

ACCORDO CONTRATTUALE TRA ASL VCO E L'AMBULATORIO MEDICO

POLISPECIALISTICO PROMATER SRL PER L'EFFETTUAZIONE DI

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI CHIRURGIA GENERALE

TRA

L'ASL VCO di Omegna, P.IVA/C.F. 00634880033, rappresentata dal Direttore Generale

ASL VCO Dr.ssa Chiara Serpieri domiciliata ai fini del presente accordo contrattuale presso

la sede legale della stessa A.S.L., Via Mazzini 117, 28887 Omegna (VB)

E

L'Ambulatorio Medico Polispecialistico ProMater srl con sede legale in Via Cavalieri n.

16, 28922 Verbania (VB) C.F. e P.IVA 02226830038, (nel prosieguo d'atto denominato

"Struttura" in possesso delle autorizzazioni comunali e regionali per lo svolgimento di

attività ambulatoriale non convenzionata e in regime esclusivamente privatistico), nella

persona del Legale Rappresentante Arch. Silvia Angiolini domiciliato, ai fini del presente

accordo contrattuale, presso la sede legale della Società a Responsabilità Limitata

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

ART. 1 - L'ASL VCO autorizza i dirigenti dell'equipe della SOC Chirurgia Generale di

Verbania e Domodossola, a rapporto esclusivo che hanno optato per l'attività in intra

moenia, ad effettuare in regime di libera professione intramuraria d'equipe, prestazioni

specialistiche ambulatoriali di chirurgia generale, per un monte ore pari a 4 ore,utilizzando

le attrezzature di proprietà della Struttura.

ART. 2 - Le prestazioni indicate nell'art. 1 verranno svolte, fuori orario di servizio ai sensi:

- dell'art. 8 del D.P.C.M. 27/03/2000 che prevede la possibilità per le Aziende Sanitarie di

erogare attività libero professionali richieste a pagamento da terzi e che le stesse sono da

considerarsi attività libero professionale se svolte fuori orario di servizio;

- dell'art. 114 comma 4 del CCNL del 19/12/2019 della Dirigenza medica e veterinaria

quadriennio 1998/2001 (che a sua volta richiama l'art. 115 comma 1 c), che prevede

testualmente “ *qualora l'attività di consulenza sia chiesta all'Azienda da soggetti terzi, essa*

costituisce una particolare forma di attività aziendale a pagamento, da esercitarsi fuori

dell'orario di servizio..., omissis...mediante apposita convenzione tra i soggetti

interessati....”

- dell'art. 9 del vigente regolamento per l'attività libero professionale dell'ASL VCO che ha

per oggetto l'attività libero professionale richiesta a pagamento da terzi.

La sede operativa risulterà in Via Cavalieri, 16 - Verbania con un impegno massimo

complessivo di 4 ore mensili.

Nel dettaglio le prestazioni saranno le seguenti con le rispettive tariffe richieste dall'ASL

alla Struttura:

BRANCA	COD.Catalogo	PRESTAZIONE (descrizione)	TARIFFA richiesta
09	89.7	Prima visita chirurgica	€. 115,00
09	89.01	Visita chirurgica di controllo	€. 60,00
09	89.7	Prima visita proctologica	€. 115,00
09	89.7	Visita proctologica di controllo	€. 60,00

ART. 3 – La Struttura effettuerà le prenotazioni delle prestazioni oggetto della presente

convenzione utilizzando propria modalità informatica e compilerà contestualmente anche il

modulo cartaceo di cui all'allegato 1 al presente accordo che restituirà mensilmente ASL

VCO unitamente al modulo allegato 2 di cui al successivo art. 5.

ART. 4 – La Struttura si impegna a garantire la tracciabilità di tutte le prestazioni eseguite

presso il medesimo e di cui deve risultare anche la documentazione contabile, prevedendo

modalità di pagamento nel rispetto delle vigenti disposizioni in capo alla Società stessa.

ART. 5 - La Struttura si impegna ad inviare, entro il giorno 5 del mese successivo a quello di

effettuazione delle prestazioni il modulo di cui all'allegato 1 (piano di lavoro di ogni singolo

dirigente facente parte dell'equipe vistata dallo stesso) ed apposita distinta analitica di cui all'allegato 2 (vistata da funzionario delegato della Struttura) contenente i seguenti dati: nominativo dirigente dell'equipe – prestazione - n. prestazioni – tariffa da riconoscere all'ASL - totale complessivo .

ART.6 - L'ASL VCO, sulla base del riepilogo delle prestazioni eseguite, emetterà mensilmente fattura per il pagamento di quanto dovuto dalla Struttura per le attività oggetto del presente accordo. La Struttura si impegna a pagare dette fatture entro 30 gg. dalla data di ricevimento.

L'ASL VCO, ad avvenuto incasso provvederà a liquidare ai componenti dell'equipe le quote di spettanza ai sensi dell'art. 9 del vigente regolamento dell'attività libero professionale avente per oggetto "Attività libero professionale richiesta a pagamento da terzi" nel primo mese successivo utile.

ART. 7 - L'ASL VCO garantisce la sola copertura RCT ai dirigenti dell'equipe che svolgono l'attività di cui al presente accordo. La Struttura ed i dirigenti manlevano l'ASL VCO da tutte le altre responsabilità in particolare per eventuali danni arrecati per cattivo funzionamento di attrezzature e/o vizi di materiali utilizzati, i quali saranno a totale carico della Struttura stessa.

ART. 8 - Ai sensi del combinato disposto dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001 e art. 1, comma 43, della L. n. 190/2012, La società che Gestisce l'Ambulatorio Medico Polispecialistico "ProMater" dichiara di non aver stipulato contratti o attribuito incarichi, successivamente alla data di entrata in vigore della L. n. 190/2012, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro presso l'ASL VCO a ex dipendenti che abbiano esercitato negli ultimi tre anni di servizio, poteri autoritativi o negoziali presso la stessa Azienda sanitaria.

ART 9 - La presente convenzione avrà validità **dalla completa sottoscrizione sino al**

31/12/2021, salvo disdetta da presentarsi dalle parti contraenti con un preavviso di almeno

30 gg. a mezzo di PEC e potrà essere rinnovata con atto formale delle parti. I dati personali

che le Parti si dovessero scambiare in preparazione o in occasione della stipula del

presente accordo contrattuale sono stati acquisiti dalle Parti presso gli interessati e

saranno trattati unicamente per le finalità dell'esecuzione della presente convenzione o

finalità connesse con tale esecuzione, ai sensi dell'art. 6, c.1 lett "b" del Reg. UE 2016/679

("GDPR") nel rispetto delle misure di sicurezza prescritte da tale normativa.

ART. 10 - Il presente accordo contrattuale è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi

del D.P.R. 131/86. Le spese di bollo sull'atto sono a carico della Società.

Letto, confermato e sottoscritto

Verbania data _____

Omegna data _____

Per l'AMBULATORIO MEDICO

Per L'ASL VCO

POLISPECIALISTICO PROMATER

IL DIRETTORE GENERALE

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(Dott.ssa. Chiara Serpieri)

(Arch. Silvia Angiolini)

ALLEGATO 1 ELENCO PAZIENTI E PRESTAZIONI ESEGUITE.

STRUTTURA _____ **Dr** _____

GIORNO _____ **ORA** _____

COGNOME E NOME _____

CODICE FISCALE _____

Prima visita chirurgica	€. 115,00
Visita chirurgica di controllo	€. 60,00
Prima visita proctologica	€. 115,00
Visita proctologica di controllo	€. 60,00

GIORNO _____ **ORA** _____

COGNOME E NOME _____

CODICE FISCALE _____

Prima visita chirurgica	€. 115,00
Visita chirurgica di controllo	€. 60,00
Prima visita proctologica	€. 115,00
Visita proctologica di controllo	€. 60,00

GIORNO _____ **ORA** _____

COGNOME E NOME _____

CODICE FISCALE _____

Prima visita chirurgica	€. 115,00
Visita chirurgica di controllo	€. 60,00
Prima visita proctologica	€. 115,00
Visita proctologica di controllo	€. 60,00

GIORNO _____ **ORA** _____

COGNOME E NOME _____

CODICE FISCALE _____

Prima visita chirurgica	€. 115,00
Visita chirurgica di controllo	€. 60,00
Prima visita proctologica	€. 115,00
Visita proctologica di controllo	€. 60,00

ALLEGATO 2 – AMBULATORIO MEDICO POLISPECIALIST. PROMATER SRL

MESE DI _____ DR. _____

accessi: indicare giornate dalle ore alle ore

data _____

data _____

data _____

data _____

data _____

data _____

PRESTAZIONE (descrizione)			N. Prestazioni al mese	Tariffa ri- chiesta per prestazione	TOTALI
branca	catalo- go	Descrizione			
09	89.7	Prima visita chirurgica		115,00	
09	89.01	Visita chirurgica di controllo		60,00	
09	89.7	Prima visita proctologica		115,00	
09	89.7	Visita proctologica di controllo		60,00	

FIRMA DELEGATO STRUTTURA _____

data _____

FIRMA DEL MEDICO CONSULENTE

data _____

Da trasmettere a protocollo@pec.aslvco.it indicando nell'oggetto Accordo contrattuale CHIRURGIA GENERALE