

**CONVENZIONE PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI A
PAGAMENTO IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA
ED INTRAMURARIA ALLARGATA (ALPI) EROGATE DALLA AZIENDA
[*] A FAVORE DI ASSICURATI / ASSISTITI DELLA SOCIETA' [*]**

Con la presente Convenzione redatta in duplice copia a tutti gli effetti di legge:

TRA

L'Azienda [*], con sede legale in [*], via [*]; codice fiscale [*], partita Iva [*], rappresentata dal dott. [*], su delega del Direttore Generale, in esecuzione della deliberazione n. [*] del [*], di seguito anche solo la “**AZIENDA**”

E

La Società [*], con sede legale in [*], via [*], codice fiscale [*], partita Iva [*], rappresentata dal dott. [*] che dichiarata di avere tutti i poteri in forza di delega qui allegata sotto la lettera “A”, all'uopo rilasciatagli dal Presidente e legale rappresentante *pro-tempore*, in seguito anche solo la “**SOCIETÀ**”, cumulativamente, le “Parti”

PREMESSO CHE

- l'azienda [*] fermo restando il prioritario ruolo di struttura della rete del SSR, ha interesse a sviluppare attività in regime ALPI perché previste anche dal CCNL della propria dirigenza;
- la società [*] ha interesse ad ampliare la rete di strutture sanitarie fruibili in convenzione diretta ed indiretta da parte dei propri iscritti, garantendo agli stessi elevati *standard* qualitativi sia in termini tecnico professionali che in termini organizzativi;
- l'azienda [*], dispone degli *standard* richiesti e la società intende avvalersi delle sue prestazioni ed attività, il tutto nei termini, divisati fra le Parti, che seguono:

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 - OGGETTO

Sono oggetto della presente convenzione prestazioni sanitarie erogate a pagamento da parte dell'AZIENDA, in regime ALPI, a favore di iscritti/assistiti della SOCIETÀ, prestazioni meglio specificate nell'Allegato 1 contenente anche il tariffario prezzi, che costituisce parte integrante della presente Convenzione.

ART. 2 - BENEFICIARI

Per “beneficiari” devono intendersi le seguenti categorie di assicurati/assistiti della SOCIETÀ, con le limitazioni stabilite nei contratti o polizze di assicurazione da essi sottoscritti con la SOCIETÀ’:

- (i) **“assistiti in forma diretta”**- vale a dire coloro che utilizzano la “rete” di strutture convenzionate con la SOCIETÀ, la quale ultima provvede per loro conto al pagamento in tutto o in parte delle prestazioni erogate in loro favore secondo le tariffe indicate nell’Allegato 1
- (ii) **“assistiti in forma indiretta”**- coloro cui è consentito l’accesso alla “rete” di strutture convenzionate, con pagamento da parte degli assistiti delle prestazioni usufruite, alle tariffe di cui alla presente Convenzione, indicate nell’Allegato 1;

ART. 3 - IMPEGNI DELL’AZIENDA

L’AZIENDA si impegna a:

- 3.1 Garantire l’erogazione di prestazioni applicando le tariffe indicate nell’Allegato 1;
- 3.2 Garantire la massima collaborazione nello svolgimento di tutte le pratiche amministrative ed il rispetto delle procedure operative concordate;
- 3.3. Mantenere costantemente aggiornato l’elenco dei propri medici che hanno aderito alla convenzione di cui all’Allegato n.2, parte integrante della presente Convenzione, reso disponibile ai beneficiari in forma concordata tra le parti.
- 3.4. Garantire la non applicazione di depositi cauzionali e/o pagamenti a carico dei pazienti per i quali sia pervenuta, anticipatamente all’erogazione della prestazione, dichiarazione di presa in carico degli oneri a cura della SOCIETÀ, con la sola eccezione di scoperti e/o franchigie eventualmente applicabili.

ART. 4 - IMPEGNI DELLA SOCIETÀ

La SOCIETÀ si impegna a:

- 4.1. Garantire, per gli **assistiti in forma diretta**, l’invio del documento (cd. documento di impegno al pagamento diretto / presa in carico) attestante la copertura degli oneri relativi alla prestazione richiesta e l’eventuale presenza di franchigie e/o scoperti a carico dell’interessato (cd. oneri), con un anticipo di almeno 2 giorni lavorativi rispetto all’erogazione della prestazione.

4.2. Garantire, per gli **assistiti in forma diretta**, laddove la gestione della documentazione attestante la copertura degli oneri relativi alla prestazione richiesta avvenga attraverso piattaforma informatizzata, la piena funzionalità del sistema stesso e la possibilità di verifica in tempo reale.

4.3. Garantire, per gli **assistiti in forma indiretta** ove previsti dalla SOCIETÀ, l'invio di apposita comunicazione che certifichi l'esistenza della copertura indiretta ovvero garantire risposta ad eventuali riscontri richiesti dall'AZIENDA entro e non oltre 1 giorno lavorativo dalla richiesta.

In caso di mancato riscontro l'AZIENDA applicherà le tariffe ordinarie normalmente in essere per i paganti in proprio.

4.4. Garantire il pagamento di quanto dovuto entro sessanta (60) giorni dal ricevimento della relativa fattura.

4.5. Definire con apposito atto scritto, per ciascuna tipologia di prestazione, l'elenco dettagliato della documentazione amministrativa e sanitaria che dovrà essere trasmessa a cura dell'AZIENDA ai fini dell'espletamento delle pratiche e di cui comunque la SOCIETÀ si assume la piena ed unica responsabilità della gestione, come meglio previsto al successivo Art. 6. L'elenco dovrà prevedere la sola documentazione indispensabile all'espletamento della pratica sia al fine di limitare la trasmissione di dati personali e sensibili sia al fine di semplificare le procedure di raccolta e trasmissione

4.6. Predisporre gli strumenti organizzativi al fine del recepimento di quanto previsto dal Decreto Legislativo del 7 marzo 2005 n. 82 "Codice dell'amministrazione digitale" e, in particolare, quanto previsto dagli artt. 6, 15, 23, 24, 25, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48 e, comunque, di ogni altra norma e/o regolamento applicabile alla Convenzione anche successivamente alla sua sottoscrizione.

La SOCIETÀ non può essere ritenuta responsabile, in alcun modo, dei danni provocati alle strutture dell'AZIENDA dai beneficiari e dai loro eventuali accompagnatori i quali risponderanno a titolo personale.

ART. 5 – DOCUMENTO DI IMPEGNO AL PAGAMENTO DIRETTO / PRESA IN CARICO

La SOCIETÀ si impegna a specificare in ogni documento di impegno al pagamento diretto degli oneri/presa in carico di cui al precedente Art 4.1, sia esso trasmesso a

mezzo fax, e-mail o tramite portali anche informatici istituiti e gestiti dalla stessa SOCIETÀ, quanto segue:

- prestazione/i autorizzata/e
- franchigie, eccedenze e/o scoperti che permangono a carico del beneficiario
- data prevista di erogazione della/e prestazione/i
- importo della/e prestazione/i secondo quanto convenuto (cfr. Allegato 1);
- solo nel caso di prestazioni di ricovero: la durata autorizzata;
- ogni altra informazione utile alla AZIENDA per lo svolgimento della pratica.

Sarà cura della sola SOCIETÀ fornire preventiva informazione al beneficiario in merito alla sussistenza di franchigie, eccedenze e/o scoperti che permarranno a suo carico.

ART. 6 – GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

La SOCIETÀ si impegna, altresì, ad inviare all'AZIENDA, unitamente al documento di impegno al pagamento diretto/presa in carico, per ciascun accesso e per ciascun paziente, i seguenti documenti, previsti anche ai sensi della Legge n.196 del 30.6.2003 e ss.mm.ii.):

- l'impegno irrevocabile sottoscritto dal beneficiario al pagamento, in favore della AZIENDA, di eventuali franchigie, eccedenze, scoperti e di ogni altro onere relativo alla prestazione di cui la SOCIETA' non si faccia carico;
- l'autorizzazione sottoscritta dal beneficiario a liberare, ogni eccezione rinunciata, dal segreto professionale i professionisti che eseguono le prestazioni sanitarie, i quali possono inviare le documentazioni sanitarie alla SOCIETÀ;
- l'autorizzazione sottoscritta dal beneficiario affinché l'AZIENDA possa inviare alla SOCIETÀ le ricevute sanitarie/fatture e, indipendentemente da esiti e/o contenuti, copia di tutta la documentazione sanitaria richiesta dalla SOCIETÀ ai fini della liquidazione degli importi dovuti (esempio richieste mediche, referti di tutti gli accertamenti eseguiti, cartelle cliniche complete, ecc.).

Resta inteso che, oltre alla documentazione di cui sopra, l'AZIENDA sarà libera di richiedere, comunque, per ogni accesso e per ciascun paziente, la sottoscrizione di un proprio ulteriore documento, il cui contenuto viene indicativamente riprodotto nell'Allegato 3, con pieno diritto dell'AZIENDA, comunque, di apportare modifiche e/o integrazioni.

Le parti concordano che l'onere della prestazione resterà interamente a carico del beneficiario qualora si verifichi anche solo una delle seguenti condizioni:

- Mancata sottoscrizione di uno o più dei predetti documenti;
- Mancata consegna di documentazione sanitaria in possesso dell'interessato (es. richiesta medica) ed indispensabile ai fini dell'espletamento della pratica;
- Diniego ad invio in tutto o in parte della documentazione richiesta dalla SOCIETA' ai fini della liquidazione;

In ogni caso le parti danno atto che la trasmissione di documentazione sanitaria da parte della AZIENDA alla SOCIETA' potrà avvenire soltanto nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di tutela della privacy e del regolamento dell'AZIENDA.

La SOCIETÀ è comunque l'unica ed esclusiva responsabile della gestione, conservazione e protezione di tutta la documentazione che l'AZIENDA, ai fini della presente Convenzione, provvederà a trasmettere.

Resta, peraltro, inteso fra le Parti che alcuna responsabilità, anche solo indiretta, potrà essere addebitata all'AZIENDA per eventuale smarrimento, furto, danneggiamento e/o violazione dei dati personali e sensibili una volta che la stessa documentazione sarà stata inviata e/o affidata al servizio postale e/o al portale predisposto dalla SOCIETÀ.

L'AZIENDA si impegna comunque a conservare la documentazione sanitaria ed amministrativa relativa alle prestazioni fornite ai beneficiari nei termini previsti dalla legge.

La SOCIETÀ è tenuta a non divulgare notizie di cui sia venuta a conoscenza nell'esecuzione delle prestazioni erogate e, a tale scopo, dichiara che il trattamento dei dati personali sarà effettuato nel rispetto dei principi di liceità e correttezza, indispensabilità, pertinenza e non eccedenza, mediante strumenti idonei a garantirne sicurezza e riservatezza ed, in generale, nel rispetto ed in adempimento di quanto previsto dal citato decreto legislativo n. 196/2003.

ART. 7 – SPECIFICHE RELATIVE A PORTALI DI INTERFACCIA / APPLICATIVI INFORMATICI

Su richiesta della SOCIETÀ, l'AZIENDA accetta, per la gestione di quanto alla presente convenzione, l'utilizzo del portale/sistema informativo denominato [*] (di seguito, il "Sistema Informativo").

Il Sistema Informativo viene pertanto concesso in licenza d'uso non esclusiva e per i soli fini inerenti la presente Convenzione all'AZIENDA da parte della SOCIETÀ che ne mantiene la proprietà intellettuale.

La concessione della licenza d'uso avviene senza alcun onere (ovvero con oneri omnicomprensivi di Euro [*] / annui) a carico dell'AZIENDA (o a carico delle parti in equa misura).

L'AZIENDA è responsabile della corretta tenuta e della protezione delle credenziali di accesso al sistema riservandone l'utilizzo ai soli soggetti autorizzati.

La SOCIETÀ è direttamente ed unicamente responsabile:

- del corretto funzionamento del sistema, degli aggiornamenti, delle modifiche e del ripristino in caso di mal funzionamento;
- della gestione, conservazione, tutela e protezione di tutti i dati inseriti nel sistema.

Resta pertanto unica ed esclusiva responsabilità della SOCIETÀ la protezione da violazione, diffusione, alterazione, danneggiamento e smarrimento dei dati contenuti nel sistema informativo; la SOCIETÀ si obbliga fin da ora a mantenere indenne e manlevata la AZIENDA da qualsivoglia addebito e/o azione di risarcimento danni, proveniente anche dal beneficiario e comunque in generale da terzi, fatto salvo il caso di dolo nella gestione delle credenziali di accesso affidate all'AZIENDA.

ART. 8 – GESTIONE ORGANIZZATIVA DEGLI ACCESSI

La procedura amministrativa per l'erogazione delle prestazioni a pagamento è la seguente:

- (i) è a carico del beneficiario l'onere di provvedere a contattare direttamente la propria Assicurazione per l'attivazione della presa in carico fatto salvo il caso in cui ciò non avvenga a mezzo di piattaforma informatizzata con possibilità di apertura della posizione direttamente a cura dell'AZIENDA;
- (ii) la SOCIETÀ invierà all'AZIENDA, tramite fax al n.[*] o e-mail all'indirizzo: [*] o a mezzo dell'apposito gestionale, almeno due giorni

lavorativi prima della data prevista per la prestazione, la documentazione attestante la copertura degli oneri, di cui al precedente Art. 4.1.;

- (iii) la SOCIETÀ farà contestualmente pervenire alla AZIENDA, la documentazione completa di cui all'Art.6 che precede;
- (iv) nel caso di assistiti "in forma diretta", all'assicurato non verranno richiesti depositi cauzionali e versamenti in acconto, salvo eventuali oneri di cui al precedente Art. 4.1;
- (v) nel caso, invece, di assistiti "in forma indiretta", ove tale eventualità sia prevista dalla SOCIETA', al beneficiario verrà richiesto, se previsto dalle procedure aziendali, il pagamento dell'acconto secondo il regolamento aziendale;
- (vi) per tutto quanto non espressamente previsto ai punti precedenti, verranno osservate le modalità organizzative e procedurali adottate dall'AZIENDA per l'erogazione di prestazioni in regime ALPI, ivi compresa la modulistica in uso all'interno dell'AZIENDA medesima.

ART. 9 - MODIFICA E/O INTEGRAZIONE DELLE PRESTAZIONI AUTORIZZATE

Qualora, a giudizio dei professionisti dell'AZIENDA e/o per qualunque altra causa, si rendessero necessarie modifiche e/o integrazioni alle prestazioni autorizzate, l'AZIENDA procede nell'erogazione informando il beneficiario della possibilità di addebito diretto in caso di mancata presa in carico a cura della SOCIETA'.

L'AZIENDA provvede quindi ad inoltrare alla SOCIETA' la richiesta di rettifica della presa in carico con integrazione / modifica delle prestazioni. Solo ove possibile e ove ciò non determini disservizio all'utente la richiesta viene inoltrata anticipatamente l'erogazione della prestazione.

La SOCIETA' invierà rettifica e/o integrazione della presa in carico entro e non oltre due giorni lavorativi dalla richiesta.

In caso di mancata autorizzazione , l'AZIENDA si riserva di procedere ad addebito delle prestazioni aggiuntive / non autorizzate direttamente a carico del beneficiario.

ART. 10 – FATTURAZIONE E PAGAMENTO DEI COMPENSI

Al termine della prestazione ambulatoriale o di ricovero, entro 60 gg (sessanta) dall'erogazione della prestazione o dalla dimissione dal ricovero, l'AZIENDA

procederà all'emissione della fattura e all'incasso delle somme relative a prestazioni non prese in carico dalla SOCIETÀ o per spese voluttuarie non coperte. L'AZIENDA sia in caso di ricoveri che in caso di prestazioni ambulatoriali emetterà unica fattura intestata al beneficiario comprensiva delle quote a carico della SOCIETÀ e delle eventuali franchigie / eccedenze / scoperti. La fattura in originale verrà trasmessa alla SOCIETÀ o consegnata al beneficiario in conformità alle procedure operative previste dalla SOCIETA' stessa.

ART. 11 - PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

a) per gli assicurati in forma diretta :

La SOCIETÀ corrisponderà a mezzo bonifico bancario le fatture emesse dall'AZIENDA, entro 60 (sessanta) giorni dalla ricezione della fattura e della documentazione sanitaria completa, di cui al precedente Art. 4.5.

Il bonifico bancario (che deve riportare, nella causale, indicazione del numero della fattura e del nome del paziente) deve essere effettuato presso il conto corrente bancario dell'AZIENDA [.....].

Resta inteso che sarà onere dell'AZIENDA comunicare prontamente ogni eventuale modifica dei predetti riferimenti contabili.

b) per gli assicurati in forma indiretta

Il pagamento delle prestazioni fruito in forma indiretta, verrà effettuato dal beneficiario direttamente presso i punti di riscossione dell'AZIENDA o attraverso bonifico bancario (che deve riportare, nella causale, indicazione della prestazione/i erogate e del nome del paziente) deve essere effettuato presso il conto corrente bancario dell'AZIENDA [.....].

.

ART. 12 - QUALITÀ DEL SERVIZIO ASSICURATIVO

L'AZIENDA si impegna a collaborare con la SOCIETA' nella realizzazione di "programmi sulla qualità del servizio assicurativo fornito", concordando con quest'ultima:

a) sollecite verifiche e soluzioni ad eventuali reclami dei clienti o a disservizi dei quali la SOCIETA' sia venuta a conoscenza anche attraverso periodici sondaggi sulla soddisfazione degli stessi;

b) incontri con i medici dell'AZIENDA, se necessari, anche al fine di tenere informata la famiglia del beneficiario sulle condizioni dello stesso, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza.

Si conviene che la SOCIETA' possa fornire ai propri iscritti/assistiti tutte le informazioni necessarie all'utilizzo dei servizi offerti da l'AZIENDA.

Questa, pertanto, è tenuta ad aggiornare tempestivamente la SOCIETA' in merito ad eventuali modifiche del recapito e delle condizioni di utilizzo delle prestazioni e dei servizi oggetto del presente contratto, con indicazione della data di operatività delle variazioni in oggetto.

ART. 13 - DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto decorre dal ___/___/___ al ___/___/___, con facoltà di recesso anticipato da parte di ciascuna delle parti mediante comunicazione da trasmettere all'altra parte con raccomandata AR, con un preavviso di almeno 30 giorni. In caso di recesso anticipato e/o di mancato rinnovo le parti si impegnano a:

- (i) AZIENDA: erogare secondo i termini di cui alla presente convenzione eventuali prestazioni per cui siano pervenute prese in carico;
- (ii) SOCIETÀ: pagamento di quanto relativo a tutte le prestazioni erogate.

E' possibile procedere al rinnovo con nuovo atto convenzionale, qualora le Parti esprimano volontà almeno 30 giorni prima della scadenza della presente convenzione.

Ogni modificazione al presente contratto dovrà comunque essere preventivamente concordata per iscritto tra le parti, anche mediante semplice scambio di corrispondenza.

Il contenuto del presente contratto si intenderà automaticamente adeguato alle eventuali disposizioni normative e/o contrattuali in materia o a revisioni sulle tariffe disposte con provvedimenti nazionali o regionali.

ART. 14 - INADEMPIENZE CONTRATTUALI

Eventuali contestazioni relative ad inadempienze contrattuali devono essere effettuate in forma scritta, tramite raccomandata con avviso di ricevimento.

La parte inadempiente è tenuta, pena risoluzione del contratto ed eventuale risarcimento dei danni, a ripristinare la regolarità della situazione denunciata e/o

riassumere il comportamento contrattuale corretto entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della contestazione scritta.

Per tutto quanto non esplicitamente previsto dal presente articolo in materia di risoluzione e di inadempimento, si fa espresso rinvio alle norme contenute nel Codice Civile.

L'AZIENDA potrà richiedere direttamente ai beneficiari il compenso per le prestazioni fornite, solo nel caso in cui la Società non provveda al pagamento entro 60 gg. dal ricevimento della fattura.

ART. 15 - FORO COMPETENTE

Per ogni controversia è competente il Foro dove è sita la sede legale dell'AZIENDA.

ART. 16 - APPLICAZIONE E MODIFICHE

Le parti contraenti regoleranno attraverso i propri rispettivi uffici competenti eventuali questioni di dettaglio per la migliore applicazione del presente contratto. Resta inteso che qualunque revisione del contenuto del contratto dovrà essere concordata tra la SOCIETA' e l'AZIENDA.

Ogni modifica, integrazione o aggiornamento delle tariffe e delle prestazioni o delle procedure, dovranno essere concordati per iscritto tra le parti, anche mediante semplice scambio di corrispondenza.

ART. 17 - SPESE CONTRATTUALI

Il presente contratto, redatto in due originali, è assoggettato all'imposta di bollo a cura e spese di ciascuno per la propria copia.

Il contratto è soggetto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26.04.1986 n. 131. Le spese di registrazione saranno a carico esclusivo della parte che ne richiederà la registrazione.

ART. 18 – RCT

L'AZIENDA aderisce ai sensi della L.R. n. 13/2012 e della Deliberazione di Giunta regionale n. 1889 del 24.11.2015 al Programma regionale di gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile delle Aziende Sanitarie rispondendo ai sensi di legge, di danni involontariamente procurati a terzi a seguito di prestazioni

professionali sanitarie erogate ad Assistiti. Pertanto, qualora dovessero pervenire dagli Assistiti reclami o richieste di risarcimenti alla SOCIETA' in conseguenza di presunti danni derivanti da prestazioni erogate dall'AZIENDA quest'ultima, ricorrendone i presupposti, ne risponderà nei modi previsti dalla legge, e sempre ricorrendone i presupposti, l'AZIENDA si impegna altresì a mantenere indenne la SOCIETA' da eventuali conseguenze anche indirette del proprio operato.

L'AZIENDA non risponde per eventuali danni o controversie insorgenti tra l'assicurato e la SOCIETA' per fatti derivanti dal rapporto contrattuale tra assicurato e la SOCIETA'.

Altresì l'AZIENDA non risponderà per il mancato funzionamento della piattaforma di accesso informatico della SOCIETA'.

Resta inteso che la SOCIETA' non potrà mai essere ritenuta responsabile nei confronti degli Assistiti per un eventuale danno conseguente a negligenza o colpa professionale dell'AZIENDA nell'erogazione di una qualsiasi prestazione in Contratto.

ART. 19 – ALLEGATI

- Allegato 1 Prestazioni e relative tariffe
- Allegato 2 Elenco medici
- Allegato 3 Consenso e privacy

Letto, confermato e sottoscritto

La Azienda [*]

La società [*]

Per specifica approvazione delle clausole di cui gli artt. 9, 10, 11, 12 e 13, ai sensi dell'art. 1341, comma 2, del codice civile.