

967

**ACCORDO CONTRATTUALE TRA ASL VCO ED IL CENTRO MEDICO**

**SANTA MONICA AVENTE SEDE LEGALE A ARONA PER**

**L'EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN**

**GASTROENTEROLOGIA**

**TRA**

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

**Generale ASL VCO Dr. Angelo Penna domiciliato ai fini del presente accordo**

**contrattuale presso la sede legale della stessa ASL, Via Mazzini 117, 28887 Omegna**

**(VB)**

**E**

**Il Centro Santa Monica P.IVA 01464750031, con sede legale a Arona (NO) in Via**

**Monte Pasubio n. 32, (nel prosieguo d'atto denominato Centro in possesso delle**

**autorizzazioni comunali e regionali per lo svolgimento di attività di assistenza**

**ambulatoriale non convenzionata), nella persona del Legale Rappresentante Dr.ssa**

**Anna Maria ORSI domiciliata, ai fini del presente accordo contrattuale, presso la**

**sede legale della Struttura.**

**SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:**

**ART. 1**

**L' ASL VCO autorizza i dirigenti della SOC/SOSD di Endoscopia Digestiva di**

**Verbania, a tempo indeterminato e 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 GASTROENTEROLOGIA,**

**utilizzando le attrezzature di proprietà del Centro.**

**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. 58 del CCNL della Dirigenza medica e veterinaria quadriennio 1998/2001 (

che a sua volta richiama l'art. 55 comma 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: a Arona (NO) in Via Monte Pasubio n. 32, con un

impegno massimo complessivo di 6 ore mensili.

Nel dettaglio le prestazioni saranno le seguenti con le rispettive tariffe richieste

dall'ASL al Centro:

**Prima Visita gastroenterologica €. 91,00**

**Visita gastroenterologica di controllo €. 77,00**

### **ART. 3**

Il Centro 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**

Il Centro 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 al Centro stesso.

#### **ART. 5**

Il Centro 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 vistata dallo stesso) facente parte dell'equipe ed apposita distinta analitica di cui all'allegato 2 (vistata da funzionario delegato del Centro) 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 dal Centro per le attività oggetto del presente accordo.

Il Centro 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. Il Centro 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 il Centro 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 dal **1/12/2019 al 31/12/2020**, 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 del Centro.

Letto, approvato e sottoscritto.

Arona data \_\_\_\_\_

Per Centro Medico Santa Monica

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

( Sig.ra Monica BARBAGLIA )

Omegna data \_\_\_\_\_

Per ASL VCO

IL DIRETTORE GENERALE

(Angelo PENNA)

SPAZIO NON UTILIZZABILE

**ALLEGATO 1 ELENCO PAZIENTI E PRESTAZIONI ESEGUITE.**

**STRUTTURA** \_\_\_\_\_ **Dr** \_\_\_\_\_

**GIORNO** \_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

( ) Prima Visita gastroenterologica €. 91,00

( ) Visita gastroenterologica di controllo €. 77,00

**GIORNO** \_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

( ) Prima Visita gastroenterologica €. 91,00

( ) Visita gastroenterologica di controllo €. 77,00

**GIORNO** \_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

( ) Prima Visita gastroenterologica €. 91,00

( ) Visita gastroenterologica di controllo €. 77,00

**GIORNO** \_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

( ) Prima Visita gastroenterologica €. 91,00

( ) Visita gastroenterologica di controllo €. 77,00

**GIORNO** \_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

( ) Prima Visita gastroenterologica €. 91,00

( ) Visita gastroenterologica di controllo €. 77,00

**GIORNO** \_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

( ) Prima Visita gastroenterologica €. 91,00

( ) Visita gastroenterologica di controllo €. 77,00

**GIORNO** \_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

( ) Prima Visita gastroenterologica €. 91,00

( ) Visita gastroenterologica di controllo €. 77,00

**GIORNO** \_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

( ) Prima Visita gastroenterologica €. 91,00

( ) Visita gastroenterologica di controllo €. 77,00

SPAZIO NON UTILIZZABILE



**ALLEGATO 2 – Centro Medico Santa monica – sede \_\_\_\_\_**

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

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

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

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

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

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

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

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

PRESTAZIONE (descrizione)	N. PRESTAZIONI MESE	TARIFFA RICHIESTA DALL'ASL AL CENTRO	TOTALE

**Prima Visita gastroenterologica                      €.        91,00**

**Visita gastroenterologica di controllo                      €.        77,00**

**TOTALE \_\_\_\_\_**

**FIRMA DELEGATO STRUTTURA \_\_\_\_\_**

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

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

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

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

Endoscopia Digestiva – prestazioni in Gastroenterologia.

SPAZIO NON UTILIZZABILE