

All b) ALLA DELIBERA N° 466 DEL 27 MAGGIO 2011

**ACCORDO CONTRATTUALE TRA ASL VCO E L'AMBULATORIO MEDICO**

**POLISPECIALISTICO PROMATER SRL PER L'EFFETTUAZIONE DI**

**PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

**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 ASL, 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 SEGUUE:**

**ART. 1 L'ASL VCO autorizza i dirigenti dell'équipe della SOC di Ostetricia e**

**Ginecologia, a rapporto esclusivo che hanno optato per l'attività in intra moenia, ad**

**effettuare in regime di libera professione intramuraria d'équipe, per lo svolgimento di attività**

**clinica e di Chirurgia Ambulatoriale Complessa per un monte ore mensile massimo pari a 20**

**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 C.C.N.L. 19/12/2019 della dirigenza medico-veterinaria che**

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 20 ore mensili.

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

Branca	Catalogo	Descrizione	Tariffa Richies. per prestazione
	Reg.		
37	8926.0	<b>Prima visita ostetrica</b>	<b>€. 40,00</b>
37	8926.5	<b>Prima visita ostetrica-ginecologica in gravidanza</b>	<b>€. 40,00</b>
69	88.79.7	<b>Ecografia transvaginale</b>	<b>€. 50,00</b>
37	88.78	<b>Ecografia ostetrica</b>	<b>€. 50,00</b>

**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 Struttura 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 Società) 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 Società 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 digitalmente, ai sensi dell'art. 15 comma 2 bis della legge n.

241/1990.

Domodossola 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 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Prima visita gastroenterologica	€. 97,50
--------------------------	---------------------------------	----------

GIORNO \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Prima visita gastroenterologica	€. 97,50
--------------------------	---------------------------------	----------

GIORNO \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Prima visita gastroenterologica	€. 97,50
--------------------------	---------------------------------	----------

GIORNO \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Prima visita gastroenterologica	€. 97,50
--------------------------	---------------------------------	----------

GIORNO \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Prima visita gastroenterologica	€. 97,50
--------------------------	---------------------------------	----------

GIORNO \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Prima visita gastroenterologica	€. 97,50
--------------------------	---------------------------------	----------

GIORNO \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Prima visita gastroenterologica	€. 97,50
--------------------------	---------------------------------	----------

GIORNO \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Prima visita gastroenterologica	€. 97,50
--------------------------	---------------------------------	----------

**ALLEGATO 2 – Ambulatorio Medico Polispecialistico ProMater – sede \_\_\_\_\_**

MESE DI \_\_\_\_\_ DR. \_\_\_\_\_

**accessi: indicare giornate dalle ore alle ore**

**data** \_\_\_\_\_

**data** \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

**data** \_\_\_\_\_

**data** \_\_\_\_\_

**data** \_\_\_\_\_

		PRESTAZIONE (descrizione)	N. Prestazioni al mese	Tariffa Richiesta per prestazione	TOTALE
Branca	Catalogo Regionale	Descrizione			
58	897.21	Prima visita gastroenterologica		€. 97,50	

**FIRMA DELEGATO STRUTTURA**

**FIRMA DEL MEDICO CONSULENTE** \_\_\_\_\_

data

Da trasmettere a [protocollo@pec.aslvc.it](mailto:protocollo@pec.aslvc.it) indicando nell'oggetto Accordo contrattuale di

## **ENDOSCOPIA-DIGESTIVA**