

**SCHEMA DI CONVENZIONE****TRA**

l'**AZIENDA ULSS/AZIENDA OSPEDALIERA/IRCCS** _____, di seguito denominata "Struttura Sanitaria", con sede e domicilio fiscale in _____, Via _____ – codice fiscale e partita IVA n. _____, rappresentata dal Direttore Generale, _____, codice fiscale _____

E

il **FONDO/CASSA/ALTRO OPERATORE ECONOMICO CON FINALITÀ ASSISTENZIALI INTERMEDIARIO DI PRESTAZIONI SANITARIE**, di seguito denominata "Fondo/Cassa/Gestore", con sede in _____, Via _____, codice fiscale e partita IVA n. _____, rappresentata dal legale rappresentante, _____, codice fiscale _____

PREMESSO CHE

- l'articolo 58 comma 9 del CCNL dell'8 giugno 2000 dell'Area della dirigenza medica e sanitaria e l'articolo 58 comma 6 del CCNL dell'8 giugno 2000 dell'Area della dirigenza del ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo prevedono la possibilità di svolgere attività a pagamento in favore di terzi remunerata sotto forma di incentivo di risultato;
- l'articolo 43 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449 prevede la possibilità per il personale dipendente di svolgere attività a pagamento in favore di terzi;
- il Fondo/Cassa/Gestore intende far sì che i propri iscritti/clienti, assicurati in forma diretta, per i quali funge da terzo pagante, possano usufruire delle prestazioni e dei servizi sanitari in convenzione; il tutto senza alcun obbligo di esclusiva a favore della Struttura e senza l'instaurazione di alcun vincolo di lavoro subordinato, di mandato, di agenzia o di rappresentanza;
- la Struttura Sanitaria intende fornire agli assistiti del Fondo/Cassa/Gestore in forma diretta le prestazioni oggetto della convenzione, in ottemperanza della normativa vigente in tema di rispetto delle liste di attesa;
- che la Struttura Sanitaria e il Fondo hanno aderito all'Accordo quadro tra la Regione del Veneto e i Fondi/Casse/Gestori sottoscritto in data _____;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**Art. 1 - AMBITO DI APPLICAZIONE**

La presente convenzione si applica all'erogazione, in favore degli iscritti/associati del Fondo/Cassa/Gestore, di prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali a pagamento nell'ambito di attività:

1. diagnostica
2. di prevenzione

3. di *check up*;

effettuate dal personale sanitario della Struttura in regime di attività aziendale a pagamento, cd. "solvenza", ai sensi degli artt. 55 co. 1 lett. d) e 58 co. 9 CC.CC.NN.LL. 8/6/2000 delle Aree Dirigenza M.V. e artt. 58, comma 6 Dirigenza S.P.T.A.

Art. 2 - OGGETTO

In dettaglio, sono oggetto della presente convenzione le seguenti categorie di prestazioni:

1. Visite e altre prestazioni diagnostiche

Le visite e le prestazioni diagnostiche sono finalizzate alla valutazione dello stato di salute degli iscritti/associati del Fondo/Cassa/Gestore.

L'elenco delle prestazioni erogate è indicato in *Allegato 1*

2. Percorsi Clinico-Diagnostici Standard PCDS (attività di *check up*)

Gli accertamenti previsti sono finalizzati ad un controllo generale da effettuarsi in modo tempestivo e completo, su soggetti sani. Nello specifico il pacchetto comprende indagini cliniche, strumentali e di laboratorio volte alla definizione di un quadro complessivo di salute, ricercando anche eventuali specifici fattori di rischio. Il programma, diversificato per uomo o donna, prevede una serie di indagini di base (1° livello) e anche, qualora se ne rilevi la necessità, una serie di indagini più approfondite (2° livello).

Al fine di garantire il miglior comfort alberghiero di soggiorno nella giornata di approfondimento clinico-diagnostico, il soggetto viene accolto, previo appuntamento, presso _____ (n.d.r. indicare l'unità), nella quale un operatore lo seguirà, indicando le aree riservate alle differenti procedure cliniche, nonché il programma di effettuazione delle prestazioni. Una volta effettuati tutti gli accertamenti, a fine giornata, viene prodotta una relazione conclusiva con gli esiti e le eventuali indicazioni consigliate dal medico di riferimento.

L'elenco dei PCDS disponibili è indicato in *Allegato 2*.

3. Percorsi Clinico-Diagnostici Personalizzati – PCDP (attività di *check up*)

Si configurano come percorsi clinici concordati, pianificati e coordinati dal medico di riferimento che, sulla base dell'anamnesi del soggetto, propone un programma personalizzato di indagini specifiche, al termine del quale il professionista ne valuta gli esiti individuando l'eventuale presenza di fattori di rischio e di dati relativi a patologie presenti o sospette. Al termine delle suddette valutazioni, viene prodotta una relazione conclusiva che comprenderà la descrizione dei problemi clinici e degli eventuali fattori di rischio emersi con indicate le linee di prevenzione da adottare a tutela della salute individuale, i suggerimenti terapeutici e l'indicazione di eventuali controlli periodici.

Il Percorso Clinico-Diagnostico Personalizzato viene indicativamente realizzato, fatte salve particolari esigenze sanitarie e necessità del soggetto, nell'arco di una giornata e, al fine di garantire il miglior comfort alberghiero di soggiorno si effettua, previo appuntamento, presso _____ (n.d.r. indicare l'unità).

L'elenco dei PCDP disponibili è indicato in *Allegato 3*.

4. Trattamento alberghiero differenziato

Il trattamento alberghiero differenziato consiste in un maggior comfort offerto a pagamento presso _____ (n.d.r. indicare l'unità), ove viene garantita la più completa privacy in stanze singole con

servizi personali, visite previste nell'intero arco del giorno, ma anche la possibilità di essere accompagnati da una persona che potrà pernottare nella stessa stanza. Detto servizio aggiuntivo è previsto sia per il soggiorno durante i PCDS e i PCDP.

Art. 3 - IMPEGNI DELLA STRUTTURA SANITARIA

La Struttura sanitaria si impegna a:

- a) definire, per tutte le prestazioni di cui all'articolo precedente, apposite procedure amministrative e organizzative al fine di offrire agli iscritti/associati del Fondo/Cassa/Gestore un percorso dedicato;
- b) inviare periodicamente al Fondo/Cassa/Gestore l'elenco aggiornato delle prestazioni specialistiche disponibili;
- c) predisporre apposite procedure operative per disciplinare le modalità di erogazione e gestione di tali prestazioni, come precisato nell'*Allegato 4*;
- d) formare e aggiornare il personale della Struttura dedicato alla gestione delle procedure di prenotazione e riscossione;
- e) offrire agli iscritti/associati del Fondo/Cassa/Gestore, ove consentito dalla legislazione vigente, delle tariffe scontate rispetto a quelle in vigore;
- f) individuare un referente amministrativo per la parte giuridica/economica ed un referente sanitario per l'organizzazione delle prestazioni da erogare, i cui nominativi saranno forniti all'atto della sottoscrizione della presente convenzione.

Art. 4 - IMPEGNI DEL FONDO/CASSA/GESTORE

Il Fondo/Cassa/Gestore si assume i seguenti impegni:

- 1) promuovere la più ampia informazione/pubblicizzazione presso i propri iscritti/associati delle prestazioni specialistiche offerte dalla Struttura sanitaria oggetto della convenzione, nonché delle procedure operative al fine di facilitarne l'accesso;
- 2) definire e comunicare alla Struttura sanitaria le modalità di identificazione degli aderenti ai programmi di assistenza sanitaria garantiti dal Fondo/Cassa/Gestore;
- 3) trasmettere alla Struttura Sanitaria l'autorizzazione al rimborso in forma diretta delle prestazioni richieste nelle seguenti modalità (pec, fax, etc.);
- 4) pagare le prestazioni effettuate dagli assicurati in forma diretta, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura;
- 5) individuare un referente per i rapporti tra Fondo/Cassa/Gestore e Struttura Sanitaria, il cui nominativo sarà fornito all'atto della sottoscrizione della presente convenzione e mettere a disposizione della Struttura Sanitaria un recapito telefonico/help desk diretto e operativo tutti i giorni lavorativi.

Art. 5 – MODALITA' DI PRESA IN CARICO ED EROGAZIONE

Per ciascuna delle tipologie di prestazioni di cui all'Art. 2 sono previste delle modalità di presa in carico ed erogazione personalizzate, come illustrate nell'apposito *Allegato 4*, che costituisce parte integrante della presente convenzione.

Art. 6 – TARIFFE

Le tariffe applicate per l'insieme delle prestazioni previste nell'ambito della presente convenzione e che rappresentano il miglior prezzo garantito dalla Struttura sanitaria al Fondo/Cassa/Gestore, sono riportate in dettaglio nell'*Allegato 5*, che costituisce parte integrante della presente convenzione.

Fatti salvi gli adeguamenti determinati da inderogabili previsioni di legge, le tariffe rimarranno invariate nel periodo di vigenza della presente convenzione.

E' prevista la possibilità di applicare uno sconto del _____ rispetto al raggiungimento di un fatturato minimo pari ad _____ € di prestazioni erogate, da calcolarsi sull'importo eccedente il fatturato minimo previsto.

Art. 7 – RELAZIONI FINANZIARIE

Per tutte le prestazioni ambulatoriali erogate nell'ambito della presente convenzione, incluso il pagamento dei ticket dovuti dall'iscritto/assistito al SSR per le prestazioni LEA, è previsto il rimborso in forma diretta da parte del Fondo/Cassa/Gestore delle spese sostenute dalla Struttura sanitaria per conto degli iscritti/assistiti, nei limiti delle tariffe come precisato nell'Art. 6 e nel rispetto delle procedure descritte nell'*Allegato 4*.

In particolare si stabilisce che:

- la Struttura sanitaria emetterà tempestivamente fattura omnicomprensiva al Fondo/Cassa/Gestore per tutte le prestazioni effettuate nel mese solare precedente. Nella fattura si fare esplicito riferimento alla presente convenzione sottoscritta tra le parti, si riporteranno i dati anagrafici degli assistiti, nonché l'elenco analitico delle prestazioni con le corrispondenti indicazioni di data e costo;
- il Fondo/Cassa/Gestore procederà alla liquidazione della fattura entro 60 giorni dalla data di ricevimento;
- nel caso in cui la Struttura Sanitaria non abbia avuto evidenza del pagamento da parte del Fondo/Cassa/Gestore entro i termini stabiliti, intimerà con posta certificata/fax il Fondo/Cassa/Gestore all'adempimento entro 15 giorni. Trascorsi i suddetti termini, la Struttura Sanitaria procederà al recupero coattivo del credito vantato.

Art. 8 – TRATTAMENTO E TUTELA DEI DATI PERSONALI

Le Parti si danno reciprocamente atto che il trattamento dei rispettivi dati personali avverrà nella piena osservanza delle disposizioni di legge vigenti in materia, esclusivamente per finalità connesse all'esecuzione della convenzione e nella misura a ciò strettamente necessaria.

La Struttura sanitaria, in relazione ai dati personali comunicati dal Fondo/Cassa/Gestore per l'effettuazione delle prestazioni, s'impegna a rispettare la normativa vigente in materia di protezione e trattamento dei dati personali.

Art. 9 - MODIFICHE

Qualsiasi modifica alla presente convenzione ed agli allegati che costituiscono parte integrante della medesima, deve essere approvata per iscritto da entrambi i contraenti; In caso contrario, la modifica non avrà efficacia tra le Parti.

Art. 10 - DURATA

La presente convenzione ha validità dal _____ fino al _____ e può essere rinnovato. Non è previsto il tacito rinnovo.

Le parti possono dare disdetta con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ovvero pec. La disdetta avrà decorrenza dal novantesimo giorno a partire dalla data di ricevimento della comunicazione di disdetta.

Art. 11 - ALLEGATI

Gli allegati alla presente convenzione fanno parte integrante della stessa.

Allegato n. 1: Elenco delle visite e altre prestazioni diagnostiche erogate

Allegato n. 2: Elenco dei PCDS erogati

Allegato n. 3: Elenco dei PCDP erogati

Allegato n. 4: Modalità di presa in carico e di erogazione delle prestazioni

Allegato n. 5: Tariffario in vigore per le prestazioni erogate

Art. 12 - CONTROVERSIE

Le parti concordano nel definire amichevolmente qualsiasi vertenza che possa scaturire dall'esecuzione della presente convenzione. In caso contrario per qualunque controversia derivante dalla presente convenzione è esclusivamente competente il Foro del luogo dove insiste la sede legale dell'AULSS/AO/IRCCS.

ART. 13 - REGISTRAZIONE

La presente convenzione, redatta in duplice originale, è soggetta a registrazione solo nei casi d'uso ai sensi dell'art. 5 Parte II della Tariffa all. al DPR n. 131/86 s.m.i., a cura e spese della parte richiedente.

L'imposta di bollo verrà assolta da ciascuna parte contraente sul proprio originale.

Art. 14 - NORMA DI RINVIO

Per ogni aspetto non disciplinato dalla presente convenzione si fa rinvio alle norme del codice civile e alla normativa di settore.

Letto, firmato e sottoscritto

Per l'Azienda Ulss/Azienda ospedaliera/IRCCS

Il Direttore Generale

Per il Fondo/Cassa/Gestore

Il Legale Rappresentante

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ, si approvano e distintamente sottoscrivono le previsioni contrattuali di cui agli Artt. 2 (Oggetto), 4 (impegni del fondo/cassa/gestore), 7 (Relazioni finanziarie), 12 (Controversie)

Letto, firmato e sottoscritto

Per l'Azienda Ulss/Azienda ospedaliera/IRCCS

Il Direttore Generale

Per il Fondo/Cassa/Gestore

Il Legale Rappresentante

Data

Allegato n. 1: Elenco delle visite e altre prestazioni diagnostiche erogate

Ogni Struttura sanitaria indica le prestazioni diagnostiche che eroga.

Allegato n. 2: Elenco dei PCDS erogati

Ogni Struttura sanitaria indica i Percorsi clinico-diagnostici standard che eroga.

Allegato n. 3: Elenco dei PCDP erogati

Ogni Struttura sanitaria indica i Percorsi clinico-diagnostici personalizzati che eroga.

Allegato n. 4: Modalità di presa in carico ed erogazione delle prestazioni

Indicare:

- *modalità di prenotazione;*
- *modalità/orario di accesso;*
- *modalità di consegna referto;*
- *modalità di riscossione del ticket;*

Allegato n. 5: tariffario in vigore per le prestazioni erogate

Ogni Struttura sanitaria indica le tariffe applicate, che devono essere tendenzialmente omogenee a livello regionale.

1. Prestazioni specialistiche ambulatoriali

Le tariffe delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, disciplinate dalla presente convenzione ed erogate in regime di “solvenza” sono le seguenti:

- _____
- _____
- _____
- _____

2. Percorsi Clinico Diagnostici Standard - PCDS

Le tariffe omnicomprensiva dei pacchetti sono le seguenti:

- _____
- _____
- _____

E' prevista l'applicazione di uno sconto del ____% in caso di ____

3. Percorsi Clinico Diagnostici Personalizzati - PCDP

Trattandosi di pacchetti di prestazioni personalizzate non predefinite e/o predefinibili, sarà predisposto un preventivo di spesa da far preventivamente autorizzare dal Fondo/Cassa/Gestore medesimo e sottoscrivere da parte dell'iscritto/assistito.

4. Comfort alberghiero differenziato

Le tariffe sono le seguenti:

<u>paziente</u>	€ 000,00(+I.V.A.) € 000,00(+ I.V.A.)	per <u>suite</u> per <u>stanza singola</u>
<u>accompagnatore</u>	€ 00,00(I.V.A. inclusa) € 00,00(I.V.A. inclusa)	comprende pernottamento e prima colazione per ciascun pasto (pranzo, cena)