

OGGETTO: contratto per l'affidamento dell'incarico di Medico Curante dell'Ospedale di Comunità assegnato dalla programmazione regionale alle Opere Pie d'Onigo.

Pederobba, 7 gennaio 2022

Repertorio contratti Opere Pie d'Onigo n° 30 2021

PARTI:

- I.P.A.B. OPERE PIE D'ONIGO codice fiscale 00454230260, con sede in via Roma n. 77/a, 31040, Pederobba (TV) rappresentata dal Segretario Direttore Nilo Furlanetto;
- PRESTATORE DEL SERVIZIO: Dott. Gianluigi Sartore codice fiscale SRTGLG50T12L407Z, nato a Treviso il 12/12/1950 e residente a Treviso (TV) in via Reinhart n. 21, cellulare 3494566949
- BENEFICIARI: Pazienti dell'Ospedale di Comunità.

Premesso:

- A) Il Dott. Gianluigi Sartore è iscritto all'Ordine dei Medici di Treviso con il n. 1669.
- B) Nell'AULSS 2 Marca Trevigiana è stato programmato l'Ospedale di Comunità extraospedaliero in Pederobba per 30 posti, in gestione dell'I.P.A.B. Opere Pie d'Onigo. Il decreto di autorizzazione all'esercizio è stato rilasciato dall'Azienda Zero con il n. 305 in data 14 settembre 2021. La delibera di accreditamento è stata approvata dalla Giunta Regionale il 12 ottobre 2021 con il numero 1382. I 30 posti dell'Ospedale di Comunità sono allocati al 2° Piano Sud dell'ex Ospedale in via Roma n. 65 a Pederobba (TV).
- C) Rileva per il presente incarico la DGRV n. 1107 del 06 agosto 2020 ad oggetto "*Modifica delle schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS. DGR n. 614 del 14 maggio 2019. Deliberazione n. 90/CR del 28 luglio 2020.*" La delibera ha approvato le schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie così come riportate nell'Allegato A della DGR stessa, sostitutiva dell'Allegato C alla DGR n. 614/2019. Per l'Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana la scheda assegna all'I.P.A.B. Opere Pie d'Onigo, fra le strutture private accreditate, l'Ospedale di Comunità con 30 posti. La tipologia di pazienti è indicata nella DGR n. 2718/24.12.2012, allegato A, per i pazienti post-acuti o cronici riacutizzati con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica, solitamente pazienti adulti/anziani con profilo SVAMA superiore a 2 e necessità variabili di cure sanitarie.
- D) La disciplina dell'Ospedale di Comunità è contenuta nei seguenti deliberati di Giunta Regionale.
- D.1. DGR n. 2718 del 24 dicembre 2012. Legge regionale 29 giugno 2012 n. 23, art. 10. Definizione delle tipologie di strutture di ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità e dell'Unità Riabilitativa Territoriale ai sensi della Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22.
- o Allegato A. Caratteristiche delle strutture intermedie Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale
 - o Allegato B. Classificazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie ai sensi dell'articolo 12 della LR 22/2002 ad integrazione e modifica delle DGR 2501/04 e 3148/07
 - o Allegato C. Liste di verifica dei requisiti minimi specifici di autorizzazione all'esercizio per l'Ospedale di Comunità.
 - o Allegato D. Liste di verifica dei requisiti minimi specifici di autorizzazione all'esercizio per l'Unità Riabilitativa Territoriale.

- D.2. DGR n. 2122 del 19 novembre 2013. Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013.
- o Allegato E. Criteri e la determinazione dei posti letto di strutture di ricovero intermedie a livello regionale e per singola Azienda Ulss
 - o Allegato G. Schede di dotazione territoriale dettagliate per singola Azienda ULSS.
- D.3. DGR n. 2108 del 10 novembre 2014. Legge Regionale 29 giugno 2012 n.23 art. 10 Strutture di Ricovero 2ontest2ia. Standard strutturali minimi Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. Definizione del procedimento di autorizzazione alla realizzazione, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 22/02, mediante trasformazione di spazi esistenti, già autorizzati all'esercizio per l'erogazione di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, o comunque inseriti in 2ontest sanitario o socio/sanitario.
- o Allegato A. Trasformazione di spazi sanitari e socio-sanitari già autorizzati all'esercizio in Ospedali di Comunità (OdC) e Unità Riabilitative Territoriali (URT).
 - o Allegato B. Ospedali di Comunità (OdC) e Unità Riabilitative Territoriali (URT). Trasformazione di spazi esistenti in strutture sanitarie o socio-sanitarie non in uso.
 - o Allegato C. Modalità per la richiesta e rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione dell'Ospedale di Comunità (OdC) e Unità Riabilitative Territoriali (URT).
- D.4. DGR n. 2683 del 29 dicembre 2014. Approvazione dei requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale, del tracciato del Sistema informative per il monitoraggio dell'assistenza erogata e degli indicatori di attività e risultato per Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. L.R. 16 agosto 2002, n. 22.
- o Allegato A. Contenuto assistenziale delle prestazioni mediche presso le strutture di ricovero 2nformativ (OdC e URT)
 - o Allegato B. Requisiti minimi e di qualità per l'accreditamento istituzionale e loro ambito di applicazione per ospedale di comunità e unità riabilitativa 2nformative.
 - o Allegato C. Tracciato 2nforma 2nformative per il monitoraggio dell'assistenza. (file in formato Excel)
 - o Allegato D. Indicatori di attività, funzionali alla verifica dell'attività svolta e dei risultati ottenuti.
- D.5. DGR n. 2091 del 30 dicembre 2015. Tariffazione delle strutture per le Cure intermedie. DGR 2621/2012 e DGR 2718/2012. (Con riferimento agli standard definiti dalla programmazione regionale, si aggiornano i valori delle le tariffe giornaliere per il ricovero presso le strutture per le Cure intermedie, modificando i valori definiti con l'Allegato D della DGR 2621/2012.) DGR n. 433 del 6 aprile 2017. Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale: modifica del profilo assistenziale ed economico delle prestazioni mediche, e definizione dei criteri volti al superamento della sospensione del rilascio di nuovi accreditamenti disposta con DGR n. 2174 del 23 dicembre 2016.

In particolare l'allegato A della DGR 433/2017 prevede:

ASSISTENZA MEDICA PRESSO LE STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	<p>· L'Ospedale di Comunità è struttura di ricovero intermedia inserite all'interno di strutture pubbliche (ospedali o ex ospedali riconvertiti) o all'interno di strutture private accreditate (ospedaliera o extraospedaliera). La gestione può quindi essere diretta da parte dell'Azienda Sanitaria o erogata dall'ente privato accreditato dalla Regione.</p>
--	--

<p><i>Modello assistenziale</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> · La definizione delle strutture, gli esiti funzionali attesi dal ricovero in queste strutture e in risposta a quali bisogni assistenziali, rimangono i medesimi definiti dalla DGR 2718/2012. · L'assistenza medica ai pazienti ricoverati è a carico dell'ente gestore e va erogata da medici coordinati e organizzati dalla direzione sanitaria della struttura che eroga anche l'assistenza diretta e indiretta ai pazienti. · La direzione sanitaria, che può essere svolta anche dal responsabile clinico della struttura, è responsabile della gestione dei farmaci, dei presidi, della documentazione clinica (cartelle) e della documentazione professionale (linee guida, carta dei servizi), della gestione del rischio clinico, della qualità e dell'applicazione della normativa regionale e delle misure igienico-sanitarie, da applicare secondo la normativa vigente nell'esercizio di questa attività sanitaria.
<p><i>Responsabilità della gestione clinica dei pazienti</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> · La responsabilità clinica è garantita dal medico che assicura un monitoraggio clinico quotidiano che deve essere garantito anche il sabato e la domenica. · La presenza medica in struttura deve essere garantita per un totale di circa un'ora alla settimana per paziente: quindi per un nucleo da 24 posti letto devono essere garantite almeno 4 ore di presenza effettiva per l'attività clinica, garantendo ammissioni e dimissioni dei pazienti nei 7 giorni della settimana. · La presenza medica deve essere garantita per almeno 3- 4 ore al giorno, compresi il sabato e la domenica, e deve rendere possibile, con accordi appositi tra professionisti, l'accoglimento di pazienti tutti i giorni, ed in particolare dei pazienti in dimissione dai reparti ospedalieri, che avviene di solito di pomeriggio. · Gli accessi del medico vanno documentati nella cartella clinica, e il piano assistenziale personalizzato va stilato in sinergia con l'infermiere case-manager e gli altri professionisti del team assistenziale, incluso il fisiatra che contribuisce, nel caso, ad associare un piano riabilitativo individuale al piano assistenziale. · Il piano va verificato attraverso meeting periodici tra tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza ed aggiornato o modificato in base alle condizioni cliniche e alla traiettoria funzionale del paziente. · Nelle ore in cui il medico responsabile dei pazienti non è presente, la struttura deve garantire o la presenza di altro personale medico o la reperibilità telefonica (o con altri supporti di tele assistenza o di telemedicina) e l'eventuale intervento in loco quanto prima e non oltre i 45 minuti attraverso un sistema di pronta reperibilità. · Il responsabile clinico della struttura è garante della raccolta delle informazioni sanitarie per assolvere al debito informativo (secondo il tracciato record definito con la DGR 2683/2014). · La cartella e i dati clinici sanitari vengono custoditi dalla struttura nel rispetto della normativa vigente e devono essere consultabili e riproducibili su richiesta di chi ne ha diritto.
	<p>La struttura deve essere collegata funzionalmente mediante un accordo analogo a quello previsto tra strutture autorizzate (DGR 549/2005 e nota esplicativa prot. n. 559112 del 4/8/2005) ed un ospedale per acuti pubblico o accreditato di riferimento, che possa</p>



<p><i>Raccordo con ospedale di riferimento, consulenze, visite specialistiche, prestazioni ambulatoriali e compartecipazione</i></p>	<p>garantire l'accesso facilitato del paziente che necessita di ricovero che, comunque, in situazioni di urgenza/emergenza e' erogato tramite la rete del 118.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Tale accordo può anche prevedere l'erogazione di visite specialistiche presso la struttura da parte di specialisti convenzionati o accreditati (da ricomprendere comunque all'interno del budget di struttura, nel caso di struttura accreditata) · Le visite specialistiche, richieste dal medico della struttura, con ricettario SSN o prescrizione DEMA, possono quindi essere erogate da specialisti già operanti nella struttura o da altri specialisti accreditati o convenzionati con il SSN. · In struttura, devono comunque essere garantite attività di prelievo e di ECGgrafia con refertazione o tele refertazione. · Tutte le prestazioni di riabilitazione sono erogate in regime di esenzione ticket, mentre le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono erogate in regime di esenzione ticket solo fino al 30° giorno di degenza, fatte salve le esenzioni di legge.
<p><i>Eleggibilità dei pazienti, iter per l'ingresso e attività da garantire ai paziente da parte del responsabile clinico per la transizione</i></p>	<p>Il ricovero in struttura può essere richiesto da un medico di MMG, un medico dipendente, convenzionato o accreditato. La richiesta viene inviata alla Centrale Operativa Territoriale che, secondo le indicazioni del Distretto, la inserisce in lista di attesa. La COT, può, in casi selezionati, organizzare con un protocollo di triage, ingressi rapidi di pazienti eleggibili dall'ospedale o da altro luogo di cura, concordati con il responsabile medico della struttura.</p> <ul style="list-style-type: none"> · L'UVMD, con il progetto assistenziale post-ricovero, verrà eseguita durante la degenza in ODC e URT, preferibilmente in struttura e non in distretto, con la partecipazione del MMG di scelta, che potrà, in quella occasione, valutare il paziente, ricevere consegne cliniche e assistenziali e concordare un accesso domiciliare postricovero per favorire la continuità assistenziale del paziente e la collaborazione con il caregiver/familiare. · Il collegamento funzionale tra la struttura, l'ospedale e il domicilio viene comunque mediato dalla Centrale Operativa Territoriale del Distretto, che provvede alla gestione e allo scorrimento della lista di attesa, all'evasione delle richieste di ingresso in struttura, in sinergia con l'infermiere case-manager che coordina l'accoglimento del paziente in struttura. · La responsabilità medica per la transizione del paziente si declina in queste attività: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifica pre-ingresso dell'eleggibilità del paziente in coordinamento con la Centrale Operativa Territoriale. L'indicazione all'ingresso in URT deve essere posta da un fisiatra dell'azienda ULSS, ospedaliero, se il paziente proviene da un reparto per acuti o territoriale, se viene dal domicilio. 2. Valutazione alla dimissione e facilitazione del rientro a domicilio anche attraverso la prescrizione e la verifica della fornitura di presidi e ausili necessari nel post-ricovero in raccordo funzionale con il distretto e con il fisiatra. 3. Colloqui regolari e normati con il paziente e con i familiari per raccogliere le preferenze del paziente e/o del caregiver per costruire il rientro a domicilio o la transizione verso altri luoghi di cura .



D

D

	4. Il Distretto, in collaborazione con la struttura, garantisce ai MMG del paziente di avere accesso alla struttura per favorire il colloquio con il personale che assiste il paziente, per costruire un piano di cura condiviso eventualmente in UVMD, per ricevere consegne cliniche e per favorire la transizione del paziente possibilmente a domicilio.
<i>Profilo funzionale dei pazienti, tipologia di pazienti e criteri di esclusione e organizzazione del personale del comparto</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Profili funzionali come descritti nella DGR 2718/2012 - Tipologia di pazienti come da DGR 2718/201 - Standard e organizzazione del personale assistenziale come da DGR 2718/2012
<i>Ruolo Fisiatra</i>	<ul style="list-style-type: none"> · La presenza fisiatrica, se non già in organico alla struttura, sarà assicurata dal Dipartimento/UOC di Riabilitazione, che è anche incaricato di far accompagnare il paziente in transizione da un progetto riabilitativo integrato e di monitorarne l'attuazione in sinergia con tutto il personale della struttura. · Il Fisiatra è un consulente che interviene su richiesta del responsabile clinico della struttura. Nell'URT, il responsabile clinico deve obbligatoriamente richiedere la consulenza fisiatrica e, nel momento in cui attiva (nel caso in cui non sia già stato attivato) un progetto riabilitativo individuale o recepisce le indicazioni del fisiatra che ha segnalato la necessità del ricovero, diventa il referente del progetto da attuarsi con fisioterapista e/o logopedista e/o infermiere e/o terapeuta occupazionale, OSS, programmando verifiche che gli permettono di monitorare l'evoluzione del progetto riabilitativo individuale e di partecipare alla programmazione della dimissione del paziente nella cui documentazione finale deve essere presente oltre alla relazione clinico-assistenziale, la relazione sul decorso funzionale del paziente.

D.6. DGR n. 1714 del 24 ottobre 2017. Piano di Attivazione prioritaria delle strutture di ricovero intermedio per il biennio 2018-2019. Articolo 44 della LR 30/2016 di modifica del comma 5 dell'articolo 14 della LR 19/2016.

D.7. DGR n. 1455 del 8 ottobre 2018. Approvazione dello schema tipo di accordo contrattuale per le strutture di ricovero intermedio accreditate: Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale - D.lgs n. 502/1992 art. 8 quinquies e l.r. n. 22/02 art. 17 comma 3.

Di quest'ultima delibera rilevano, per la disciplina delle funzioni di Direttore Sanitario e Medico dell'Ospedale di Comunità le seguenti disposizioni:

Articolo 5 – Assistenza medica, Responsabile Clinico e Direzione Sanitaria

L'assistenza medica ai pazienti ricoverati è a carico del soggetto accreditato e va erogata da medici coordinati e organizzati dalla Direzione Sanitaria della struttura che eroga anche l'assistenza diretta ed indiretta ai pazienti.

La presenza medica in struttura deve essere garantita per un totale di almeno un'ora alla settimana per paziente, garantendo ammissioni e dimissioni nei 7 giorni della settimana (compresi il sabato e la domenica) con accordi appositi tra professionisti e Azienda ULSS.

Considerato che il soggetto è stato autorizzato per 30 posti letto e accreditato per 30 posti letto, l'assistenza medica richiesta complessivamente nella fascia oraria 8-20 nell'arco della settimana è di 30 ore (minimo ore = n. posti letto accreditati).

La presenza medica giornaliera richiesta del medico tra le 8 e le 20 sarà così articolata:

lunedì al sabato per 30 ore

Il responsabile clinico della struttura deve assicurare un monitoraggio clinico quotidiano che deve essere erogato anche il sabato e la domenica attraverso procedure codificate di passaggio di consegne cliniche e di accessibilità alla documentazione clinica da parte delle figure medico-sanitarie che dovessero alternarsi negli orari notturni, festivi e prefestivi.

Gli accessi del medico vanno documentati nella cartella clinica, e il piano assistenziale personalizzato va stilato in sinergia con l'infermiere case-manager e gli altri professionisti del team assistenziale, incluso il fisiatra che contribuisce, nel caso, ad associare un piano riabilitativo individuale al piano assistenziale.

Il piano va verificato attraverso meeting periodici tra tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza ed aggiornato o modificato in base alle condizioni cliniche e alla traiettoria funzionale del paziente.

Nelle ore in cui il medico responsabile dei pazienti non è presente, la struttura deve garantire o la presenza di altro personale medico o la reperibilità telefonica (o con altri supporti di tele assistenza o di telemedicina) e l'eventuale intervento in loco quanto prima e non oltre i 45 minuti attraverso un sistema di pronta reperibilità.

Il responsabile clinico della struttura è garante della raccolta delle informazioni sanitarie per assolvere al debito informativo (secondo il tracciato record definito con la DGR n. 2683/2014).

La cartella e i dati clinici sanitari vengono custoditi dalla struttura nel rispetto della normativa vigente e devono essere consultabili e riproducibili su richiesta di chi ne ha diritto. La direzione sanitaria, che può essere svolta anche dal responsabile clinico della struttura, è responsabile della gestione dei farmaci, dei dispositivi medici, della documentazione clinica (cartelle) e della documentazione professionale (linee guida, carta dei servizi) della gestione del rischio clinico, della qualità dell'applicazione della normativa regionale e delle misure igienico sanitarie, da applicare secondo la normativa vigente nell'esercizio di quest'attività sanitaria, e per questa direzione viene indicata la figura del dr Elzo Severin quale Direttore Sanitario della Struttura.

Articolo 6 – Assistenza medica e raccordo con ospedale di riferimento

La struttura, ai sensi della DGR n. 433 del 6 aprile 2017 si collega funzionalmente all'Ospedale per acuti pubblico o privato accreditato di riferimento denominato Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto – Montebelluna sito in Castelfranco Veneto e Montebelluna mediante accordo a titolo non oneroso per il soggetto accreditato inteso a regolamentare i seguenti aspetti:

- a) accesso protetto del paziente ricoverato che necessita di ricovero ospedaliero presso i reparti che consente un percorso facilitato del paziente verso i suddetti reparti agevolandone il ricovero o anche evitandone il passaggio o il prolungato stazionamento in pronto soccorso;
- b) erogazione di visite specialistiche ambulatoriali - che non richiedono strumentazioni tecnologiche - presso la struttura, da parte di specialisti dipendenti, convenzionati o accreditati (il cui volume è da ricomprendere nel budget di struttura nel caso di struttura accreditata). Tra queste sono comprese le visite fisiatriche nel caso il fisiatra non sia presente in organico nella struttura. Le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono assimilabili, quando erogate in struttura, alle prestazioni di specialistica ambulatoriale domiciliare e, limitatamente ai soggetti in post ricovero, non sono sottoposte a ticket fino al 30° giorno perché ricomprese nelle prestazioni ambulatoriali in regime di post-ricovero;
- c) utilizzo non oneroso del servizio di Continuità Assistenziale dalle 20.00 alle ore 8.00, dal lunedì alla domenica, con garanzia di accesso entro 45 minuti su richiesta motivata dell'infermiere/coordinatore infermieristico della struttura.

Rileva infine la DGR N. 1887 del 17 dicembre 2019 "Ospedale di Comunità ed Unità Riabilitativa Territoriale: aggiornamento della tariffa giornaliera di remunerazione, delle



quote a carico dell'assistito per giornata di degenza e dell'esenzione alla compartecipazione alla spesa (ticket) per le prestazioni."

Si conviene quanto segue

Articolo 1 - Compiti

Il Dott. Gianluigi Sartore assume l'incarico di Medico Curante dell'Ospedale di Comunità situato presso l'ex Ospedale di Pederobba in via Roma n. 65.

Articolo 2 - Orario

Gli orari di presenza del medico sono stabiliti nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 5 dell'allegato A della delibera di Giunta Regionale n. 1455 dell'8 ottobre 2018, riportati in premessa.

Ne deriva per i Medici dover assicurare 30 ore di assistenza diretta e 32 ore di reperibilità, al netto delle 106 ore settimanali coperte dalla Guardia Medica dell'AULSS2.

E' previsto che la funzione di Medico sia ripartita con altro Medico, pariteticamente per 15 ore ciascuno; le ore assegnate a ciascun Medico possono variare con intesa da avere con la Direzione delle Opere Pie d'Onigo. Spetta al Direttore Sanitario organizzare la presenza dei Medici assegnati.

Il Medico è tenuto al rispetto degli orari e alla rilevazione dell'orario di presenza giornaliera con sistemi automatizzati o, in assenza, diversamente autorizzati dal medico coordinatore.

La presenza giornaliera viene concordata con il Centro di Servizi.

Articolo 3 - Rapporti con il personale della struttura

Non sussistono rapporti gerarchici tra il medico e il personale del Centro di Servizi. Quest'ultimo è, comunque, tenuto ad ottemperare alle prescrizioni di carattere sanitario impartite dal medico a favore degli ospiti.

Articolo 4 - Divieti

Il medico riconosce il divieto di ricevere informatori farmaceutici e propri assistiti esterni durante l'orario di presenza all'interno del Centro di Servizi.

Il medico riconosce, inoltre, i seguenti ulteriori divieti: di accedere ai sistemi informatici/informativi dell'Azienda ULSS e di utilizzare il ricettario regionale standardizzato messo a sua disposizione per effettuare prescrizioni a favore di persone diverse dagli ospiti del Centro di Servizi.

Articolo 5 - Assenze e sostituzioni

È ammessa la sostituzione soltanto nel periodo di ferie o malattia del titolare dell'incarico o nel caso di giustificati impedimenti dello stesso.

La comunicazione di assenze dal Centro di Servizi rispetto all'orario concordato va fatta, di regola, con congruo anticipo (almeno tre giorni prima), per iscritto se i giorni di assenza sono superiori a tre, anche verbalmente per assenze di durata inferiore.

Contestualmente alla comunicazione dell'assenza al Centro di Servizi, va indicato il nominativo del medico sostituto, il quale dovrà garantire l'orario del medico curante sostituito. Eventuali assenze che non risultassero copribili con un medico sostituto dovranno essere comunicate da parte del medico curante al medico coordinatore e al Centro di Servizi con preavviso di almeno 5 giorni lavorativi. In tal caso la sostituzione sarà assicurata dal Centro di Servizi.

La presenza del sostituto non potrà eccedere il 20% della presenza complessiva annuale, ad esclusione dei giorni di malattia, pena la decadenza del titolare dall'incarico conferito.

Eventuali periodi di sostituzione oltre il 20% che si rendessero necessari per altre motivate necessità dovranno essere preventivamente accettate dall'Ente gestore.

Articolo 6 - Rapporto di lavoro

Fermo quanto previsto dal presente contratto, si precisa che l'incarico in oggetto (ad un medico della sezione E dell'elenco di cui all'articolo 5 dell'accordo contrattuale) configura un rapporto di lavoro autonomo.

Articolo 7 - Trattamento economico

Il corrispettivo economico dei servizi assunti dal Dott. Gianluigi Sartore è pari a 60 euro per ora di assistenza diretta e presenza in struttura e in 10 euro per ciascuna ora di reperibilità.

La corresponsione integrale del predetto corrispettivo, è subordinata all'effettività degli accessi giornalieri del medico presso il l'Ospedale di Comunità ed al rispetto dell'impegno di presenza oraria. In caso contrario il corrispettivo viene ridotto in misura proporzionale al numero delle ore non prestate.

Il pagamento avverrà entro 30 giorni dalla presentazione della fattura.

Articolo 8 - Controversie interpretative

In sede di applicazione del presente contratto eventuali controversie, sono risolte a livello locale secondo gli istituti previsti dalla normativa vigente. Resta inteso che l'Azienda ULSS è esentata da qualsiasi responsabilità, anche economica, che ne dovesse risultare.

Articolo 9 - Risoluzione del rapporto

In caso di accertata violazione del presente contratto da parte del medico, il Centro di Servizi, nelle modalità e forme previste dall'articolo 5 dell'accordo contrattuale, ha facoltà di risolvere il rapporto instaurato con il medico in base al presente contratto.

Qualora il medico incaricato intenda interrompere l'attività prima della scadenza contrattuale deve darne preventiva comunicazione al Centro di Servizi e all'Azienda ULSS con un preavviso di almeno 60 giorni, a meno di cause di forza maggiore, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

Articolo 10 - Prestazioni Aggiuntive

Eventuali prestazioni professionali aggiuntive di quelle già previste nel presente contratto potranno essere oggetto di accordo tra il Centro di Servizi e il medico.

Articolo 11 - Durata

Il presente contratto decorre **dal 1 gennaio 2022 e cessa il 31 dicembre 2022**, e può essere annualmente rinnovato per pari durata.

Articolo 12 - Copertura Assicurativa

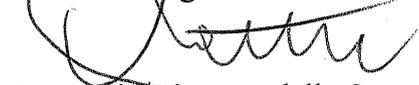
Con la firma del presente contratto il medico dichiara di essere in possesso di adeguata polizza assicurativa rapportata all'incarico di medico curante anche con riferimento a quanto disposto dalla legge 8/3/2017, n. 24 recante "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*". Tale polizza verrà presentata entro 10 giorni dalla data di stipula del presente contratto.

Articolo 13 - Tutela dei dati personali

Il medico si impegna a tutelare la riservatezza degli assistiti ai sensi dell'art. 5 della legge 5/6/1990, n. 135 recante "*Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS*", e dal Regolamento 2016/679/UE (*General Data Protection Regulation – GDPR*), e di rispettare le disposizioni in vigore presso il Centro di Servizi attuative del predetto Regolamento 2016/679/UE.

Letto, firmato e sottoscritto il 7 gennaio 2022.

Dott. Gianluigi Sartore



Segretario Direttore delle Opere Pie d'Onigo Nilo Furlanetto

