faustino n.155/A (di seguito denominata anche "la struttura privata").

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

Richiamati:

- la legge regionale n. 29/2004 ad oggetto "Norme sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" e ss.mm.ii.;

- la legge regionale n. 22/2019 "Norme in materia di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14 gennaio del 1997" e ss.mm.ii.;

- la Deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 426 dell'1/03/2000 concernente le linee guida ed i criteri per la definizione degli accordi e dei contratti tra le Aziende USL e i diversi produttori pubblici e privati accreditati;

- l'Accordo Quadro tra la Regione Emilia Romagna e l'Associazione delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali private (ANISAP) in materia di assistenza specialistica ambulatoriale per il triennio 2018-2021 (di seguito denominato Accordo RER/ANISAP) approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 167 del 4/02/2019 alla cui disciplina e principi è sottoposto il presente accordo;

- la Deliberazione della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 849 del 13/07/2020 "approvazione di accordo integrativo dell'accordo già sottoscritto con ANISAP Emilia-Romagna, di cui alla propria deliberazione n.16/2019".

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1: OGGETTO

Il presente contratto disciplina la fornitura di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte della struttura privata in favore dei cittadini residenti nell'ambito provinciale di

competenza dell'Azienda USL di Modena ai sensi dell'Accordo RER/ANISAP di cui alla DGR 167/2019 e alla DGR n. 849/2020. Resta inteso che le eventuali novità normative, nazionali e regionali, saranno applicate di diritto, comportando la decadenza automatica di tutte le clausole del presente contratto incompatibili con le stesse.

ART. 2: REQUISITI DI LEGITTIMAZIONE CONTRATTUALE

La struttura privata è legittimata alla stipula del presente contratto in quanto:

- in possesso di autorizzazione sanitaria all'esercizio delle attività contrattate;
- accreditata istituzionalmente ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente;
- le attività contrattate sono funzionali alle scelte di programmazione regionale e locale;
- dichiara, con la sottoscrizione del presente contratto, di accettare il sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie secondo le tariffe della Regione Emilia-Romagna.

ART. 3: OBIETTIVI

A norma del Decreto Legislativo N°229/99 e ss.mm.ii. sono finanziati dal Sistema Sanitario pubblico, esclusivamente le prestazioni e i servizi che, dovendo soddisfare livelli essenziali ed uniformi di assistenza, corrispondano al bisogno di salute rilevato, agli obiettivi programmati, ai requisiti di qualità, di equità di accesso, di appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni oltre che ai livelli di spesa complessiva programmati dalla Regione Emilia Romagna e concordati in sede di accordo contrattuale. L'Azienda USL di Modena attribuisce particolare rilievo agli obiettivi connessi alla riduzione dei tempi che intercorrono tra la prenotazione e la fruizione della prestazione, in quanto incidenti sui requisiti di efficacia ed accessibilità delle stesse.

ART. 4: BUDGET E TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI

Relativamente al 2021, ferma restando la possibilità, in corso d'anno, di variazione del budget complessivo e dei corrispondenti volumi di attività, nella misura prevista dalla normativa nazionale e regionale che dovesse eventualmente intervenire, i contenuti assistenziali, le tipologie, le quantità di prestazioni specialistiche oggetto del presente contratto e la relativa valorizzazione economica sono di seguito riportate:

**DISTRETTO DI MODENA
CHECK-UP CENTER**

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ANNO 2021	ANNO 2021				
	BUDGET ORDINARIO	BUDGET GARANZIA ORDINARIA	ECG PER IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA	BUDGET STRAORDINARIO	
				EXTRA-ORDINARIO	EXTRA-GARANZIA
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	77.157,03				
ECOGRAFIE (le prestazioni in garanzia sono esclusivamente quelle corrispondenti ai cod. reg. 88.74.1, 88.75.1, 88.76.1: eco addominali) Sono escluse dalla commessa le ecografie mammarie	65.182,80	31.869,16		733,18	14.000,00
ECO CAPO E COLLO				6.257,27	
ECOCOLORDOPPLER	60.657,51	-		16.269,04	
VISITE CARDIOLOGICHE + ECG	-	14.442,23			13.667,00
ECOCARDIOGRAFIA (ECOCOLORDOPPLER CARDIACO)	6.455,42			9.938,00	
ECG	1.620,00				
ECG HOLTER	808,00			4.426,80	
OCULISTICA (le prestazioni in garanzia sono esclusivamente quelle corrispondenti al cod. reg. 95.02: visita oculistica)	116.589,19	30.418,31			8.500,00
DERMATOLOGIA (le prestazioni in garanzia sono esclusivamente quelle corrispondenti alla prima visita dermatologica)	18.960,86	3.318,89			8.000,00
VISITE GASTROENTEROLOGICHE	5.132,64			7.583,10	
ELETTROMIOGRAFIE	30.147,00			8.253,04	
VISITE ORTOPEDICHE	3.007,76			15.646,86	
VISITE UROLOGICHE				11.803,98	
ECG A TT. SPORTIVA NON AGONISTICA			9.775,38		
CONTROLLI E PRESTAZIONI DI PRESA IN CARICO: budget dedicato a: 1) eventuali controlli relativi a visite richieste in via straordinaria che non hanno budget ordinario; 2) eventuali prestazioni di presa in carico conseguenti a visite ed esami richiesti con priorità B				1.750,00	
TOTALE COMPLESSIVO	386.778,21	80.048,69	9.775,38	82.661,86	44.167,00

Il budget delle prestazioni è da intendersi al lordo dei ticket eventualmente riscossi, al netto degli sconti e comprensivo della quota accessoria pari a € 3,50/prestazione (per la quota accessoria, si rimanda alla nota della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (prot. 31/07/2020.0533323.U) avente ad oggetto "Trasmissione Accordo tra Regione Emilia-Romagna e ANISAP di cui alla D.G.R. 849/2020", salvo diverse indicazioni regionali.

A) Tipologie di budget

Nella scheda economica soprastante vengono individuate due tipologie di budget: "ordinario", destinato alla programmazione ordinaria e "di garanzia" dedicato alle prestazioni da erogare entro i tempi massimi previsti dalla normativa regionale. Viene, inoltre, previsto un terzo budget, definito "straordinario", non storicizzabile, volto a ripristinare i tempi d'attesa previsti dalla normativa regionale.

- Budget ordinario: aspetti specifici

Relativamente al budget ordinario, la struttura privata si impegna a:

- garantire la costante disponibilità delle agende di prenotazione, con proiezione quadrimestrale per il 100% delle prestazioni;
- ripartire uniformemente l'offerta prestazionale su tutto l'arco dell'anno (12 mesi).

- Budget garanzia: aspetti specifici

La garanzia, così come delineata dalla DGR 1035/2009 e ss.mm.ii., si sostanzia in un percorso diretto ad assicurare, ai cittadini che ne facciano richiesta, il diritto di usufruire di talune prestazioni sanitarie, individuate come critiche a livello regionale, nell'arco temporale di 30 gg. se trattasi di visite specialistiche, e di 60 gg. se trattasi di prestazioni di diagnostica strumentale. Il budget dedicato al percorso di garanzia, in quanto finalizzato all'assolvimento di un percorso specifico, così come descritto

nell'Accordo RER/ANISAP all'art. 6, è dotato di un proprio e specifico capitolo di spesa. Tali prestazioni verranno prenotate su agende dedicate e, in quanto alla fatturazione, dovranno essere fatturate nello stesso documento anche se in separata evidenza. Pertanto, al fine di adeguare le prestazioni commissionate al fabbisogno, l'U.O. Gestione delle attività di Specialistica Ambulatoriale e il servizio Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie, d'intesa con la struttura privata, possono riconvertire, senza aggravii di ordine economico:

- i sottobudget riferiti al budget ordinario ed ECG sportivi (+/- 1.000 euro senza necessità di autorizzazione e con compensazione all'interno del budget);
- i sottobudget riferiti al budget di garanzia;
- le due tipologie di budget (ordinario e garanzia).

L'U.O. Gestione delle attività di Specialistica Ambulatoriale, inoltre, può chiedere alla struttura privata, previa comunicazione al servizio Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie, l'aumento del tetto previsto per la garanzia al fine di adeguare i tempi di attesa delle prestazioni alla normativa vigente. La struttura privata è tenuta a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria su tutto l'arco dell'anno (12 mesi) fatte salve le eventuali eccezioni che dovranno essere autorizzate per iscritto dall'Azienda USL. In caso di inadempimento, l'Azienda USL si riserva la facoltà di compensare le due tipologie di budget (ordinario e garanzia) al fine di riequilibrare la commessa.

- Budget straordinario: aspetti specifici

Il budget straordinario presenta le seguenti caratteristiche:

- Non è storicizzabile;
- E' finalizzato all'abbattimento dei tempi di attesa;
- Viene gestito con fatturazione separata;
- Non può essere riconvertito in altre tipologie di budget.

B) Budget dedicato agli elettrocardiogrammi finalizzati alla certificazione sportiva non agonistica (codice di esenzione I01)

In esecuzione del Decreto del Ministero della salute 8 agosto 2014 "Approvazione delle linee-guida in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica", viene prevista una commessa di ECG per far fronte alle richieste provenienti dai PLS e dai MMG. L'accesso alla prestazione avviene tramite prenotazione CUP su agende dedicate. Tali prestazioni richiedono una evidenza separata nella fattura con l'apposizione della dicitura "budget dedicato agli ECG per idoneità sportiva non agonistica". La Regione Emilia-Romagna con nota prot. PG/2015/79302 del 9/2/2015 ha disposto che gli ECG possono essere erogati dalla strutture private accreditate per la cardiologia in possesso della attrezzature necessarie per i minori. Sotto la propria responsabilità, la struttura privata dichiara, mediante sottoscrizione del contratto e ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del DPR 445/2000:

- di possedere le seguenti attrezzature:

1) elettrocardiografo multicanale con interfacce cutanee adeguate all'età pediatrica.

2) sala d'attesa attrezzata per il gioco;

- di essere in grado di erogare la prestazione secondo gli standard qualitativi, organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dalla normativa.

Il referto dovrà essere consegnato entro tre giorni lavorativi dall'esecuzione dell'esame al fine di evitare disagi al cittadino. La struttura privata si impegna a monitorare costantemente il budget e ad avvisare l'U.O. Gestione delle attività di Specialistica Ambulatoriale e il servizio Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie sull'eventuale esaurimento dello stesso prima della fine dell'anno di competenza. E' ammessa la riconversione solo con il budget ordinario.

C) Commesse straordinarie/urgenti.

In corso d'esecuzione del contratto, l'Azienda USL può chiedere, in aggiunta al budget indicato nella scheda economica soprastante, commesse straordinarie urgenti e non preventivabili dirette a ripristinare i tempi di attesa previsti dalla normativa regionale. Tali commesse saranno richieste direttamente, via email e inviate successivamente a mezzo PEC ad ANISAP e alla struttura interessata, dal servizio Acquisti e Contratti Prestazioni Sanitarie, su indicazione dell'U.O. Gestione delle attività di Specialistica Ambulatoriale e della direzione aziendale dell'Azienda USL. Per tali commesse verranno definite, a seconda della necessità del momento, sia il budget che l'eventuale numero di prestazioni. Quest'ultimo è da ritenersi indicativo mentre il budget complessivo annuale relativo a ciascuna tipologia di prestazione (comprendente i singoli budget e i vari sotto-budget concordati) rappresenta il tetto invalicabile che soggiace al principio generale del "budget fisso e tariffa variabile". Non è ammessa la riconversione con altri budget. Tali prestazioni richiedono una evidenza separata nella fattura con l'apposizione della dicitura "commessa straordinaria".

D) Disposizioni di carattere generale

La struttura privata potrà erogare prestazioni fino al volume annuale risultante dal contratto rispettando l'ammontare dei singoli budget (ordinario, garanzia, ECG e straordinario) e dei relativi sotto-budget, fatte salve eventuali integrazioni concordate.

In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero dei singoli budget e dei sotto-budget concordati, alla struttura non verrà riconosciuto alcun valore economico aggiuntivo e il rispetto degli stessi avverrà per riduzione della remunerazione tariffaria (budget fisso e tariffa variabile), fatti salvi gli eventuali accordi integrativi. Con riferimento al budget ordinario (di cui alla lettera A), il verificarsi del superamento del tetto complessivo di spesa non esime la struttura

privata dal garantire comunque (mantenendo aperte le agende di prenotazione), a budget invariato, l'erogazione in regime costante delle prestazioni fino alla scadenza dell'anno di riferimento. Non rientrano nella composizione del budget le prestazioni erogate a favore dei residenti nei territori di riferimento di altre aziende USL della Regione Emilia-Romagna o in altre regioni, dei non iscritti al SSN anche se coperti da disposizioni internazionali e/ o convenzionali in materia di reciprocità.

ART. 5: MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Per le modalità di accesso e di erogazione la struttura privata è tenuta a rispettare le indicazioni aziendali (si rimanda alla pagina pubblicata sul sito internet dell'AUSL all'indirizzo www.ausl.mo.it/cup).). In particolare, si evidenzia che con lettera Prot. AUSL n.0069781/19 del 22/8/19 sono state fornite indicazioni per la gestione della fase di prenotazione ed erogazione della prestazione in caso di mancata esibizione del promemoria cartaceo di ricetta. Le prestazioni, prescritte sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, salvo eccezioni espresse, possono essere prenotate sia mediante i canali di accesso dell'Azienda USL sia presso la struttura privata, attraverso l'utilizzo del gestionale CUP aziendale.

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

Prescrizione unica con prestazioni su accessi diversificati		
CASO	CODICE A BARRE SU RIEPILOGO COSTI	INCASSA
AUSL + AUSL	si	AUSL
AUSL + privato	si	AUSL
AUSL + Policlinico	si	AUSL
Policlinico + Policlinico	si	Policlinico
Policlinico + privato	si	Policlinico
Osp. SAS. + Osp. SAS	si	SAS
Osp. SAS + Policlinico	si	Policlinico
Osp. SAS + AUSL	si	AUSL
CASO	CODICE A BARRE SU RIEPILOGO COSTI	INCASSA
Osp. SAS. + privato	si	SAS

privato + privato	no	il primo erogatore
-------------------	----	--------------------

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

Nel caso in cui l'utente non paghi il ticket dovuto, la struttura privata è tenuta a non consegnare il referto e a comunicare la situazione in atto al Distretto di residenza del paziente, al fine di gestire correttamente l'evento e di permettere all'Azienda USL di attivare la procedura di recupero ticket. I casi particolari in cui l'utente non abbia pagato il ticket e dal referto si evidenzino pericoli immediati per la sua salute, saranno gestiti direttamente dal direttore sanitario o dal medico specialista della struttura privata. Per quanto concerne il sistema di pagamenti elettronici pagoPA da parte di tutte le Pubbliche Amministrazioni e degli altri soggetti indicati all'articolo 2 del Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) di cui al D.Lgs. n. 82/2005, in corso d'anno, potranno essere previste e concordate tra le parti gli eventuali protocolli operativi in relazione agli adempimenti definiti dagli Enti competenti.

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

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

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

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

- erogate in ordinario;
- erogate in garanzia;
- di ECG per la certificazione sportiva non agonistica;
- budget straordinario;

b) limitatamente al budget ordinario, la costante disponibilità delle agende di prenotazione, con proiezione quadrimestrale al 100% delle agende.

Fermo restando il budget attribuito alla struttura, al fine di garantire un governo dell'offerta senza soluzione di continuità, l'Azienda USL, salvo diversa comunicazione da parte della struttura accreditata, in caso di mancata presentazione/proiezione delle agende, provvederà a mantenere aperte le stesse programmando i posti secondo la prenotazione relativa all'ultimo mese oggetto di offerta. La responsabilità della gestione delle agende, degli utenti prenotati e delle eventuali variazioni è a carico della struttura privata mentre l'Azienda USL è responsabile del corretto inserimento a CUP dei calendari inviati dalla struttura stessa. Qualora non venga garantita la disponibilità delle agende, l'Azienda USL si riserva la facoltà di ridurre o eliminare dal budget complessivo le prestazioni sanitarie (e il relativo sotto-budget) per le quali non sia stato possibile effettuare una regolare programmazione.

La struttura privata si impegna all'adozione di un modello informatizzato di invio dei calendari secondo le indicazioni dell'Azienda USL.

La struttura privata si impegna ad effettuare la refertazione in tempo reale, a seconda della tipologia di prestazione, nel rispetto degli standard indicati nella DGR n. 2142 del 2000, "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali",

con particolare riferimento al modello di referto specialistico, che deve contenere il quadro clinico (compresa l'anamnesi), gli accertamenti praticati, le conclusioni diagnostiche e i suggerimenti orientativi per il medico curante.

ART. 6: SPECIFICITA' DI ALCUNE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

- Prestazioni urgenti B

Si richiamano di seguito le indicazioni (lettera del Direttore Sanitario Prot. AUSL n.0044045/20 del 29/06/20) per la gestione delle prestazioni urgenti con priorità B, nel caso la struttura abbia concordato con l'Azienda USL la disponibilità alla erogazione delle stesse e sia in grado di garantire gli approfondimenti necessari alla presa in carico dei cittadini, ovvero la prenotazione e la erogazione di visite ed esami ritenuti indispensabili da parte dello specialista per completare l'iter diagnostico-terapeutico.

Le prestazioni di presa in carico, volte alla conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico, potranno essere richieste e prenotate dalla struttura tramite modulistica DEBURO se previste nella tabella sottostante; in caso contrario, lo specialista dovrà riportare nel referto l'indicazione ad eseguire la prestazione di approfondimento, invitando il cittadino a rivolgersi al proprio MMG/PLS per la prescrizione. Nel caso in cui lo specialista ravvisi la necessità di una visita di controllo, a seguito di un primo accesso in urgenza B, questa dovrà essere prescritta su ricetta SSN dal MMG/PLS e dovrà essere prenotata direttamente dalla struttura privata accreditata. Si ricorda che la visione esami per completamento diagnostico è parte integrante della visita specialistica. Le prestazioni di presa in carico devono essere registrate dalla struttura privata accreditata sul sistema CUP per una corretta gestione amministrativa della prenotazione.

La struttura, nel caso in cui sia disponibile ad effettuare la gestione di prestazioni richieste con urgenza B in modalità di presa in carico diretta dell'utente (da definire

con l'Azienda USL), dovrà riservare il 10% del budget annuale ordinario + straordinario extra-ordinario relativo alle prestazioni che intende effettuare in tale ambito. Tale 10% dovrà essere calcolato in proporzione ai mesi di effettiva erogazione. Non rientrano in questo 10% le prestazioni urgenti B prenotate a CUP, sui posti di calendario e la relativa presa in carico per le prestazioni di approfondimento. In caso di mancato utilizzo totale o parziale della suddetta quota di budget, sarà possibile fornire disponibilità da inserire a CUP, previo accordo con il Governo della Specialistica Ambulatoriale.

PRESTAZIONE PRENOTABILE A CUP CON PRIORITÀ B	PRESTAZIONI DI PRESA IN CARICO DA GESTIRE CON DEBURO DA PARTE DELLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA
VISITA ANGIOLOGICA	ECOCOLODOPPLER ARTI ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI
VISITA CARDIOLOGICA + ECG	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA TEST DA SFORZO CON PEDANA MOBILE O CON CICLOERGOMETRO
VISITA NEUROLOGICA	
VISITA ORTOPEDICA	RADIOLOGIA OSSEA ECOGRAFIA OSTEO-ARTICOLARE ECOGRAFIA MUSCOLO-SCHELETRICA INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE E NEL LEGAMENTO ARTROCENTESI
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	ESAME AUDIOMETRICO TONALE E VOCALE IMPEDENZOMETRIA FIBROLARINGOSCOPIA IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO IRRIGAZIONE CON RIMOZIONE DI CERUME
VISITA PNEUMOLOGICA	
VISITA UROLOGICA	ESAME URODINAMICO INVASIVO UROFLUSSOMETRIA
PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA PRENOTABILI A CUP CON PRIORITÀ B <i>Per le prestazioni di diagnostica non sono previste prestazioni di approfondimento da gestire con DEBURO</i>	
ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI E ARTI	
ECOGRAFIA ADDOME	
ECOGRAFIA TESTICOLARE	
ECOGRAFIA TIROIDE	
ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA	
RX OSSEA	
RX TORACE	

TC ENCEFALO
TC RACHIDE (CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE)
TC ADDOME (SUPERIORE, INFERIORE, COMPLETO)
TC TORACE
TC UROGRAFIA CON MDC (UROTIC)
RM ADDOME INFERIORE (NON PROSTATA)
RM ADDOME SUPERIORE
RM MUSCOLO-SCHELETRICA

- Visite di controllo

In analogia a quanto descritto nel paragrafo soprastante relativo alle urgenze B, eventuali richieste di visite di controllo indicate dallo specialista a seguito di un primo accesso presso la struttura accreditata, dovranno essere prescritte dal MMG/PLS su ricetta SSN e prenotate direttamente dal centro privato sul gestionale CUP nell'ambito di percorsi di presa in carico.

- Tac e Risonanze Magnetiche

Le prestazioni di TAC e RMN con mdc che possano rivelarsi necessarie, in sostituzione delle stesse senza mdc, saranno disposte direttamente dallo specialista presso la struttura privata e sono comprese nel budget complessivamente assegnato. In pratica, a fronte di una prescrizione di TAC/RM senza mdc, qualora in corso di erogazione della stessa il professionista ravveda la necessità di utilizzare il mdc, dovrà provvedere alla erogazione della prestazione con mdc, codificando e addebitando solo quest'ultima.

- Prestazioni di senologia

Le prestazioni di mammografia (cod. 87.37.1 e 87.37.2) ed ecografie mammarie (cod. 88.73.1 e 88.73. 2) si inseriscono nel riassetto del nuovo piano della senologia regionale e locale, pertanto, essendo subordinate alle esigenze pubbliche, potranno subire delle modifiche in corso d'anno, su espressa richiesta dell'Azienda USL, sugli aspetti quantitativi, qualitativi ed organizzativi.

La struttura privata, dunque, si impegna ad osservare le disposizioni dell'Azienda

USL che dovessero intervenire in corso d'anno relative alla quantità, alla tipologia della casistica da trattare e alle conseguenti modalità di prenotazione. E' attribuita allo specialista della struttura privata la valutazione clinica circa l'esecuzione del singolo test mammografico o l'eventuale integrazione con l'esame ecografico ovvero la prosecuzione dell'iter diagnostico secondo le modalità previste dalle circolari aziendali (prot. AUSL n. 34313 del 30/04/2021 ed eventuali successive modifiche e integrazioni). Per l'esecuzione dell'esame ecografico la struttura privata, utilizzerà ai fini dell'inserimento dei dati nel flusso ASA, il modulo AUSL, già in uso, predisposto per le prestazioni aggiuntive.

- Visite Oculistiche

E' prevista l'esecuzione della visita oculistica (95.02) e della visita oculistica di controllo (89.01.D). Sono comprese anche la valutazione di tutti gli aspetti del sistema visivo e la prescrizione di lenti. La prescrizione di lenti (cod. 95.01) non comprende la visita oculistica.

Lo specialista della struttura privata, per il completamento dell'iter clinico del paziente, dovrà effettuare anche le sottoelencate prestazioni, se rivelatesi necessarie a seguito della visita e se accreditate, utilizzando, a tal proposito, il modulo DEBURO, specificamente predisposto per le prestazioni aggiuntive, sottolineando che le stesse si intendono comprese nel budget assegnato alla branca di oculistica:

- cod. 08.01 incisione del margine palpebrale
- cod. 08.21 asportazione di calazio
- cod. 08.23 asportazione di lesione maggiore della palpebra, non a tutto spessore, limitatamente alla prestazioni di asportazione di xantelasma (cod.sole 4278.107, 4278.108)
- cod. 98.21 rimozione di corpo estraneo superficiale dall'occhio, senza

incisione

- cod. 09.41 specillazione del punto lacrimale
- cod. 09.42 specillazione dei canalicoli lacrimali

Per motivi di appropriatezza clinica ed organizzativa, anche al fine di evitare un uso inefficiente delle risorse, si conviene che alla struttura privata che non fornisca, oltre alla visita specialistica, anche le prestazioni corrispondenti ai codici 98.21, 09.41, 09.42, come sopra descritto, possa essere detratta la commessa relativa alla branca interessata, con distribuzione della stessa, se e nella misura in cui risulti funzionale al fabbisogno e all'organizzazione dell'Azienda USL, sugli altri erogatori ANISAP. Allo scopo di favorire la presa in carico dei controlli e degli approfondimenti necessari a seguito di un primo accesso da parte dello specialista o della struttura privata senza rinvio del cittadino al medico curante, è prevista l'esecuzione della prestazione di Tomografia Retinica a coerenza ottica (cod. 95.12, codice SOLE 2250.016) qualora risulti necessaria per completare l'iter diagnostico-terapeutico nel corso di una visita oculistica. La prescrizione di tale prestazione avverrà tramite modello DEBURO e la prenotazione sarà a carico delle vostre strutture attraverso il sistema CUP. Le prestazioni di Tomografia Retinica a coerenza ottica (95.12) non dovranno superare il 30% del sotto-budget di oculistica.

- Visite Dermatologiche

E' prevista l'esecuzione, da parte della struttura, di prime visite di dermatologia (89.7A.7) e di visite di controllo (89.01.7).

Lo specialista della struttura privata, per il completamento dell'iter diagnostico, dovrà effettuare anche le sottoelencate prestazioni, se rivelatesi necessarie a seguito della visita e se accreditate, utilizzando, a tal proposito, il modulo, specificamente predisposto per le prestazioni aggiuntive sottolineando che le stesse si intendono

comprese nel budget assegnato alla branca di dermatologia:

- cod. 86.30.1 asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo mediante crioterapia con azoto liquido
- cod. 86.30.3 asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo mediante cauterizzazione o folgorazione

Per motivi di appropriatezza clinica ed organizzativa, anche al fine di evitare un uso inefficiente delle risorse, si conviene che alla struttura privata che non fornisca, oltre alla visita specialistica, anche tutte le prestazioni sopra descritte, possa essere detratta la commessa relativa alla branca interessata, con distribuzione della stessa, se e nella misura in cui risulti funzionale al fabbisogno e all'organizzazione dell'AUSL, sugli altri erogatori ANISAP.

- Visite Otorinolaringoiatriche

E' prevista l'esecuzione, da parte della struttura, di prime visite di otorinolaringoiatria (89.7B.8) e di visite di controllo (89.01.H).

Lo specialista della struttura privata, per il completamento dell'iter diagnostico, dovrà effettuare anche la prestazione corrispondente al codice del nomenclatore regionale 96.52 (irrigazione dell'orecchio - irrigazione con rimozione di cerume), se rivelatasi necessaria a seguito della visita e se accreditate, utilizzando, a tal proposito, il modulo DEBURO, specificamente predisposto per le prestazioni aggiuntive sottolineando che la stessa si intende compresa nel budget assegnato alla branca di otorinolaringoiatria. Per motivi di appropriatezza clinica ed organizzativa, anche al fine di evitare un uso inefficiente delle risorse, si conviene che alla struttura privata che non fornisca, oltre alla visita specialistica, anche tutte le prestazioni sopra descritte possa essere detratta la commessa relativa alla branca interessata, con distribuzione della stessa, se e nella misura in cui risulti funzionale al fabbisogno e

all'organizzazione dell'Azienda USL, sugli altri erogatori ANISAP.

- Prestazioni di ortopedia

E' prevista l'esecuzione, da parte della struttura, di prime visite di ortopedia (89.7B.7) e di visite di controllo (89.01.G)

Lo specialista della struttura privata, per il completamento dell'iter diagnostico terapeutico, dovrà effettuare, se ritenute necessarie e se accreditate, anche le prestazioni corrispondenti ai codici del nomenclatore regionale 81.92 (iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione e nel legamento) e 81.91 (artrocentesi), utilizzando, a tal proposito, il modulo DEBURO o eventuale altra modulistica prevista dalla regione, specificamente predisposto per le prestazioni aggiuntive sottolineando che la stessa si intende compresa nel budget assegnato alla branca di ortopedia.

Le prestazioni corrispondenti ai codici regionali 81.92 e 81.91 non dovranno superare il 25% del sotto-budget di ortopedia su base annua. Per motivi di appropriatezza clinica ed organizzativa, anche al fine di evitare un uso inefficiente delle risorse, si conviene che alla struttura privata che non fornisca, oltre alla visita specialistica, anche la prestazioni corrispondenti ai codici 81.92 e 81.91, possa essere detratta la commessa relativa alla branca interessata, con eventuale distribuzione della stessa, se e nella misura in cui risulti funzionale al fabbisogno e all'organizzazione dell'Azienda USL, sugli altri erogatori ANISAP.

- Prestazioni di elettromiografia

Per le prestazioni di elettromiografia, si stabilisce un corrispettivo economico massimo pari a euro 60,00, indipendentemente dal numero e dalla tipologia delle singole prestazioni effettuate sull'utente per rispondere al quesito diagnostico.

- Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa

Nell'ambito di tale branca specialistica la struttura privata potrà erogare sia visite

fisiatriche che prestazioni di fisiochinesiterapia.

I cicli di fisioterapia, richiesti a seguito di visita fisiatrica eseguita presso la struttura, vengono prenotati direttamente dalla struttura privata attraverso la modulistica DEBURO. Per tali prestazioni la struttura privata dovrà tenere un regolare registro di prenotazione da gestire secondo la normativa vigente. Relativamente alle prestazioni di fisiochinesiterapia, la struttura è impegnata al rispetto della DGR 1365/2002 e s.m.i. e, comunque, delle circolari, linee guida e protocolli aziendali e regionali.

ART. 7: PROGETTO SOLE

Ai sensi della DGR 603/2019 sul Piano Regionale delle Liste di attesa 2019-2021, la struttura privata è tenuta ad entrare nella rete informatica "Progetto Sole" e Fascicolo Sanitario Elettronico per favorire la condivisione delle informazioni sanitarie dei pazienti che hanno in cura, con oneri a proprio carico.

In particolare, secondo quanto previsto dalla DGR sopra citata:

- devono essere implementate tutte le funzionalità necessarie all'ingresso nella rete sole in particolare finalizzate alla erogazione delle ricette SSN e all'invio del referto al Fascicolo Sanitario Elettronico;
- devono essere assicurate tutte le funzionalità necessarie alla visualizzazione ed erogazione delle ricette dematerializzate, secondo le regole previste dal flusso ministeriale;
- deve essere consentita la consultazione delle informazioni relative al pagamento del ticket, attraverso l'integrazione degli applicativi o con altre modalità operative concordate con le Aziende sanitarie.

La struttura privata, pertanto, si impegna a collaborare con l'Azienda USL per gli adempimenti operativi necessari.

ART. 8: MONITORAGGIO E CONTROLLO

La struttura privata uniforma la propria attività di rilevazione e codifica delle prestazioni alle specifiche disposizioni regionali e agli accordi locali, attivando nei confronti dell'Azienda USL il flusso informativo instaurato nei confronti del competente Assessorato regionale alla Sanità secondo le disposizioni vigenti che regolamentano il flusso ASA, con la medesima cadenza temporale e i medesimi contenuti di informazione. Secondo quanto previsto dalle recenti circolari regionali inerenti al flusso ASA, così come ribadito dall'Accordo RER/ANISAP, "soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche (omissis) e il tracciato record (omissis) costituisce l'unico modello di rilevazione valido, come base di riferimento per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse" (cfr. circolari regionali n. 9/2008 e n. 2/2011). Del contenuto del flusso ASA la struttura privata risulta essere la sola titolare e responsabile in ordine alla completezza e, di conseguenza, in ordine agli eventuali scarti. Per i controlli si rinvia a quanto specificamente previsto dall'art. 8 dell'Accordo RER/ANISAP, sottolineando che l'Azienda USL si riserva in ogni caso tutte le attività di ispezione e controllo riferite, dalla legislazione vigente alla propria competenza.

ART. 9: MODALITA' DI FATTURAZIONE E REMUNERAZIONE

Le prestazioni oggetto del presente contratto sono remunerate sulla base delle tariffe approvate dalla Regione Emilia Romagna e contenute nell'apposito nomenclatore tariffario, secondo quanto prescritto dall'art 8-sexties, comma 4° del Decreto Legislativo 229/99, fatte salve eventuali diverse tariffe specificamente concordate.

La struttura privata, in conformità alle circolari regionali, addebiterà all'Azienda USL soltanto le prestazioni sanitarie validate dalla banca dati regionale ed emetterà la fattura elettronica mensile, redatta ed inviata secondo le indicazioni previste

dall'azienda, entro il giorno 20 del mese successivo a quello di competenza.

Sono previste scontistiche in base a nota della direzione amministrativa (prot. AUSL 48733/20 del 15/07/2020) e successive comunicazioni su cardiologia:

- L'eliminazione dello sconto del 2% viene applicata alle visite specialistiche, agli ECG semplici (cod. 89.52), alla crioterapia e DTC (cod. 86.30.1 e 86.30.3) e alle prestazioni accessorie alla visita fisiatrica. L'eliminazione dello sconto viene, inoltre, applicata a: 89.41 - T. CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - 89.42 - T. DA SFORZO DUE GRADINI MASTERS - 89.43 - T. CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - 89.44 - ALTRI T. CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - 89.44.1 - PRV DA SFORZO CARORESPIRATORIO - 89.44.2 - T. CAMMINO;
- per tutte le RM si applica lo sconto del 10% sulle tariffe previste dal nomenclatore regionale;
- per le prestazioni di elettromiografia, si stabilisce un corrispettivo economico massimo pari a euro € 60,00, indipendentemente dal numero e dalla tipologia delle singole prestazioni effettuate sull'utente per rispondere al quesito diagnostico.

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

Le fatture o i relativi allegati dovranno indicare il totale delle prestazioni effettivamente erogate (comprese quelle integralmente remunerate dal ticket) per conto e a carico del SSN, l'importo lordo corrispondente, l'indicazione degli sconti e gli eventuali ticket

riscossi ed il netto risultante. Non vanno incluse nella fatturazione riferita al presente contratto le prestazioni pre e post ricovero, che ai sensi dell'art.1, comma 18 della Legge Finanziaria n.662/96, rientrano nella tariffa del ricovero stesso. Tali prestazioni, infatti, dovranno essere fatturate direttamente alla struttura ospedaliera pubblica/privata che effettuerà o avrà già effettuato il ricovero.

In caso di eventuali contestazioni sulla congruità delle prestazioni effettuate, ovvero sugli importi fatturati, la struttura privata inoltrerà regolare nota di accredito entro i 20 giorni successivi alla contestazione oppure potrà controdedurre nel rispetto degli stessi termini. In assenza di controdeduzioni relative alle contestazioni sulla congruità delle prestazioni effettuate e in assenza di emissione della nota di credito entro i 20 giorni successivi alla notifica della contestazione, la relativa fattura di riferimento verrà sospesa per l'intero importo. Le prestazioni rese saranno saldate entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura specificando che tutti i pagamenti avranno valore di acconto, salvo conguaglio a consuntivo (validato ASA).

- Prestazioni da fatturare in un unico documento anche se in separata evidenza:

La struttura privata si impegna a distinguere nella stessa fattura, indicandole in separata evidenza, le prestazioni erogate in:

- ordinario
- garanzia
- budget straordinario e commessa straordinaria

Nella stessa fattura potranno essere inserite le eventuali prestazioni di ECG per idoneità sportiva non agonistica.

- Prestazioni da fatturare separatamente:

Formeranno oggetto di distinta fatturazione le prestazioni erogate:

- ai cittadini residenti fuori dalla Regione Emilia Romagna;

- ai cittadini comunitari (o provenienti da Paesi che hanno stipulato con il Nostro un reciproco accordo), in temporaneo soggiorno in Italia, che siano in possesso della TEAM (tessera europea di assicurazione malattia) o di attestato equivalente e della prescrizione del Medico di Medicina Generale sul cui retro sono stati inseriti i dati relativi all'assistito.

Agli uffici competenti all'effettuazione dei controlli sarà inviata: copia della Team/Attestato equivalente e la prescrizione medica in originale.

- ai cittadini extracomunitari irregolarmente e temporaneamente presenti in Italia in possesso di codice/tessera STP e PSU. Alla fattura deve essere sempre allegata copia del tesserino STP. Limitatamente agli STP, si ricorda che dal tesserino deve risultare la condizione di indigenza ai fini del riconoscimento dell'eventuale esenzione del ticket. Per i PSU la normativa prevede l'esenzione automatica.

- Prestazioni da non fatturare all'Azienda USL di Modena:

La fatturazione delle prestazioni fruite da cittadino straniero iscritto al SSN con tessera rilasciata da altra Azienda USL, seguirà le regole di fatturazione valide per i non residenti nell'Azienda USL di Modena.

L'Azienda USL dichiara, inoltre, che i cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti ma non iscritti al SSN devono essere muniti di apposita polizza assicurativa e pagare in proprio le prestazioni sanitarie fruite secondo le tariffe approvate dalla stessa struttura privata. Per le prestazioni d'urgenza rimaste insolute la struttura potrà rivolgersi, ai fini del rimborso, direttamente alla Prefettura competente del territorio (circolare Ministero della Sanità n ° 5 del 20 marzo 2000).

ART. 10: REQUISITI DI QUALITÀ

La struttura privata si impegna a che le attività programmate siano rese nel rispetto

dei requisiti prescritti dalla vigente legislazione sotto i diversi aspetti igienico-sanitario, protezionistico, di sicurezza, di professionalità, di regolarità documentale e di qualità globale. S'impegna a dare immediata comunicazione ai responsabili dell'Azienda USL direttamente interessati, delle interruzioni che, per carenza dei predetti requisiti, ovvero per giusta causa o per giustificato motivo, dovessero intervenire nell'erogazione delle prestazioni. L'attività contrattata sarà immediatamente sospesa, anche parzialmente, nel caso di accertate e comprovate gravi carenze professionali, tecnologiche o strumentali che possano pregiudicare la sicurezza degli assistiti. La struttura privata garantisce inoltre la piena attuazione degli impegni assunti nella Carta dei Servizi e la regolare registrazione delle prenotazioni e tenuta delle liste d'attesa sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario secondo la normativa vigente. Particolare rilievo assume la corretta informazione resa al paziente sui percorsi diagnostici e/o terapeutici relativi alle patologie trattate oltre che sulle modalità e i riflessi amministrativi delle prestazioni.

ART. 11: NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

L'Azienda USL di Modena e la Struttura privata Alliance Medical Diagnostic S.r.l. - Check-up Center Poliambulatorio danno reciprocamente atto che ciascuna parte resta Titolare autonomo del trattamento dei dati dei pazienti, impegnandosi al rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679 - GDPR e D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.) ed in particolare dei principi di liceità e di minimalizzazione del trattamento.

Ciascuna parte si impegna altresì ad adottare le misure tecniche e organizzative più opportune per garantire l'integrità e la sicurezza dei dati e per facilitare lo scambio delle informazioni e del materiale documentale utile alla corretta erogazione delle prestazioni sanitarie, nei limiti e nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in

materia di flussi informativi.

Le parti concordano inoltre che ciascuna sarà responsabile della corretta applicazione della citata normativa, manlevando sin da ora l'altra parte da qualsiasi e qualsivoglia conseguenza negativa, anche indiretta (ivi compresi eventuali danni di immagine), che dovesse derivare da un parziale o mancato adeguamento alla normativa stessa.

Le parti infine danno atto che, con espresso riferimento al servizio di prenotazione delle prestazioni tramite SSN, eventualmente erogato dalla Struttura privata Alliance Medical Diagnostic S.r.l. - Check-up Center Poliambulatorio sul sistema di prenotazione ISESWEB messo a disposizione dall'Azienda USL di Modena, quest'ultima resta unico Titolare del trattamento, provvedendo a designare con atto separato la Struttura privata Alliance Medical Diagnostic S.r.l. - Check-up Center Poliambulatorio quale Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 GDPR e a fornire le necessarie indicazioni affinché il trattamento dei dati personali sia conforme ai requisiti del GDPR, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati.

ART. 12: INCOMPATIBILITA' - ALTRI OBBLIGHI - CLAUSOLA RISOLUTIVA

L'Azienda USL, ai sensi della L. 190/2012 e del d.lgs 33/2013 ss.mm.ii., dichiara di aver adottato con Delibera n. 115 del 31.03.2021 il "Piano triennale per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023" e con delibera n. 143 del 29.08.2018 il "Codice di Comportamento Aziendale" di cui al DPR. 62/2013. Tali atti risultano pubblicati sul sito internet aziendale e sono accessibili all'indirizzo:

<http://www.ausl.mo.it/integrita>

<http://www.ausl.mo.it/trasparenza>

L'Azienda USL e la Struttura si impegnano a dare piena attuazione delle regole e principi in essi contenuti.

La struttura privata, richiamato il regime delle incompatibilità previsto dalla normativa nazionale vigente e dall'art. 7 dell'Accordo RER/ANISAP, si dichiara consapevole che è fatto divieto alle strutture private accreditate di prevedere nel proprio organico, in toto o parzialmente, consulenti, personale medico e non, in posizione di incompatibilità, che si deve intendere riferito all'attività professionale sanitaria ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio.

Con cadenza annuale e ogni qualvolta si verifichino modifiche in seno all'organico, la struttura privata si impegna a fornire all' Azienda USL l'elenco nominativo del personale dipendente e dei propri collaboratori.

Tramite i propri funzionari opportunamente identificabili, l'Azienda USL potrà effettuare, in qualsiasi momento e senza preavviso, eventuali ispezioni presso la struttura ai fini dell'accertamento di quanto previsto dal presente articolo.

L'accertata esistenza delle situazioni di incompatibilità potrà comportare la risoluzione di diritto del contratto ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., previa formale diffida all'eliminazione dei rapporti di cui sia stata verificata l'incompatibilità e successiva perdurante inadempienza. La valutazione operata dall'Azienda sulla gravità dell'inadempimento ai fini dell'applicazione della Clausola risolutiva espressa di cui all'art. 1456 c.c. citato, dovrà tenere conto della comprovata buona fede nell'esecuzione del contratto da parte della Struttura privata.

Inoltre, la struttura privata si impegna:

- all'osservanza di quanto previsto dall'art. 41, comma 6, del decreto legislativo n. 33 del 24 marzo 2013 di "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", che si declina ulteriormente: si impegna espressamente a prevedere sul proprio sito aziendale, nell'apposita sezione denominata «Liste di attesa», », i criteri di

formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, secondo i tempi e le modalità concordati con l'Azienda USL;

- all'osservanza di quanto previsto dall'art. 53, comma 16 ter, del Decreto legislativo n. 165/2001, che si declina ulteriormente: si impegna espressamente a non impiegare nella propria struttura il personale che, negli ultimi tre anni di servizio, ha esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei confronti della Struttura medesima. Tale vincolo si protrae nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego presso l'Azienda. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto alla Struttura Privata che li avesse conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

ART. 13: EFFICACIA E VALIDITA'

La validità della parte normativa e della parte economica e prestazionale del presente contratto è stabilita in un anno e decorre dal 01/01/2021 al 31/12/2021, fatta salva la necessità di procedere a modifiche in conseguenza di nuove e diverse disposizioni normative o programmatiche, nazionali, regionali o locali.

Nelle more dell'adozione della nuova determinazione economica, salvo diversa disposizione scritta dell'Azienda USL, verranno osservate le schede economiche originarie dell'anno precedente.

Qualora le parti non riescano ad addivenire alla conclusione del nuovo contratto entro il 31/12/2021, si conviene, per garantire senza soluzione di continuità l'attività assistenziale, che il presente contratto continui ad esplicare la propria efficacia fino al 30/06/2022 secondo le determinazioni economiche dell'anno precedente.

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

La validità dell'accordo è condizionata dalla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della struttura. L'Azienda USL, inoltre, si riserva la facoltà di recesso immediato dal contratto nel caso in cui, nella gestione e proprietà della struttura privata, vengano accertate infiltrazioni mafiose da parte della Prefettura.

ART. 14: FORO COMPETENTE

Per tutte le controversie inerenti l'interpretazione e l'esecuzione del presente contratto è competente il Foro di Modena. Le parti si impegnano, tuttavia, ad esperire preventivamente una bonaria composizione in sede di Commissione AUSL/ANISAP.

ART. 15: REGISTRAZIONE E REGIME FISCALE

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

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

ART. 16: NORMA DI RINVIO

Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto, si rinvia all'Accordo RER/ANISAP vigente, alle norme di legge e di regolamento in materia sanitaria, amministrativa, civile, penale.

Art. 17: CLAUSOLE VESSATORIE.

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e seguenti del codice civile, la parte dichiara di avere preso attenta visione e dichiara di accettare espressamente l'articolo 12, l'articolo 13 e l'articolo 14 del presente contratto.

La parte contraente che accetta la deroga

Firmato digitalmente

Letto, confermato e sottoscritto, in modalità digitale, in difetto di contestualità spazio/temporale, ai sensi dell'articolo 21 del D. Lgs. n. 82/2005 e ss.mm.ii.

Il Direttore Generale

Il Legale Rappresentante

Azienda USL di Modena

Alliance Medical Diagnostic S.r.l.

Dott. Antonio Brambilla

Poliambulatorio Check-up Center

(firmato digitalmente)

Dott.ssa Adele Negroni

(firmato digitalmente)

Imposta di bollo assolta come documento informatico, ai sensi del DMEF 17 Giugno 2014.

Importo bollo € 116,00