

VERTRAGSABKOMMENS

zwischen

dem **SANITÄTSBETRIEB DER AUTONOMEN PROVINZ BOZEN**

in der Folge **Sanitätsbetrieb** genannt, mit Sitz in Bozen, Sparkassenstr. 4, Str.Nr./MwSt.-Nr. 00773750211, vertreten vom Generaldirektor, Dr. Florian Zerzer

und

der **PRIVATKLINIK „MARIENKLINIK“
Kongregation der Tertiarschweren
des Hl. Franziskus**

in der Folge **Einrichtung** genannt, mit Sitz in Bozen, Claudia de Medici St. Nr. 2 MwSt .Nr.- 00218510212, die für die Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen akkreditiert ist, vertreten durch die gesetzliche Vertreterin Frau Rosa Volgger,

**für die stationäre Krankenhausbetreuung von
Akutpatienten und ambulanten Leistungen im
Fachbereich Orthopädie**

Vorausgeschickt, dass:

- Art. 8-bis Abs. 1 des G.v.D. Nr. 502/1992 sieht vor, dass die Regionen die wesentlichen und einheitlichen Betreuungsebenen auch durch Einbeziehung der akkreditierten Rechtssubjekte unter Einhaltung der Vertragsabkommen gemäß Art. 8-quinquies gewährleisten;

- gemäß Art. 8-bis Abs. 2 und Art. 8-quater Abs. 2 des G.v.D. Nr. 502/1992 stellen die Leistungs- und wirtschaftlichen Inhalte der Vertragsabkommen den Rechtstitel dar, auf dessen Grundlage das akkreditierte Rechtssubjekt im Bereich des Interesses im Namen und zu Lasten des nationalen Gesundheitsdienstes tätig werden kann und die Bürger die freie Wahl des Betreuungsstandortes haben;

- nach Einsichtnahme in das Komma 574 des Gesetzes 208 vom 28. Dezember 2015 (Stabilitätsgesetz 2016) bestimmt unter anderem den Erwerb von Gesundheitsdienstleistungen von akkreditierten privaten Anbietern und in Bezug auf bilaterale Abkommen zwischen Regionen für die Führung der interregionalen Gesundheitsmobilität und sieht die Möglichkeit vor, den Erwerb von hochspezialisierten Krankenhauspflegedienstleistungen zugunsten von Bürgern, die anderen Regionen angehören abweichend von der festgelegten Ausgabenobergrenze zu planen;

- die Landesregierung legt die Kriterien und Unterzeichnungsmodalitäten der Verträge nach Art. 8-quinquies G.v.D. Nr. 502/1992 und die der Bevölkerung zu garantierenden Leistungsanzahl fest;

ACCORDO CONTRATTUALE

fra

**L'AZIENDA SANITARIA DELLA PROVINCIA
AUTONOMA DI BOLZANO**

in seguito denominata **Azienda Sanitaria**, con sede in Bolzano, via Cassa di Risparmio 4, cod.fisc./partita IVA 00773750211 rappresentata dal Direttore Generale dott. Florian Zerzer

e

**LA CASA DI CURA PRIVATA S. MARIA
Congregazione delle Suore
Terziarie di San Francesco**

in seguito denominato **Struttura**, con sede in Bolzano via Claudia de Medici 2, partita IVA 00218510212, accreditato per l'erogazione delle prestazioni oggetto dell'accordo contrattuale, rappresentata dalla sua legale rappresentante Signora Rosa Volgger,

**per le prestazioni di assistenza ospedaliera in
regime di ricovero per acuti e di specialistica
ambulatoriale nella branca ortopedia**

Premesso che:

- l'art. 8-bis comma 1 del D. Lgs. n. 502/1992 prevede che le Regioni assicurino i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;

- ai sensi dell'art. 8-bis comma 2 e 8-quater comma 2 del D. Lgs. n. 502/1992 i contenuti prestazionali ed economici degli accordi contrattuali costituiscono il titolo in virtù del quale il soggetto accreditato può operare nell'ambito per conto e a carico del Sistema Sanitario nazionale ed i cittadini possono liberamente scegliere il luogo di cura;

- il comma 574 della Legge 28 dicembre 2015, 208 (Legge di Stabilità 2016) interviene tra l'altro in materia di acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati e in materia di accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale prevedendo la possibilità di programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza in deroga al tetto di spesa fissato;

- la Giunta Provinciale definisce i criteri e le modalità di sottoscrizione dei contratti ex art. 8-quinquies D. Lgs n. 502/1992 e le quantità di prestazioni da garantire alla popolazione;

- der Leistungsbedarf, der von privaten Leistungserbringern angekauft wird, wurden im Einvernehmen mit diesen festgelegt und hat eine Gültigkeit von einem/drei Jahr/Jahren, sofern nicht ein erhöhter Bedarf für den **Sanitätsbetrieb** entsteht, welcher zu Jahresbeginn verhandelt wurde;

- die **Einrichtung** ist zum Abschluss des vorliegenden Vertragsabkommens berechtigt, da sie durch das Dekret des Landesrates für Gesundheit Nr. 26832 vom 23.12.2019 mit Gültigkeit bis zum 31.12.2024 akkreditiert ist;

- der gesetzliche Vertreter der **Einrichtung** erklärt, dass er für keine Straftat rechtskräftig verurteilt wurde, die das Verbot Verträge mit der öffentlichen Verwaltung abzuschließen mit sich zieht, und auch keine anderen Unvereinbarkeitsgründe gemäß den geltenden Bestimmungen bestehen;

- der Abkommenstext wurde von den Vertragsparteien gemeinsam ausgehandelt, vereinbart und verfasst.

Es wird folgendes vereinbart und festgesetzt:

Art. 1 – Gegenstand des Vertragsabkommens

Die Prämissen bilden wesentlichen Bestandteil des vorliegenden Vertragsabkommens, welches ab dem Datum der Genehmigung des Vertragsabkommens bis zum 31.12.2022 gilt und kein Anrecht auf einen nachfolgenden Vertragsabschluss begründet.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich, für und auf Kosten des LGD die ambulanten vereinbarten im Vertragsabkommen bezeichneten Leistungen zu erbringen.

Unbeschadet des gerichtlichen Rechtsschutzes gebührt dem Leistungserbringer kein Entgelt, keine Entschädigung und kein Schadensersatz für Leistungen, die er trotz Ermangelung der Akkreditierungsvoraussetzungen in den unter Artikel 12 angeführten Fällen über die Aussetzung der Wirksamkeit der vorliegenden Abmachung erbracht hat.

Falls die **Einrichtung** aus einem gerechtfertigten Grund die Leistungen, die Gegenstand dieses Vertragsabkommens sind nicht erbringen kann, muss sie den **Sanitätsbetrieb** darüber rechtzeitig informieren. Gleichfalls muss die Wiederaufnahme der Leistungserbringung mitgeteilt werden.

Die Vertragspartner verpflichten sich zur Einhaltung der an den Landesbestimmungen vorgenommenen Änderungen unter Berücksichtigung der Aktualisierung der Wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) und der Leistungstarife.

- i fabbisogni di prestazioni da acquistare dagli erogatori privati sono stati definiti tramite intese con gli stessi e hanno validità annuale/triennale salvo maggiore fabbisogno da parte dell' **Azienda Sanitaria** concordato all'inizio di ogni anno;

- la **Struttura** è legittimata alla stipula del presente accordo contrattuale in quanto è accreditata con il decreto dell'Assessore alla Salute nr 26832 del 23.12.2019 valido fino al 31.12.2024;

- il legale rappresentante della **Struttura** dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;

- il testo dell'accordo contrattuale è stato redatto, discusso e concordato da entrambe le parti.

Si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1 - Oggetto dell'accordo contrattuale

Le premesse costituiscono parte integrante del presente accordo contrattuale, che decorre dalla data di approvazione dell'accordo al 31.12.2022 e non costituisce diritto per un accordo contrattuale successivo.

La **Struttura** si impegna ad erogare, per conto e con oneri a carico del SSP, le prestazioni conformi a volumi e tipologie concordate indicate nell'accordo.

Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del presente accordo contrattuale di cui al successivo art. 12, ferma restando la tutela giurisdizionale.

Qualora per giustificato motivo la **Struttura** non possa espletare le prestazioni oggetto del presente accordo contrattuale dovrà dare tempestiva comunicazione all'**Azienda Sanitaria**. Analogamente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

Le parti si impegnano a rispettare le modifiche introdotte alla normativa provinciale con riguardo all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e alle tariffe delle prestazioni.

Art. 2 – Pflichten des Leistungserbringers, Voraussetzungen der Dienste

In Bezug auf jeglichen Aspekt der eigenen Tätigkeit gewährleistet die **Einrichtung** ausnahmslos die Einhaltung aller gesetzlichen Bestimmungen und Verwaltungsmaßnahmen jeden Ranges und jedweder Art.

Die **Einrichtung** muss, unter anderem, die organisatorischen, funktionellen und strukturellen Voraussetzungen für die Akkreditierung beibehalten und sich an diese anpassen, sowie die Leistungen gemäß den Standards und Protokollen über die Zugänglichkeit und die klinische Angemessenheit erbringen. Die Pflichten in Bezug auf die Verwaltungsobliegenheiten und die Informationspflicht/Weiterbildung bilden ein wesentliches Element der Leistung.

Die **Einrichtung** erbringt die vereinbarten Leistungen mittels Personals, das im Besitz der von den geltenden Bestimmungen vorgesehenen Titel ist und für welches keine Unvereinbarkeitsgründe gemäß Art. 4 Abs. 7 Gesetz Nr. 412/1991 vorliegen.

Die **Einrichtung** darf im Sinne von Art. 1 Abs. 42 Gesetz Nr. 190/2012 keine Verträge über selbständige oder unselbständige Arbeitsverhältnisse abschließen oder Aufträge an ehemalige Bedienstete des **Sanitätsbetriebes** und der Autonomen Provinz Bozen erteilen, wenn diese gegenüber der Einrichtung Hoheitsbefugnisse oder propädeutische Befugnisse in Bezug auf ihre Geschäftstätigkeit ausgeübt haben und zwar in den drei darauffolgenden Jahren nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit dem Sanitätsbetrieb oder der Autonomen Provinz Bozen.

Bei Feststellung der Unvereinbarkeit sorgt die **Einrichtung** für die unverzügliche Ersetzung des betreffenden sanitären Personals.

Die Abtretung dieses Vertragsabkommens an Dritte ist gegenüber dem **Sanitätsbetrieb** nicht wirksam, mit Ausnahme der Abtretung des gesamten Betriebes oder der Änderung der Gesellschaftsbezeichnung und unter der Voraussetzung des Vorhandenseins der diesbezüglich vorgesehenen und in die Zuständigkeit der Provinz und des Sanitätsbetriebes fallenden Rechtsakte.

Die **Einrichtung** muss dem **Sanitätsbetrieb** gemäß den vereinbarten Modalitäten die Informationen über die ausgeübte Tätigkeit im Bereich der selbstzahlenden Privatpatienten mitteilen.

Art. 3 – Zugang zur Leistung

Die Leistung „Erste orthopädische Visite“ werden mittels der Einheitlichen Landesvormerkungsstelle (ELVS), sofern dies technisch möglich ist welche für die Verlegung von Terminen im Falle einer planmäßigen Schließung der **Struktur** zuständig ist, vormerkt; die Nachholung muss innerhalb 30 Tagen erfolgen.

Art. 2 – Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi

In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, la **Struttura** garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e dei provvedimenti amministrativi di ogni rango e tipo, nessuno escluso.

La **Struttura** è tenuta, tra l'altro, a mantenere e adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento ed erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità e appropriatezza clinica. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

La **Struttura** erogherà le prestazioni contratte attraverso personale che è in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente e che non versi in situazione d'incompatibilità ex art. 4, c. 7 della Legge n. 412/1991.

La **Struttura**, ai sensi dell'art. 1 c. 42 Legge n. 190/2012, non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti dell'**Azienda Sanitaria** e della Provincia Autonoma di Bolzano che abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro con l'Azienda Sanitaria o la Provincia Autonoma di Bolzano.

La **Struttura** provvede all'immediata sostituzione del personale sanitario di cui si sia accertata una situazione di incompatibilità.

La cessione del presente accordo contrattuale a terzi non produce effetti nei confronti dell'**Azienda Sanitaria**, fatte salve le ipotesi di cessione dell'intera azienda o cambiamento di ragione sociale a condizione della sussistenza di tutti gli atti all'uopo necessari e di competenza provinciale ed aziendale.

La **Struttura** deve inviare all'**Azienda Sanitaria** secondo le modalità comunicate le informazioni sull'attività svolta in regime di privato pagante.

Art. 3 – Accesso alla prestazione

La prestazione "Prima visita ortopedica" sarà prenotata tramite il Centro Unico di prenotazione provinciale (CUPP) a cui spetta la ricollocazione degli appuntamenti in caso di chiusura programmata degli ambulatori della **Struttura**; il recupero deve avvenire entro 30 giorni.

Insofern das Ausmaß der Verschiebungen in einem Semester höher als 10% ist, wird der diesem Prozentsatz entsprechende Betrag vom Gesamtbetrag der im Semester gewährten Leistungen abgezogen.

Die **Struktur** muss die Verfügbarkeit von Vormerkkalender mit einer Zeitprojektion von mindestens 90 Tagen in Höhe von 80 % der Gesamtleistung und monatlich für die restlichen 20 % sicherstellen.

Die Übermittlung an ELVS muss bis zum 20. des Vormonats gemäß den Modalitäten, welche in einem Protokoll zwischen ELVS, **Struktur** und dem zuständigen Verwaltungsamt des **Sanitätsbetriebs** festgelegt wurden, erfolgen.

Der Zugang zu den Leistungen „Erste orthopädische Visite“ seitens der Bürger erfolgt eine ärztliche Verschreibung des Landesgesundheitsdienstes (LGD) oder des nationalen Gesundheitsdienstes (NGD) gemäß den Bestimmungen diesem Vertragsabkommen.

Der Arzt muss bei dem LGD/NGD bedienstet oder mit diesem vertragsgebunden sein.

Die Verschreibungen haben unbegrenzte Gültigkeit.

Bei der Annahme des Patienten muss die **Einrichtung** die Identität desselben und die Korrektheit der Verschreibung aufgrund der geltenden Bestimmungen einschließlich der Ticketbestimmungen überprüfen.

Die **Einrichtung** gewährleistet allen Nutzern einen gleichberechtigten Zugang zu den erbrachten Leistungen.

In Fällen von Einkommenssteuerbefreiung und aufgrund von Pathologie ist es das zuständige Amt des **Sanitätsbetriebes**, das das Recht überprüft und, falls nicht, die Zahlung verlangt.

Falls die oben genannten Bestimmungen nicht eingehalten werden, ist der **Sanitätsbetrieb** nicht verpflichtet, die entsprechenden Leistungen hinsichtlich der Vergütung anzuerkennen.

Im Sinne des Art. 36-bis Abs. 1 und 2 des Landesgesetzes Nr. 7 vom 05.03.2001 in geltender Fassung ist der Patient, der eine ambulante fachärztliche Leistung vorgemerkt hat und diese zum vereinbarten Zeitpunkt nicht wahrnehmen kann oder will, dazu angehalten, den vorgemerkten Termin innerhalb der Fristen und gemäß der Modalitäten, die von der Landesregierung auf Vorschlag des **Sanitätsbetriebes** festgelegt wurden, abzusagen. Andernfalls wird eine Verwaltungsstrafe auch gegenüber jenen Patienten verhängt, die aus irgendeinem Grund von der Kostenbeteiligung befreit sind.

Die **Einrichtung** ist verpflichtet, dem **Sanitätsbetrieb** die Namen der obengenannten Patienten gemäß den vereinbarten Modalitäten mitzuteilen (wenn dies nicht automatisch erfolgt).

Die Modalitäten der Erbringung von eventuellen fachärztlichen Leistungen für die Ergänzung von Diagnose

Se la percentuale di spostamento degli appuntamenti in un semestre è superiore al 10%, l'importo corrispondente a tale percentuale verrà detratto dall'importo totale delle prestazioni erogate nel semestre.

La **Struttura** deve garantire la disponibilità delle agende di prenotazione, con proiezione temporale di almeno 90 giorni nella misura dell'80% delle prestazioni complessive e mensilmente per la parte restante corrispondente al 20% . La comunicazione al CUPP deve avvenire entro il 20 del mese precedente secondo le modalità stabilite in un protocollo operativo tra CUPP, **Struttura** e Ufficio amministrativo competente dell' **Azienda Sanitaria**.

L'accesso alla prestazione "Prima vista ortopedica" da parte dei cittadini avviene con prescrizione medica del Servizio sanitario provinciale (SSP) o del Servizio sanitario nazionale (SSN) in conformità alle disposizioni di cui al presente accordo contrattuale.

Il medico prescrittore deve essere dipendente o convenzionato con il SSP/SSN.

Le prescrizioni hanno validità illimitata.

All'accettazione del paziente la **Struttura** è tenuta ad accertare l'identità dello stesso e la corretta compilazione dell'impegnativa in base alla normativa vigente, comprese le disposizioni inerenti al ticket.

Ciascun utente accede alle prestazioni erogate dalla **Struttura** secondo il principio di equità.

Nei casi di esenzione per reddito e per patologia sarà l'ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria** che ne verifica il diritto ed eventualmente in caso negativo, ne richiede il pagamento.

Qualora non vengano rispettate le sopra citate disposizioni, l'**Azienda Sanitaria** non è tenuta a riconoscere le relative prestazioni ai fini del pagamento.

Ai sensi dell'art. 36-bis comma 1 e 2 della Legge provinciale n. 7 del 05.03.2001 versione vigente il paziente, che abbia prenotato una prestazione specialistica ambulatoriale e non possa o non intenda presentarsi nel giorno e nell'ora fissati, è tenuto a disdire la prenotazione con preavviso secondo i tempi e le modalità definiti dalla Giunta provinciale su proposta dell'**Azienda Sanitaria**. In caso contrario verrà irrogata una sanzione amministrativa applicabile anche ai soggetti esenti per qualsiasi motivo dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

La **Struttura** è tenuta a comunicare i nominativi dei pazienti sopraccitati all' **Azienda Sanitaria** secondo le modalità concordate (se ciò non avviene in automatico).

Le modalità di erogazione di eventuali prestazioni di completamento diagnostico/terapeutico, erogate dalla

und Therapie, welche von der **Einrichtung** erbracht werden, werden in der Betriebsprozedur ID256/21 geregelt, das vom **Sanitätsdirektion** dieses **Sanitätsbetriebes** erstellt wird.

Art. 4 – Kostenbeteiligung

Die **Einrichtung** hebt direkt vom Patienten den Betrag des Tickets ein, falls dieser aufgrund der geltenden Bestimmungen geschuldet ist.

Art. 5 – Überprüfungen und Kontrollen

Der **Sanitätsbetrieb** und die **Einrichtung** überprüfen periodisch den Verlauf der Leistungserbringung und die Übereinstimmung derselben mit der Anlage des vorliegenden Vertragsabkommens. Der **Sanitätsbetrieb** darf jederzeit Inspektionen und Kontrollen unter Einhaltung der Bereichsbestimmungen durchführen.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich, die Aufsichtstätigkeit durch den **Sanitätsbetrieb** und die weiteren Tätigkeiten im Rahmen der Prüfungs- und Kontrollfunktionen des Landes zu unterstützen, indem sie das erforderliche Material und die benötigte Dokumentation für die Ausübung der Tätigkeit zur Verfügung stellt.

Eventuelle Nichterfüllungen in Bezug auf das vorliegende Vertragsabkommen werden der **Einrichtung** gegenüber förmlich von Seiten des **Sanitätsbetriebes** beanstandet. Innerhalb von 15 (fünfzehn) Tagen kann der gesetzliche Vertreter der **Einrichtung** oder sein Beauftragter Stellungnahmen und Erläuterungen vorlegen, vorbehaltlich des gerichtlichen Rechtsschutzes.

Der **Sanitätsbetrieb** überprüft auf der Grundlage der durch die geltenden Bestimmungen festgelegten Kriterien stichprobenartig die Übereinstimmung der Erbringungszeiten für die Leistungen in Bezug auf das bedienstete Personal.

Art. 6 – Pflichten des Sanitätsbetriebes

Der **Sanitätsbetrieb** gewährleistet die Funktionstüchtigkeit der Verbindung mit der ELVS und aller anderen Programme, die der **Einrichtung** zur Verfügung gestellt werden.

Art. 7 - Ausgabenhöchstgrenze für ambulanten Leistungen und stationäre Krankenhausbetreuung von Akutpatienten

Art. 7 sub1) Ausgabenhöchstgrenze für die ambulanten orthopädischen Leistungen: erste Visite und Kontrollvisite

Die Ausgabenhöchstgrenze setzt sich:

1) aus der Grundaushöchstgrenze, die während der Gültigkeit des Abkommens unverändert bleibt;

2) aus der variable Ausgabenobergrenze, welche jährlich gültig ist und wird gemäß Artikel 17 erneuert bzw.

struttura, sono disciplinate nella procedura aziendale ID 256/21 elaborato dalla direzione sanitaria di questa **Azienda Sanitaria**.

Art. 4 – Partecipazione alla spesa

Lo **Struttura** incassa direttamente dal paziente il costo del ticket, se dovuto in base alla vigente normativa.

Art. 5 – Verifiche e controlli

L' **Azienda Sanitaria** e la **Struttura** verificano periodicamente l'andamento della produzione e la coerenza di questo in relazione all'allegato al presente accordo contrattuale. L' **Azienda Sanitaria** potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto delle disposizioni in materia.

La **Struttura** si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'**Azienda Sanitaria**, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni provinciali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

Eventuali inadempienze al presente accordo contrattuale sono formalmente contestate dall' **Azienda Sanitaria** alla **Struttura**. Entro 15 (quindici) giorni il legale rappresentante della **Struttura** o suo delegato possono presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

L'**Azienda Sanitaria** esegue verifiche a campione sui tempi di erogazione delle prestazioni rapportate al personale in servizio, in base ai criteri stabiliti dalla normativa vigente.

Art. 6 – Obblighi dell'Azienda

L' **Azienda Sanitaria** garantisce il funzionamento dei collegamenti con il programma del CUPP e di tutti i programmi messi a disposizione della **Struttura**.

Art. 7 - Tetto di spesa per prestazioni ambulatoriali e di assistenza ospedaliera per ricoveri per acuti

Art. 7 sub 1) Tetto di spesa per prestazioni ortopediche ambulatoriali: prima visita e visita di controllo

Il tetto di spesa è composto dal:

1) tetto di spesa base, che corrisponde alla quota che rimane invariata nel corso della durata dell'accordo;

2) tetto di spesa variabile, valido annualmente e rinnovato/rivisto come previsto dall'art. 17; comprende

aktualisiert; sie enthält auch die Quote für Patienten, welche nicht in der Autonomen Provinz Bozen wohnen.

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich die Grund- und variable Ausgabenhöchstgrenze auf der Grundlage der Tarife des geltenden Tarifverzeichnisses der ambulanten fachärztlichen Leistungen zu vergüten.

Wenn nicht alle der angegebenen „Kontrollvisite“ durchgeführt werden, können die „Erste orthopädische Visite“ durchgeführt werden, sofern das Unterbudget 1) nicht überschritten wird.

Art. 7 sub 2) Ausgabenhöchstgrenze für die fachärztlichen Leistungen für die Ergänzung von Diagnose und Therapie

Die Ausgabenobergrenze wird pauschal berechnet und entspricht 20% der ökonomischen Grund- und der variablen Ausgabenhöchstgrenze der in Art. 7 Abs. 1) genannten Leistungen.

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich die Grund- und variable Ausgabenhöchstgrenze auf der Grundlage der Tarife des geltenden Tarifverzeichnisses der ambulanten fachärztlichen Leistungen zu vergüten.

Art. 7 sub 3) Ausgabenhöchstgrenze für die ambulanten chirurgischen Leistungen

Die Ausgabenhöchstgrenze setzt sich:

1) aus der Grundausgabenhöchstgrenze, die während der Gültigkeit des Abkommens unverändert bleibt;

2) aus der variable Ausgabenobergrenze, welche jährlich gültig ist und wird gemäß Artikel 17 erneuert bzw. aktualisiert.

Die für jeden Leistungen definierten Volumen dürfen nicht ausgetauscht werden, auch wenn das Unterbudget 3) nicht überschritten wird.

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich die betreffenden Leistungen auf der Grundlage der Tarife des geltenden Tarifverzeichnisses der ambulanten fachärztlichen Leistungen auch für die Patienten außer Provinz zu vergüten.

Die folgenden Leistungen bilden die jährliche grundlegende Ausgabenhöchstgrenze für die Gültigkeitsjahre des Vertragsabkommens (2021 und 2022): für das Jahr 2021 entsprechen sie auch den Gesamtleistungen (es gibt also keine variable Ausgabenhöchstgrenze für das Jahr 2021 entsprechen sie auch den Gesamtleistungen (es gibt also keine variable Ausgabenhöchstgrenze):

anche la quota per i pazienti non residenti in Provincia Autonoma di Bolzano.

L' **Azienda Sanitaria** si impegna a remunerare il tetto di spesa base e quello variabile in base alle tariffe vigenti del Nomenclatore Tariffario Provinciale per la specialistica ambulatoriale.

Qualora non tutte le visite di controllo indicate venissero erogate è possibile erogare "Prime visite ortopediche" purchè il sotto budget 1) non venga superato.

Art. 7 sub 2) Tetto di spesa per le prestazioni ambulatoriali di completamento diagnostico-terapeutico

Il tetto di spesa viene calcolato a forfait e corrisponde al 20% del tetto economico di base e variabile delle prestazioni di cui all'art. 7 comma sub 1).

L' **Azienda Sanitaria** si impegna a remunerare il tetto di spesa base e quello variabile in base alle tariffe vigenti del Nomenclatore Tariffario Provinciale per la specialistica ambulatoriale.

Art. 7 sub 3) Tetto di spesa per le prestazioni di chirurgia ambulatoriale

Il tetto di spesa è composto dal:

1) tetto di spesa base, che corrisponde alla quota che rimane invariata nel corso della durata dell'accordo;

2) tetto di spesa variabile, valido annualmente e rinnovato/rivisto come previsto dall'art. 17.

I volumi definiti per ciascuna prestazione non possono essere scambiati tra di loro anche se il sotto budget 3) non viene superato.

L' **Azienda Sanitaria** si impegna a remunerare le prestazioni in oggetto in base alle tariffe vigenti del Nomenclatore Tariffario Provinciale per la specialistica ambulatoriale anche per i pazienti di fuori provincia.

Le prestazioni di seguito elencate formano il tetto di spesa base annuale per gli anni di validità dell'accordo (2021 e 2022); per il 2021 corrispondono anche alle prestazioni complessive (non è previsto pertanto un tetto di spesa variabile):

**JÄHRLICHE ORTHOPÄDISCHE AMBULANTEN BASISLEISTUNGEN/GRUNDAUGABENHÖCHSGRENZE
PRESTAZIONI ORTOPEDICHE AMBULATORIALI ANNUALI/TETTO DI BASE**

	Leistungen / Prestazioni	Nr./ n.	Tarif/ Tariffa	Tetto di spesa base
89.7_31	ÄRZTLICHE VISITE - Fachärztliche Visite. Erstvisite VISITA GENERALE - Visita specialistica. Prima visita	1.500	36,15	54.225,00
89.01_33	Ortopädische Kontrollvisite Visita ortopedica di controllo	750	25,00	18.750,00
UNTER - SOTTO BUDGET 1)				72.975,00
*	fachärztlichen Leistungen für die Ergänzung von Diagnose und Therapie Prestazioni specialistiche di completamento diagnostico/terapeutico	FORFAIT		14.595,00
UNTER - SOTTO BUDGET 2)				14.595,00
PACs PAC	AMBULANTE CHIRURGISCHE LEISTUNGEN PRESTAZIONI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE	**		
04.43	DEKOMPRESSION DES KARPALTUNNELS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	25	825,00	20.625,00
82.91***	TENOLYSE AN DER HAND [bei schnellendem Finger] - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: procedure anestesiolgiche, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	30	1.1170,00	35.100,00
77.51	BURSEKTOMIE, MIT WEICHTEILKORREKTUR UND KORREKTUROSTEOTOMIE WEGEN HALLUX VALGUS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite ASPORTAZIONE DI BORSITE CON CORREZIONE DEI TESSUTI MOLLI ED OSTEOTOMIA CORRETTIVA PER ALLUCE VALGO - Include: procedure anestesiolgiche, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visita di controllo	50	1.684,00	84.200,00
77.56***	HAMMERZEH-/ KRALLenfingerkorrektur - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLLO/ARTIGLIO. Incluso: procedure anestesiolgiche, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	15	1.365,00	20.475,00
UNTER - SOTTO BUDGET 3)				160.400,00
Euro 247.970,00				

* Die Liste der fachärztlichen Leistungen für die Ergänzung von Diagnose und Therapie und die zugehörigen Tarife, welche gemäß der Betriebsprozedur ID 256/21 zu erbringen sind, sind Bestandteil dieses Abkommens.

* L'elenco delle prestazioni ambulatoriali di completamento diagnostico/terapeutico convenzionate e relative tariffe da erogarsi come da procedura aziendale ID 256/21 fanno parte integrante del presente accordo.

** die Anzahl der angegebenen ambulanten Leistungen werden für Patienten mit Wohnsitz in der Provinz Bozen berechnet.

** il numero delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale indicate sono calcolate per i pazienti residenti in provincia di Bolzano.

*** 82.91 - für Finger, die mehr als der erste in der gleichen Sitzung operiert werden, werden 60% der Gebühr für jeden Finger erhoben, was Euro 702,00 entspricht.

*** für Finger, die mehr als der erste in der gleichen Sitzung operiert werden, werden 60% der Gebühr für jeden Finger erhoben, was Euro 819,00 entspricht.

Die unten aufgeführten Leistungen sind für das Jahr 2021 entsprechen sie auch den Gesamtleistungen (es gibt also keine variable Ausgabenhöchstgrenze):

*** 82.91 - per le dita operate oltre il primo nella stessa seduta, si applica il 60% della tariffa per ciascun dito, pari a Euro 702,00.

*** per le dita operate oltre il primo nella stessa seduta, si applica il 60% della tariffa per ciascun dito, pari a Euro 819,00.

Le prestazioni di seguito elencate per il 2021 corrispondono anche alle prestazioni complessive (non è previsto pertanto un tetto di spesa variabile):

AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR DIE AMBULANTEN ORTOPÄDISCHEN LEISTUNGEN FÜR DAS JAHR 2021 TETTO DI SPESA PER PRESTAZIONI ORTOPEDICHE AMBULATORIALI PER L' ANNO 2021				
	Leistungen / Prestazioni	Nr./ n.	Tarif/ Tariffa	Tetto di spesa base
89.7_31	ÄRZTLICHE VISITE - Fachärztliche Visite. Erstvisite VISITA GENERALE - Visita specialistica. Prima visita	1.500	36,15	48.260,25
89.01_33	Ortopädische Kontrollvisite Visita ortopedica di controllo	750	25,00	16.675,00
UNTER - SOTTO BUDGET 1)				72.975,00
*	fachärztlichen Leistungen für die Ergänzung von Diagnose und Therapie Prestazioni specialistiche di completamento diagnostico/terapeutico			14.595,00
UNTER - SOTTO BUDGET 2)				14.595,00
PACs PAC	AMBULANTE CHIRURGISCHE LEISTUNGEN PRESTAZIONI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE	**		
04.43	DEKOMPRESSION DES KARPALTUNNELS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE - Incluso: procedure anestesiologiche, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	25	825,00	20.625,00
82.91***	TENOLYSE AN DER HAND [bei schnellendem Finger] - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: procedure anestesiologiche, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	30	1.170,00	35.100,00
77.51	BURSEKTOMIE, MIT WEICHTEILKORREKTUR UND KORREKTUROSTEOTOMIE WEGEN HALLUX VALGUS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite ASPORTAZIONE DI BORSITE CON CORREZIONE DEI TESSUTI MOLLI ED OSTEOTOMIA CORRETTIVA PER ALLUCE VALGO - Include: procedure anestesiologiche, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visita di controllo	50	1.684,00	84.200,00
77.56***	HAMMERZEH-/ KRALLenfingerkorrektur - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO. Incluso: procedure anestesiologiche, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	15	1.365,00	20.475,00

UNTER - SOTTO BUDGET 3)		160.400,00
Euro 247.970,00		

* Die Liste der fachärztlichen Leistungen für die Ergänzung von Diagnose und Therapie und die zugehörigen Tarife, welche gemäß der Betriebsprozedur ID 256/21 zu erbringen sind, sind Bestandteil dieses Abkommens.

** die Anzahl der angegebenen ambulanten Leistungen werden für Patienten mit Wohnsitz in der Provinz Bozen berechnet.

*** 82.91 - für Finger, die mehr als der erste in der gleichen Sitzung operiert werden, werden 60% der Gebühr für jeden Finger erhoben, was Euro 702,00 entspricht.

*** 77.56 - für Finger, die mehr als der erste in der gleichen Sitzung operiert werden, werden 60% der Gebühr für jeden Finger erhoben, was Euro 819,00 entspricht.

Die unten genannte Ausgabenobergrenze für die Patienten mit Wohnsitz außer Provinz wird pauschal berechnet und entspricht 10% der ökonomischen Grund- und der variablen Ausgabenhöchstgrenze der in Art. 7 Abs. 3) genannten Leistungen und bezieht sich nur auf diese.

* L'elenco delle prestazioni ambulatoriali di completamento diagnostico/terapeutico convenzionate e relative tariffe da erogare come da procedura aziendale ID 256/21 fanno parte integrante del presente accordo.

** il numero delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale indicate sono calcolate per i pazienti residenti in provincia di Bolzano.

*** 82.91 - per le dita operate oltre il primo nella stessa seduta, si applica il 60% della tariffa per ciascun dito, pari a Euro 702,00.

*** 77.56 - per le dita operate oltre il primo nella stessa seduta, si applica il 60% della tariffa per ciascun dito, pari a Euro 819,00.

Il tetto di spesa sottoindicato per i pazienti di fuori provincia viene calcolato a forfait e corrisponde al 10% del tetto economico di base e variabile delle prestazioni di cui all'art. 7 comma sub 3) e si riferisce solo alle stesse.

AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR PATIENTEN AUßER PROVINZ TETTO DI SPESA PER PAZIENTI FUORI PROVINCIA
Euro 16.040,00
AUSGABENHÖCHSGRENZE INSGESAM FÜR PATIENTEN FÜR DIE AMBULANTEN ORTOPÄDISCHEN LEISTUNGEN FÜR DAS JAHR 2021 TETTO DI SPESA COMPLESSIVO PER LE PRESTAZIONI ORTOPEDICHE AMBULATORIALI PER L'ANNO 2021
Euro 264.010,00

Die **Einrichtung** ist angehalten das ordentliche Leistungsangebot gleichmäßig auf 12 Monate zu verteilen, vorbehaltlich jener Ausnahmen, von der **Struktur** beantragt und vom zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebes** ermächtigt werden. Sollte dies nicht erfolgen, wird die Struktur im Rahmen der nächsten Vertragsverhandlung mit einer Strafe belegt.

Art. 7 sub 4) Ausgabenhöchstgrenze für stationäre Krankenhausbetreuung von Akutpatienten

Die Ausgabenhöchstgrenze setzt sich:

1) aus der Grundaushöchstgrenze, die während der Gültigkeit des Abkommens unverändert bleibt;

La **Struttura** è tenuta a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria su 12 mesi, fatte salve le eventuali eccezioni che dovranno essere autorizzate dall'ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria**. Qualora non lo facesse, verrà penalizzata nella successiva contrattazione.

Art. 7 sub 4) Tetto di spesa per assistenza ospedaliera in regime di ricovero per acuti

Il tetto di spesa è composto dal:

1) tetto di spesa base, che corrisponde alla quota che rimane invariata nel corso della durata dell'accordo;

2) aus der variable Ausgabenobergrenze, welche jährlich gültig ist und wird gemäß Artikel 17 erneuert bzw. aktualisiert.

2) tetto di spesa variabile, valido annualmente e rinnovato/rivisto come previsto dall'art. 17.

Die Ausgabenhöchstgrenze für Patienten, welche nicht in der Autonomen Provinz Bozen wohnen, entspricht dem Betrag, der ihnen gemäß Abs. 574 des Gesetzes 208 vom 28. Dezember 2015 (Stabilitätsgesetz 2016) zugewiesen wird.

Il tetto di spesa per pazienti non residenti in Provincia Autonoma di Bolzano corrisponde alla quota destinata agli stessi ai sensi del comma 574 della legge 28 dicembre 2015, 208 (Legge di stabilità 2016).

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich die Grund- und variable Ausgabenhöchstgrenze auf der Grundlage der vereinbarten Tarife zu vergüten.

L' **Azienda Sanitaria** si impegna a remunerare il tetto di spesa base e quello variabile in base alla tariffa concordata.

Die folgenden Leistungen bilden die jährliche grundlegende Ausgabenhöchstgrenze für die Gültigkeitsjahre des Vertragsabkommens (2021 und 2022): für das Jahr 2021 entsprechen sie auch den Gesamtleistungen (es gibt also keine variable Ausgabenhöchstgrenze für das Jahr 2021 entsprechen sie auch den Gesamtleistungen (es gibt also keine variable Ausgabenhöchstgrenze).

Le prestazioni di seguito elencate formano il tetto di spesa base annuale per gli anni di validità dell'accordo (2021 e 2022); per il 2021 corrispondono anche alle prestazioni complessive (non è previsto pertanto un tetto di spesa variabile)

stationäre Krankenhausbetreuung von Akutpatienten – jährliche Grundaussgabenhöchstgrenze assistenza ospedaliera in regime di ricovero per acuti - tetto base annuale				
DRG	Leistungen / Prestazioni	Nr./ n.	Tarif/ Tariffa	Tetto di spesa base
544	Ersatz größerer Gelenke oder Reimplantation der unteren Extremitäten Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	38	9.750,00	370.500,00
545	Revision eines Hüft- oder Kniegelenksersatzes Revisione di sostituzione all'anca o del ginocchio	2	11.500,00	23.000,00
Euro 393.500,00				

Es ist möglich, von der DRG 545 auf die 544 zu überweisen und umgekehrt, wobei immer die Gesamtausgabenhöchstgrenze des Vertragsabkommens unter Ausschluss der Gesamtausgabenhöchstgrenze für Patienten von außerhalb der Provinz eingehalten wird.

E' possibile un travaso dal DRG 545 al 544 e viceversa rimanendo sempre comunque nel tetto complessivo dell'accordo con esclusione del tetto complessivo per i pazienti di fuori provincia.

Die unten aufgeführten Leistungen sind die grundlegenden Leistungen, deren Wert die gesamte Ausgabenhöchstgrenze für das Jahr 2021 bilden:

Le prestazioni di seguito elencate sono le prestazioni di base, il cui valore forma il tetto di spesa complessivo per l'anno 2021:

AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR DAS JAHR 2021 TETTO DI SPESA PER L' ANNO 2021				
DRG	Leistungen / Prestazioni	Nr./ n.	Tarif/ Tariffa	Tetto di spesa
544	Ersatz größerer Gelenke oder Reimplantation der unteren Extremitäten Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	38	9.750,00	370.500,00
545	Revision eines Hüft- oder Kniegelenksersatzes Revisione di sostituzione all'anca o del ginocchio	2	11.500,00	23.000,00
Euro 393.500,00				

Es ist möglich, von der DRG 545 auf die 544 zu überweisen und umgekehrt, wobei immer die Gesamtausgabenhöchstgrenze des Vertragsabkommens unter Ausschluss der Gesamtausgabenhöchstgrenze für Patienten von außerhalb der Provinz eingehalten wird.

E' possibile un travaso dal DRG 545 al 544 e viceversa rimanendo sempre comunque nel tetto complessivo dell'accordo con esclusione del tetto complessivo per i pazienti di fuori provincia .

AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR PATIENTEN AUßER PROVINZ TETTO DI SPESA PER PAZIENTI FUORI PROVINCIA
Euro 492.750,00
AUSGABENHÖCHSGRENZE INSGESAM FÜR STATIONÄRE KRANKENHAUSBETREUUNG VON AKUTPATIENTEN FÜR DAS JAHR 2021 TETTO DI SPESA COMPLESSIVO PER ASSISTENZA OSPEDALIERA DI RICOVERO PER ACUTI PER L'ANNO 2021
Euro 886.250,00

Die **Einrichtung** stellt die Operationslisten der ärztlichen Direktion des zuständigen Krankenhauses gemäß den mit dieser vereinbarten Verfahren zur Verfügung.

La **Struttura** mette a disposizione della direzione medica dell'ospedale territorialmente afferente le liste operatorie secondo le modalità concordate con la stessa.

Die **Einrichtung** ist angehalten das ordentliche Leistungsangebot gleichmäßig auf 12 Monate zu verteilen, vorbehaltlich jener Ausnahmen, von der **Struktur** beantragt und vom zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebes** ermächtigt werden. Sollte dies nicht erfolgen, wird die Struktur im Rahmen der nächsten Vertragsverhandlung mit einer Strafe belegt.

La **Struttura** è tenuta a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria su 12 mesi, fatte salve le eventuali eccezioni che dovranno essere richieste dalla **Struttura** ed autorizzate dall'ufficio competente dell' **Azienda Sanitaria**. Qualora non lo facesse, verrà penalizzata nella successiva contrattazione.

Art. 7 Sub 5) Ausgabenhöchstgrenze für dringende Trauma-Krankenhausaufenthalte

Die Ausgabenhöchstgrenze setzt sich:

1) aus der Grundaushöchstgrenze, die während der Gültigkeit des Abkommens unverändert bleibt;

2) aus der variable Ausgabenobergrenze, welche jährlich gültig ist und wird gemäß Artikel 17 erneuert bzw. aktualisiert.

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich die Grund- und variable Ausgabenhöchstgrenze auf der Grundlage der geltenden Tarife der Krankenhausaufenthalte für Akutfälle - Kategorie B zu vergüten.

Nach Anweisung zum chirurgischen Eingriff schickt der Facharzt der öffentlichen Einrichtung den Patienten in die **Einrichtung** gemäß der von der Sanitätsdirektion dieses **Sanitätsbetriebes** ausgearbeiteten Betriebsprozedur ID 256/21 geschickt.

Art. 7 sub 5) Tetto di spesa per ricoveri traumatologici urgenti

Il tetto di spesa è composto dal:

1) tetto di spesa base, che corrisponde alla quota che rimane invariata nel corso della durata dell'accordo;

2) tetto di spesa variabile, valido annualmente e rinnovato/rivisto come previsto dall'art. 17.

L' **Azienda Sanitaria** si impegna a remunerare il tetto di spesa base e quello variabile in base alla tariffa vigente del tariffario delle prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero - fascia B.

Dopo aver posto l'indicazione ad intervento chirurgico, il medico specialista della struttura pubblica invia il paziente alla **Struttura** secondo la procedura aziendale ID 256/21 elaborata dalla direzione sanitaria di questa **Azienda Sanitaria**.

**Typologie der dringenden jährlichen Trauma-Krankenhausaufenthalte/Grundausgabenhöchstgrenze
Tipologia di ricoveri traumatologici urgenti annuali /tetto di base**

DRG	Leistungen / Prestazioni	Tarif/ Tariffa	
		Ordentlicher Aufenthalt Ricovero ordinario	1 Tag Aufenthalt Ricovero 1 giorno
210	Eingriffe an Hüfte u. Oberschenkelknochen, außer größere Gelenke, Alter > 17, mit Komplik. Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, età > 17 con CC	8.600,00	1.998,00
211	Eingriffe an Hüfte u. Oberschenkelknochen, außer größere Gelenke, Alter > 17, ohne Komplik. Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, età > 17 senza CC	5.900,00	1.883,00
218	Eingriffe an Hüfte u. Oberschenkelknochen, außer größere Gelenke, Alter > 17, mit Komplik. Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, età > 17 con CC	7.300,00	2.172,00
219	Eingriffe an Hüfte u. Oberschenkelknochen, außer größere Gelenke, Alter > 17, ohne Komplik. Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, età > 17 senza CC	5.077,00	1.825,00
224	Eingriffe an Schulter, Ellbogen oder Unterarm, außer Größere Eingriffe an Gelenke, ohne Komplik Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza cc	3.600,00	1.513,00
225	Eingriffe am Fuß Interventi sul piede	3.295,00	1.492,00
226	Eingriffe an Weichteilen, mit Komplik Interventi su tessuti molli con cc	5.648,00	1.867,00
227	Eingriffe an Weichteilen, ohne Komplik Interventi su tessuti molli senza cc	1.955,00	886,00
229	Eingriffe an Hand o. Handgelenk, außer größerer Eingriffe an Gelenken, ohne Komplik Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	2.832,00	1.414,00
233	Andere Eingriffe an Knochen-, Muskel- und Bindegewebe, mit Komplik Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con cc	7.836,00	2.714,00
234	Andere Eingriffe an Knochen-, Muskel- und Bindegewebe, ohne Komplik Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza cc	3.980,00	1.492,00
538	Lokale Exzision und Entfernung von internem Osteosynthesematerial, außer Hüfte und Femur ohne Komplik Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza complicanze	2.211,28	2.100,72
Euro 538.781,00			

Bei dringenden Krankenhausaufenthalten ist es nicht möglich, eine beliebige Menge nach Art zu bestimmen, sondern nur die Grundausgabenhöchstgrenze. Essendo ricoveri urgenti non è possibile stabilire alcuna quantità per tipologia ma solo il tetto di base.

AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR DAS JAHR 2021

TETTO DI SPESA PER L'ANNO 2021
Euro 538.781,00
AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR PATIENTEN AUßER PROVINZ TETTO DI SPESA PER PAZIENTI FUORI PROVINCIA
Euro 53.878,00
AUSGABENHÖCHSGRENZE INSGESAMT FÜR DRINGENDE TRAUMA- KRANKENHAUSAUFENTHALTE TETTO DI SPESA COMPLESSIVO PER RICOVERI TRAUMATOLOGICI URGENTI FÜR DAS JAHR - PER L'ANNO 2021
Euro 592.659,00

Bestimmungen allgemeinen

Die nachstehend aufgeführten Bestimmungen beziehen sich auf Artikel 7 sub 1), sub 2), sub 3) sub 4) und sub 5)

Der **Sanitätsbetrieb** ist verpflichtet, die Einhaltung der einzelnen Ausgabenhöchstgrenze/unter Budget/Anzahl der Dienstleistungen zu überwachen und die Einhaltung der für jede Art von Dienstleistung gemachten Angaben zu überprüfen, unter Androhung der Nichtanerkennung von Dienstleistungen, die unter Nichtbeachtung derselben erbracht wurden:

Für den Fall, dass eine **Einrichtung** nicht in der Lage ist, das Budget für vertraglich vereinbarte Dienstleistungen zu verwenden, ist es möglich das Budget oder einen Teil des Budgets mit Zustimmung der betroffenen **Einrichtung** und für dieselbe Leistungsart, für welche es vorgesehen ist, auf eine andere Einrichtung zu verlegen.

Die Leistungen, die im Bezugsjahr nicht erbracht wurden, können im folgenden Jahr nicht mehr erbracht werden.

Die **Struktur** kann Leistungen bis zu dem sich aus dem vertraglichen Vertragsabkommen ergebenden Jahresvolumen erbringen, es sei denn, der **Sanitätsbetrieb** hält es unter Angabe von Gründen für erforderlich, dieses Volumen zu erhöhen.

Art. 8 – Personal

Disposizioni di carattere generale

Le disposizioni di seguito elencate si riferiscono all'art. 7 sub 1), sub2), sub3), sub 4) e sub 5).

L' **Azienda Sanitaria** è tenuta a monitorare il rispetto di ciascun tetto di spesa/sotto – budget/numero di prestazioni e verificare che le indicazioni date per ciascuna tipologia di prestazioni sia osservata, pena il non riconoscimento delle prestazioni erogate in violazione delle stesse.

Nel caso in cui una **Struttura** non riesca ad utilizzare il budget per le prestazioni contrattate, l' **Azienda Sanitaria** può trasferire il budget o parte del budget ad un'altra **Struttura** per la stessa tipologia di prestazione per cui è previsto.

Le prestazioni non erogate nell'anno di riferimento, non possono essere erogate l'anno successivo.

La **Struttura** potrà erogare prestazioni fino al volume annuale risultante dall'accordo contrattuale, salvo che l' **Azienda Sanitaria** non ritenga di doverlo aumentare motivandolo.

Art. 8 – Personale

Die **Einrichtung** gewährleistet das notwendige qualifizierte Personal für die zu erbringenden Leistungen.

Diesbezüglich verpflichtet sie sich, dem **Sanitätsbetrieb** jegliche Abänderung des Personalstandes unverzüglich schriftlich mitzuteilen; dies gilt sowohl für das bedienstete als auch für das freiberufliche Personal.

In diesem Zusammenhang muss der Personalstand auf jeden Fall ausreichend sein, um die Durchführung der Leistungen unter Einhaltung der diesbezüglichen Mindestbringensdauer zu gewährleisten.

Art. 9 – Zusatzleistungen im Falle eines Aufenthalts

Zu Lasten des Betreuten gehen die nicht-sanitären Zusatzleistungen, sowie besondere Leistungen für Wohnkomfort (Sonderzimmer); das entsprechende Tarifverzeichnis muss den Interessierten (Betreute oder/und Angehörige) bei der Einweisung zur Kenntnis gebracht und durch Unterschrift bestätigt werden.

Art. 10 – Datenfluss

a) Ambulante fachärztliche Leistungen (Art. 7 sub 1), sub 2) und sub 3)

Die **Einrichtung** übermittelt dem **Sanitätsbetrieb** monatlich in elektronischer Form innerhalb der ersten Woche des darauffolgenden Monats alle Daten in Bezug auf die im vorhergehenden Monat erbrachten Leistungen und die diesbezüglichen Verschreibungen und/oder andere Unterlagen, die für bestimmte Dienstleistungen gemäß dem genehmigten Verfahren erforderlich sind.

Auf der Rückseite jeder Verschreibung oder auf einem separaten Dokument muss nebst dem Datum der Erbringung, auch die Unterschrift des Patienten oder, im Falle der Informatisierung der Prozedur, die Bestätigung über die in Anspruch genommene Leistung aufscheinen. Die Unterschrift muss leserlich sein und vom Patienten zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung angebracht werden.

Fehlen die Unterschriften oder die elektronische Bestätigung, übernimmt der **Sanitätsbetrieb** die Kosten der Leistung nicht.

Die **Einrichtung** übermittelt die Daten zudem innerhalb der festgesetzten Frist direkt an das Ministerium für Wirtschaft und Finanzen, vorbehaltlich anderslautender Bestimmungen.

b) stationäre Krankenhausbetreuung von Akutpatienten und dringenden Trauma-Krankenhausaufenthalte (Art. 7 sub 4) und sub 5)

Die **Einrichtung** gewährleistet der Datenübermittlung betreffend die stationäre Krankenhausbetreuung laut den Leitlinien für die Verwaltung des Krankenhausentlassungsbogen (KEB) laut die geltenden Bestimmungen.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich die von den Bestimmungen vorgesehenen Daten den zuständigen Körperschaften in der vorgesehen Form zu liefern.

La **Struttura** garantisce il necessario personale qualificato in relazione alle prestazioni da erogarsi.

A tale proposito si impegna a comunicare tempestivamente per iscritto all'**Azienda Sanitaria** qualsiasi variazione riguardo alla dotazione di personale dipendente o libero professionale.

In tale contesto il personale in dotazione deve essere comunque sufficiente a garantire l'esecuzione delle prestazioni nel rispetto dei relativi tempi minimi di erogazione.

Art. 9 – Prestazioni integrative in caso di ricovero

Sono a carico dell'assistito le prestazioni integrative di carattere non sanitario nonché le particolari condizioni di conforto ambientale (camere speciali); il tariffario relativo deve essere portato a conoscenza degli interessati (assistiti e/o congiunti) all'atto dell'ammissione e sottoscritto per accettazione.

Art. 10 – Flusso dati

a) Prestazioni di specialistica ambulatoriale (art. 7 sub1), sub 2) e sub 3)

La **Struttura** invia in forma informatizzata all'**Azienda Sanitaria** a cadenza mensile entro la prima settimana del mese successivo tutti i dati relativi alle prestazioni erogate nel mese precedente, le relative impegnative e/o altra documentazione previste per alcune prestazioni secondo la procedura approvata.

Sul retro di ogni impegnativa o su separato documento dovrà comparire, accanto alla data di erogazione, anche la firma del paziente o, in caso di informatizzazione della procedura, la conferma della fruizione della prestazione. La firma, che dovrà essere leggibile, deve essere apposta dal paziente al momento della fruizione della prestazione.

In difetto di tali firme o della conferma informatica, l'**Azienda Sanitaria** non assume il costo della prestazione.

La **Struttura** invia altresì i dati entro la scadenza prestabilita direttamente al MEF, salvo diverse disposizioni.

b) Assistenza ospedaliera per ricoveri per acuti e per ricoveri traumatologici urgenti (art. 7 sub 4) e sub 5)

La **Struttura** assicura l'invio dei dati inerenti all'attività di ricovero svolto secondo la procedura "Linee guida per la gestione della Scheda di dimissione Ospedaliera (SDO)" secondo la normativa vigente.

La **Struttura** si impegna a fornire agli enti competenti i dati indicati dalle disposizioni nei termini e nella forma prevista.

c) Bestimmungen allgemeinen

Die **Einrichtung** verpflichtet sich, jeder von der Landesverwaltung geforderten Änderung in Bezug auf die Modalitäten der Datenübermittlung nachzukommen (vor allem Änderungen der Datenstruktur).

Art. 11 – Zahlungsart

a) Ambulante fachärztliche Leistungen

Nach Erhalt der im vorigen Artikel angeführten Daten übermittelt der **Sanitätsbetrieb** der **Einrichtung**, unter Berücksichtigung der gemäß Art. 4 bereits eingelösten Summe, eine diesbezügliche Aufstellung der Leistungen.

Bei Übermittlung der Verschreibungen und vorherigen oder kontextbezogenen Genehmigungen (gleiches Datum) und/oder anderer Unterlagen, die gemäß der von der Sanitätsdirektion erstellten Betriebsprozedur ID 256/21 für bestimmte Leistungen erforderlich sind, nach Erhalt des oben erwähnten Prospekts, wird die **Einrichtung** dem **Sanitätsbetrieb**, die Rechnung in elektronischer Form aufgrund der geltenden Bestimmungen übermitteln.

Das Fehlen der im vorstehenden Absatz genannten Genehmigung und/oder anderer Unterlagen oder deren Datierung nach Erbringung der Leistung führt zur Nichtvergütung der betreffenden Leistung.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich in ein und derselben Rechnung zwischen Leistungen, die für das ordentliche Budget, für das Garantiebudget erbracht werden zu unterscheiden.

b) Stationäre Krankenhausbetreuung von Akutpatienten und dringenden Trauma-Krankenhausaufenthalte

Die in Art. 7 sub 4 und sub 5) genannten Leistungen werden gegen Vorlage der Dokumentation vergütet, die in der von der Sanitätsdirektion erstellten Betriebsprozedur ID 256/21 oder vom zuständigen Verwaltungsamt verlangt wird.

c) Bestimmungen allgemeinen

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich, die Rechnung innerhalb von 45 (fünfundvierzig) Tagen ab dem Datum des Erhalts zu vergüten.

Die Vornahme der Zahlung der in Rechnung gestellten Leistungen schließt eine nachfolgende Beanstandung von nicht geschuldeten Beträgen durch den **Sanitätsbetrieb** innerhalb der Verjährungsfrist nicht aus, wenn sich aufgrund nachfolgender Kontrollen ergeben sollte, dass die Leistungen in Abweichung der verwaltungsrechtlichen Voraussetzungen und der klinischen Angemessenheit erbracht wurden.

Sie schließt nicht aus, dass dieser **Sanitätsbetrieb** die Rückerstattung der Beträge verlangen kann, die für

c) Disposizioni generali

La **Struttura** si obbliga ad adeguarsi ad eventuali modifiche alle procedure di invio dei dati richiesti dall'Amministrazione provinciale (soprattutto cambiamenti del tracciato record).

Art. 11 – Modalità di pagamento

a) Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Ricevuti i dati di cui all'articolo precedente, l'**Azienda Sanitaria** invia alla **Struttura** il relativo prospetto delle prestazioni, tenendo presente l'importo già incassato in base all'art. 4.

Alla consegna delle impegnative e delle autorizzazioni preventive o contestuali (stessa data) e/o altra documentazione prevista per alcune prestazioni come da procedura aziendale ID 256/21 elaborato dalla direzione sanitaria, dopo il ricevimento del prospetto sopraccitato, la **Struttura** invia all'**Azienda Sanitaria**, la fattura in formato elettronico secondo la normativa vigente.

La mancanza dell'autorizzazione e/o altra documentazione di cui al comma precedente o la loro datazione a posteriori rispetto all'erogazione della prestazione, comporta la non remunerazione della relativa prestazione.

La **Struttura** si impegna a distinguere nella stessa fattura le prestazioni erogate con budget ordinario, con budget di garanzia.

b) Assistenza ospedaliera per ricoveri per acuti e per ricoveri traumatologici urgenti

Le prestazioni di cui all'art. 7 sub 4) e 5) vengono remunerate dietro presentazione della documentazione prevista dalla procedura aziendale ID 256/21 elaborata dalla direzione sanitaria o richiesta dall'ufficio amministrativo competente.

c) Disposizioni generali

L'**Azienda Sanitaria** si impegna a liquidare la fattura entro 45 (quarantacinque) giorni dalla data del suo ricevimento.

Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'**Azienda Sanitaria** per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.

Non esclude altresì che questa **Azienda Sanitaria** chieda la ripetizione degli importi liquidati per le prestazioni

Leistungen an Patienten außerhalb der Provinz gezahlt wurden, wenn diese angefochten und bei der Entschädigung für interregionale Mobilität nicht anerkannt werden.

Art. 12 – Aussetzung und Auflösung des Vertragsabkommens

Der Widerruf der Ermächtigung für die Ausübung der Tätigkeit oder der Widerruf der Akkreditierung der **Einrichtung** bewirkt die automatische und gleichzeitige Auflösung des vorliegenden Vertragsabkommens. Gleichfalls bewirkt die Aussetzung der Ermächtigung für die Ausübung der Tätigkeit oder der Akkreditierung der Einrichtung die automatische und gleichzeitige Aussetzung der Wirksamkeit des vorliegenden Vertragsabkommens.

Sofern eine Partei die Nichterfüllung einer oder mehrerer Verpflichtungen des vorliegenden Vertragsabkommens feststellt, ist sie zur Leistungsaufforderung gemäß Art. 1454 ZGB ermächtigt. In jedem Fall bleibt die Haftung der nichterfüllenden Partei gemäß Art. 1218 ZGB aufrecht.

Die Parteien vereinbaren, dass im Falle schwerwiegender und wiederholter Nichterfüllungen der in den vorhergehenden Artikeln vorgesehenen Verpflichtungen seitens der **Einrichtung** und des **Sanitätsbetriebes**, die vertragserfüllende Partei die Möglichkeit der einseitigen Auflösung des Vertragsabkommens hat, mittels einer mit elektronisch zertifizierter Post - „PEC“ übermittelten Mitteilung zu erfolgen hat.

Im Falle der schwerwiegenden Nichterfüllung einer oder mehrerer vom vorliegenden Vertragsabkommen vorgesehenen Vertragspflichten kann, vorbehaltlich der förmlichen Beanstandung der Nichterfüllung, das vorliegende Vertragsabkommen von der beanstandenden Partei für die Dauer von mindestens drei (3) Monaten bis höchstens zwölf (12) Monaten ausgesetzt werden.

Im Falle der teilweisen Nichterfüllung von vom vorliegenden Vertragsabkommen vorgesehenen Vertragsklauseln oder Bedingungen, welche nicht von geringfügiger Bedeutung sind, kann die beanstandende Partei, stets vorausgesetzt der vorhergehenden förmlichen Beanstandung, die Wirksamkeit des vorliegenden Vertragsabkommens, auch teilweise, für die Dauer von mindestens 30 (dreißig) und höchstens 90 (neunzig) Tagen aussetzen.

In allen von diesem Artikel vorgesehenen Fällen der Aussetzung der Wirksamkeit des Vertragsabkommens begründet die Erbringung von Leistungen durch die **Einrichtung** keine Pflichten zu Lasten des **Sanitätsbetriebes**.

Im Zusammenhang mit hochkomplexen Krankenhausaufenthalten (DRG 544 und 545) behält sich der **Sanitätsbetrieb** das Recht vor, bei fehlender Verbesserung der jährlichen interregionalen passiven Gesundheitsmobilität einseitig die Reduzierung der gleichen Leistungen oder die Beendigung des laufenden Vertragsabkommens zu bewerten.

erogate a pazienti di fuori provincia qualora le stesse venissero contestate e non riconosciute in sede di compensazione per la mobilità interregionale.

Art. 12 – Sospensione e risoluzione dell'accordo contrattuale

La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento della **Struttura** determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente accordo contrattuale. Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente accordo contrattuale.

Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente una o più obbligazioni del presente accordo contrattuale, sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art. 1454 cc. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 cc della parte inadempiente.

Le parti convengono che in ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati della **Struttura** e dell'**Azienda Sanitaria** alle obbligazioni di cui ai precedenti articoli del presente accordo contrattuale, la parte adempiente avrà facoltà di risolvere unilateralmente l'accordo contrattuale mediante comunicazione da inviarsi con posta elettronica certificata (PEC).

In caso di inadempimento grave concernente una o più obbligazioni contrattuali previsti dal presente accordo contrattuale, purché contestati formalmente, il presente accordo contrattuale può essere sospeso da un minimo di 3 (tre) mesi ad un massimo di 12 (dodici) mesi dalla parte che ha contestato.

In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente accordo contrattuale, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale dello stesso per un periodo minimo di 30 (trenta) giorni e massimo di 90 (novanta) giorni.

In tutte le ipotesi di sospensione dell'efficacia contrattuale di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla **struttura** non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti di questa **Azienda Sanitaria**.

Nell'ambito delle prestazioni di ricovero ad alta complessità (DRG 544 e 545) qualora non vi sia un miglioramento della mobilità sanitaria passiva interregionale annua, l' **Azienda Sanitaria** si riserva di valutare unilateralmente la riduzione delle stesse prestazioni o la risoluzione dell'accordo contrattuale vigente.

Der **Sanitätsbetrieb** behält sich auch das Recht vor, einseitig die Reduzierung der gleichen Leistungen zu bewerten, wenn das medizinische Personal der Einrichtung hochkomplexe Leistungen für Patienten mit Wohnsitz in der Provinz in Einrichtungen außerhalb der Provinz erbringt.

Wenn gegen den gesetzlichen Vertreter der **Einrichtung**, gegen den wegen Straftaten gegen die Öffentliche Verwaltung ermittelt wird, die im Zusammenhang mit der aus dem vorliegenden Vertragsabkommen resultierenden Tätigkeiten stehen, das Hauptverfahren eingeleitet wird, muss das vorliegende Vertragsabkommen bis zur endgültigen Entscheidung des Gerichtsverfahrens in all seinen Instanzen ausgesetzt werden.

Das vorliegende Vertragsabkommen gilt weiteres als aufgelöst, falls der gesetzliche Vertreter der **Einrichtung** wegen einer Straftat gegen die Öffentliche Verwaltung verurteilt wird, die auf Sachverhalte zurückgehen, die im direkt anzulasten sind.

Art. 13 - Haftungsausschluss

Die **Einrichtung** übernimmt die Haftung für sämtliche Schäden, die aufgrund ihrer eigenen Unterlassung, Nachlässigkeit oder Nichterfüllung bei der Ausführung der vertraglich vereinbarten Leistungen entstehen können und verpflichtet sich, den LGD von etwaigen Schadensersatzforderungen seitens Dritter schadlos zu halten, die ihm gegenüber aufgrund von Handlungen, Unterlassungen oder Ereignissen geltend gemacht werden könnten, die aus der Ausführung des vorliegenden Vertragsabkommens entstehen.

Art. 14 - Schutzklausel

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Vertragsabkommens nimmt die **Einrichtung** ausdrücklich, vollumfänglich und bedingungslos den Inhalt und die Wirkungen der Maßnahmen an, welche die Ausgabenhöchstgrenze und die Tarife bestimmen, sowie auch alle weiteren vorausgesetzten oder damit zusammenhängenden Akte, welche den Inhalt der vorliegenden Abmachung bestimmen.

Art. 15 - Datenverarbeitung

Die Vertragsparteien verpflichten sich zur Einhaltung der geltenden Bestimmungen im Bereich des Schutzes der personenbezogenen Daten (EU-Verordnung Nr. 679/2016 und GVD Nr. 196/2003, abgeändert durch das GVD Nr. 101/2018).

Die Vertragspartner vereinbaren, dass der **Sanitätsbetrieb** als Rechtsinhaber der personenbezogenen Daten der Patienten, durch einen getrennten Akt die **Einrichtung** als Verantwortlichen für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten gemäß Art. 28 der EU Verordnung Nr. 679/2016 ernennen wird.

L' **Azienda Sanitaria** si riserva altresì di valutare unilateralmente la riduzione delle stesse prestazioni qualora il personale medico della **Struttura** eroghi le prestazioni di alta complessità a pazienti residenti in provincia in strutture ubicate fuori provincia.

Nel caso in cui il legale rappresentante della **Struttura**, indagato per reati contro la pubblica amministrazione connessi all'esercizio dell'attività di cui al presente accordo contrattuale, venga rinviato a giudizio, l'accordo contrattuale medesimo viene sospeso fino ad esito del giudizio in tutte le sue fasi e gradi.

Il presente accordo contrattuale si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante della **Struttura** per fatti ad esso direttamente imputabili.

Art. 13- Clausola di manleva

La **Struttura** assume ogni responsabilità per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSP da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del presente accordo contrattuale.

Art. 14 - Clausola di salvaguardia

Con la sottoscrizione del presente accordo contrattuale la **Struttura** accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi in quanto atti determinanti il contenuto del presente accordo contrattuale.

Art. 15 - Trattamento dei dati

Le parti si impegnano ad osservare le disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016 e Dlgs n. 196/2003 così come modificato dal Dlgs. n. 101/2018).

Le parti convengono che l'**Azienda Sanitaria** in qualità di titolare del trattamento dei dati personali dei pazienti provvederà con atto separato alla presente, alla nomina della **Struttura** a responsabile del trattamento dei dati così come previsto dall'art. 28 del Regolamento UE n. 679/2016.

Art. 16 - Ethikkodex, Dreijahresplanes zur Vorbeugung der Korruption und Kodex der Dienst- u. Verhaltenspflichten

Die **Einrichtung** erklärt, dass sie den Ethikkodex des **Sanitätsbetriebes** sowie den Dreijahresplanes zur Vorbeugung der Korruption laut Gesetz Nr. 190/2012 und den Kodex der Dienst- u. Verhaltenspflichten laut DPR Nr. 62/2013, die auf der Webseite des Gesundheitsbetriebes veröffentlicht sind, eingesehen hat und vollinhaltlich annimmt.

Die **Einrichtung** verpflichten sich bei der Durchführung der Tätigkeiten im Zusammenhang mit diesem Vertragsabkommen die Grundsätze der oben angeführten Vorschriften zu beachten und ist sich bewusst, dass die Verletzung der normativen Bestimmungen, die in den obgenannten Dokumenten enthalten sind, so wie auch die Verletzung der zitierten Vorschriften, eine vertragliche Nichterfüllung darstellen, die im proportionalen Verhältnis zur Schwere bis zur Auslösung des Vertragsabkommens führen können.

Art. 17 – Dauer und Aktualisierung

Das gegenständliche Vertragsabkommen hat eine Gültigkeit vom 15.12.2020, aber dieser Text ist vom 12.01.2021 bis zum 31.12.2022 gültig, falls er nicht von einem der beiden Vertragspartner mindestens 30 (dreißig) Tage vorher mittels elektronisch zertifizierter Post - „PEC“ gekündigt wird.

Die Vorschriften leistungsbezogener und wirtschaftlicher Natur, wovon Art. 7 sub 1), sub 2), sub 3) sub 4) und sub 5) welche sich auf die Grundbedürfnisse bezieht, können für das Jahr 2022 mittels PEC erneuert/aktualisiert werden.

Sollte auch die Grundausbauhöchstgrenze im Einvernehmen mit der **Struktur** aktualisiert werden, ergreift der **Sanitätsbetrieb** eine Maßnahme.

In Erwartung des Erlasses der neuen wirtschaftlichen Maßnahme behalten die leistungsbezogenen und wirtschaftlichen Vorschriften des vorhergehende Jahres Gültigkeit, vorbehaltlich einer anderslautenden schriftlichen Regelung des **Sanitätsbetriebes**.

Falls die Parteien nicht während der Laufzeit schaffen zum Abschluss eines neuen Vertragsabkommens zu kommen, hat der **Sanitätsbetrieb** die Möglichkeit, um die Betreuungskontinuität zu gewährleisten, eine technische Verlängerung des vorliegenden Vertragsabkommens für einen Zeitraum von höchstens sechs Monaten mit einer Vorankündigungsfrist von mindestens 30 Tagen zu aktivieren, vorbehaltlich einer ausdrücklichen Mitteilung des **Sanitätsbetriebes** das Vertragsverhältnis nicht weiterführen zu wollen.

Das vorliegende Vertragsabkommen passt sich an neue verbindliche staatliche oder Landesvorschriften an, ohne

Art .16 – Codice etico, Piano triennale di prevenzione e corruzione e Codice di Comportamento

La **Struttura** dichiara di aver preso visione del contenuto del Codice Etico dell' **Azienda Sanitaria** nonché del Piano triennale di prevenzione della corruzione ai sensi della L. n. 190/2012 e del Codice di Comportamento ai sensi del D.P.R. n.62/2013 pubblicati sul sito aziendale.

La **Struttura** si impegna ad adottare, nello svolgimento delle funzioni connesse all'accordo contrattuale in oggetto, comportamenti conformi alle previsioni contenute in quanto sopra illustrato ed è consapevole che la violazione delle disposizioni normative contenute nei documenti su indicati nonché nelle normative citate, costituirà inadempimento contrattuale e sarà sanzionata in misura proporzionale alla gravità sino alla risoluzione del presente contratto.

Art. 17 – Durata e aggiornamento

Il presente accordo contrattuale decorre dal 15.12.2020, ma questo testo ha validità dal 12.01.2021 fino al 31.12.2022 qualora non venga disdetto da una delle parti almeno 30 (trenta) giorni prima, con posta elettronica certificata (PEC).

Le previsioni di ordine prestazionali ed economico, di cui all'art. 7 sub1), sub 2), sub 3) , sub 4) e sub 5) che corrispondono al tetto di spesa base potranno essere rinnovate/riviste per l'anno 2022 solo con pec.

Qualora anche il testo di spesa base dovesse essere aggiornato in accordo con la **Struttura**, l' **Azienda Sanitaria** adotterà un provvedimento.

Nelle more della comunicazione del nuovo atto economico, salvo diversa disposizione scritta dell' **Azienda Sanitaria**, si riterranno valide le prestazioni/previsioni economiche dell'anno precedente.

Qualora le parti non riescano ad addivenire alla conclusione del nuovo accordo contrattuale entro la fine dell'anno di validità, è consentita all'**Azienda Sanitaria**,, per garantire la continuità dell'attività assistenziale, la possibilità di attivare, con preavviso di almeno 30 giorni, una proroga tecnica per un massimo di sei mesi, salvo comunicazione espressa da parte dell'**Azienda Sanitaria** di non voler continuare il rapporto contrattuale.

Il presente accordo contrattuale si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere

dass dem **Sanitätsbetrieb** dadurch höhere Kosten erwachsen dürfen, welche sich daraus ergäben, dass der Leistungserbringer Normen und Vorgaben einhalten muss, welche nach dem Abschluss dieses Vertragsabkommens in Kraft getreten sind.

In Folge derartiger Ereignisse kann der Leistungserbringer innerhalb von 30 (dreißig) Tagen ab Veröffentlichung der oben genannten Maßnahmen von diesem Vertragsabkommen mittels förmlicher Mitteilung an den **Sanitätsbetrieb** zurücktreten.

Art. 18 – Stempelgebühren und Registrierung

Die Stempelgebühren sind zu Lasten der **Einrichtung**.

Im Sinne von Artikel 5, Absatz 2, des D.P.R. 26.04.1986, Nr. 131 ist das vorliegende Vertragsabkommen nur im Verwendungsfall der der Registrierungspflicht unterworfen.

Art. 19 – Anwendbare Rechtsvorschriften

Dieses Vertragsabkommen und die daraus erwachsenden Rechte und Pflichten der Parteien werden von den geltenden Rechtsvorschriften geregelt und entsprechend selbiger ausgelegt. Für alles was nicht ausdrücklich von diesem Vertragsabkommen geregelt ist, verweisen die Parteien ausdrücklich auf die Bestimmungen der Gesetzesbücher und der geltenden Sondergesetze.

Art. 20 – Zuständiges Gericht

Für eventuelle Streitfälle über die Anwendung und Interpretation dieses Vertragsabkommens bestimmen die Parteien den Gerichtsstand von Bozen als zuständiges Gericht.

Art. 21 – Benachteilige Klausel

Die benachteiligen Klauseln dieses Abkommens sind in der Anlage enthalten und bilden wesentlichen Bestandteil dieses Vertragsabkommens.

Gelesen, bestätigt und unterzeichnet

Für die Privatklinik "Marienlinik" – Per la Casa di Cura privata S. Maria
Die Gesetzliche Vertreterin – La Rappresentante Legale
Frau/Signora Rosa Volgger (digitale Unterschrift – firma digitale)

Für den Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
Per l'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Der Generaldirektor – Il Direttore Generale
Dr. Florian Zerzer (digitale Unterschrift – firma digitale)

Anl /All. Benachteilige Klausel – Clausole vessatorie

Liste der fachärztlichen Leistungen für die Ergänzung von Diagnosen oder Therapie

Lista delle prestazioni ambulatoriali di completamento diagnostico o terapeutico convenzionate

nazionale o provinciale, senza che maggiori oneri derivino per l' **Azienda Sanitaria** dalla necessità dell'erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula.

A seguito di tali evenienze l'erogatore potrà recedere dal presente accordo contrattuale, entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all' **Azienda Sanitaria**.

Art. 18 – Bollo e registrazione.

Le spese di bollo sono a carico della **Struttura**.

Ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26.04.1986 n. 131 il presente accordo contrattuale è soggetto a registrazione in caso di uso.

Art. 19 – Legge Regolatrice

Il presente accordo contrattuale ed i diritti e gli obblighi delle parti dallo stesso derivanti saranno retti ed interpretati secondo la legislazione vigente. Per quanto non espressamente previsto dal presente accordo contrattuale le parti fanno espresso rinvio alle norme codicistiche e alle leggi speciali vigenti.

Art. 20 – Foro Competente

Per qualsiasi controversia inerente l'applicazione ed interpretazione del presente accordo contrattuale le parti individuano quale foro competente il Foro di Bolzano.

Art. 21 – Clausole vessatorie

Le clausole vessatorie di questo accordo contrattuale sono contenute nell'allegato che costituisce parte integrante di questo accordo contrattuale.

Letto, approvato e sottoscritto

Anlage an das Vertragsabkommen mit Privatklinik „Marienlinik“ aus Bozen für ambulante Leistungen, stationäre Krankenhausbetreuung von Akutpatienten und dringende Trauma-Krankenhausaufenthalte im Fachbereich Orthopädie

Art. 21 - Benachteilige Klausel

Im Sinne und für die Wirkungen von Artt. 1322 - 1341 und 1342 ZGB erklärt die Einrichtung in Person des gesetzlichen Vertreters die Art. 1, 2, 3, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 dieses Abkommens eingesehen zu haben und ausdrücklich anzunehmen.

Allegato all'accordo contrattuale con la Casa di Cura S. Maria di Bolzano per prestazioni di specialistica ambulatoriale, di assistenza ospedaliera per ricoveri per acuti e per ricoveri traumatologici urgenti nella branca ortopedia

Art. 21 - Clausole vessatorie

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1322 - 1341 e 1342 C.C., la Struttura nella persona del suo legale rappresentante dichiara di aver preso visione e di approvare specificatamente il disposto di cui agli articoli: 1, 2, 3, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 dell'accordo.

Für die Privatklinik "Marienlinik" – Per la Casa di Cura privata S. Maria
Die Gesetzliche Vertreterin – La Rappresentante Legale
Frau/Signora Rosa Volgger (digitale Unterschrift – firma digitale)

Für den Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
Per l'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Der Generaldirektor – Il Direttore Generale
Dr. Florian Zerzer (digitale Unterschrift – Firma digitale)

LISTE DER FACHÄRZTLICHEN LEISTUNGEN FÜR DIE ERGÄNZUNG VON DIAGNOSEN ODER THERAPIE		LISTA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO
	Leistungen / Prestazioni	Tarif/ Tariffa
diagnostische Leistungen/Prestazioni diagnostiche		
88.79.1	ULTRASCHALL DER HAUT UND DES SUBKUTANGEWEBES ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	28,40 €
88.79.2	OSTEOARTIKULÄRER ULTRASCHALL ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	32,50 €
88.79.3	ULTRASCHALL DER MUSKELN UND SEHNEN ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	28,40 €
87.22	RÖNTGENAUFNAHME DER HALSWIRBELSÄULE - (2 Projektionen) Morphodynamische Untersuchung der Halswirbelsäule RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE - (2 proiezioni). Esame morfodinamico della colonna cervicale	18,10 €
87.23	RÖNTGENAUFNAHME DER BRUSTWIRBELSÄULE - (2 Projektionen). Morphodynamische Untersuchung der Brustwirbelsäule zum Zwecke der Wirbelmorphometrie RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) - (2 proiezioni). Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale	17,30 €
87.24	RÖNTGENAUFNAHME DER LUMBOSAKRALEN WIRBELSÄULE - (2 Projektionen). Röntgenaufnahmen der lumbosakralen oder sakrococcygealen Wirbelsäule, morphodynamische Untersuchung der lumbosakralen Wirbelsäule, lumbosakrale Wirbelsäule zum Zwecke der Wirbelmorphometrie RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE - (2 proiezioni). Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale	17,30 €
87.29	KOMPLETTE RÖNTGENAUFNAHME DER WIRBELSÄULE - (2 Projektionen). Komplette Röntgenaufnahme der Wirbelsäule und des Beckens unter Belastung RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA - (2 proiezioni). Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico	34,60 €
87.43.2	WEITERE RÖNTGENAUFNAHMEN DER RIPPEN, DES STERNUMS UND DER CLAVICULA - (2 Projektionen). Knoechernes Thoraxskelett einseitig, Sternum, Clavicula ALTRA RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA - (2 proiezioni). Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola	16,00 €
87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX, NNB - Standard-Röntgenaufnahme des Thorax [Teleradiographie, Herzfernaufnahme]. (2 Projektionen) RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS - Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore]. (2 proiezioni)	15,50 €
88.21	RÖNTGENAUFNAHME DER SCHULTER UND DER OBEREN EXTREMITÄT - Röntgenaufnahmen (2 Projektionen) von: Schulter, Arm, Schultergürtel RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE - Radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale	17,80 €
88.22	RÖNTGENAUFNAHME DES ELLBOGENS UND DES UNTERARMES - Röntgenaufnahmen (2 Projektionen) von: Ellbogen, Unterarm RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO - Radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio	15,00 €
88.23	RÖNTGENAUFNAHME DES HANDGELENKES UND DER HAND - Röntgenaufnahmen (2 Projektionen) von: Handgelenk, Hand, Finger RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO - Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	14,20 €
88.26	RÖNTGENAUFNAHME DES BECKENS UND DER HÜFTE - Röntgenaufnahme des Beckens, Röntgenaufnahme der Hüfte RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA - Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca	17,60 €
88.27	RÖNTGENAUFNAHME DES OBERSCHENKELS, DES KNIES UND DES UNTERSCHENKELS - Röntgenaufnahmen (2 Projektionen) von: Oberschenkel, Knie, Unterschenkel	21,20 €

	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA - Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	
88.28	RÖNTGENAUFNAHME DES FUßES UND DES SPRUNGGELENKES - Röntgenaufnahmen (2 Projektionen) von: Sprunggelenk, Fuß [Fersenbein], Zehen RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA - Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	17,80 €
88.29.1	KOMPLETTE RÖNTGENAUFNAHME DER UNTEREN EXTREMITÄTEN UND DES BECKENS UNTER BELASTUNG RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	30,20 €
88.29.2	AXIALE RÖNTGENAUFNAHME DER KNIESCHEIBE - (3 Projektionen) RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA - (3 proiezioni)	26,30 €
therapeutische Leistungen/Prestazioni terapeutiche		
81.91	ARTHROZENTESE - Gelenkspunktion ARTROCENTESI - Aspirazione articolare	27,90 €
81.92	INFILTRATION VON MEDIKAMENTEN INS GELENK ODER IN BÄNDER pro Sitzung INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO per seduta	32,00 €
83.98	INJEKTION VON THERAPEUTISCHEN SUBSTANZEN MIT LOKALER WIRKUNG IN WEICHTEILGEWEBE - Ausgenommen: Subkutane oder intramuskuläre Injektionen INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL' INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI - Escluso: Iniezioni sottocutanee o intramuscolari	7,00 €
86.28	TOILETTE VON WUNDEN, INFIZIERTEM GEWEBE ODER VERBRENNUNGSWUNDEN - Entfernung nicht andernorts spezifiziert. Abtragen von devitalisiertem Gewebe, Nekrosen und Nekrosenmassen nach folgenden Methoden: Brushing, Irrigation (unter Druck), Washing, Scrubbing. (Pro Sitzung) RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE - Rimozione NAS. Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing (Per seduta)	8,40 €
93.56.1	EINFACHER VERBAND FASCIATURA SEMPLICE	3,90 €
93.56.4	ELASTISCHER KLEBEVERBAND UND KOMPRESSIONSVERBAND BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO ED ELASTO-COMPRESSIVO	11,00 €
96.59	VERBANDSWECHSEL. Einschließlich: eventuelle Oberflächen- Lokalanästhesie und Reinigung und Entfernung der Wundnähte. MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura.	3,90 €
99.21	INJEKTION VON ANDEREN THERAPEUTISCHEN SUBSTANZEN, NNB - Einschließlich: Subkutane, intramuskuläre Injektion. Ausgenommen: Steroide, Hormone, Zytostatika. Nur dann kodierbar, wenn als Hauptleistung erbracht. INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE, NAS - Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici. Codificabile solo se erogata come prestazione	3,10 €
99.22	INJEKTION ODER INFUSION VON ANDEREN THERAPEUTISCHEN SUBSTANZEN, NNB - Endovenöse Verabreichung. Ausgenommen: Steroide, Hormone, Zytostatika. Als Kodex verwenden nur bei Hauptleistung INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE, NAS - Per via endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici. Codificabile solo se erogata come prestazione principale	10,30 €