

„Stempelsteuer auf dem Original in virtueller Form im Ausmaß von 80,00.- Euro entrichtet (Gen. Ag. Einnahmen BZ Nr. 9448/2006)“

“Imposta di bollo assolta sull’originale in modo virtuale (Aut. Ag. Entrate BZ n. 9448/2006) nella misura di 80,00.- Euro“

**VERTRAGSABKOMMEN  
gemäß Beschluss des Generaldirektors  
Nr. 1113 vom 22.10.2024**

**ACCORDO CONTRATTUALE  
ai sensi della deliberazione del Direttore generale n. 1113 del 22.10.2024**

**zwischen**

**fra**

**dem SÜDTIROLER SANITÄTSBETRIEB**

in der Folge **Sanitätsbetrieb** genannt, mit Sitz in Bozen, T.A.- Edisonstr. 10/D, Str.Nr./MwSt.-Nr. 00773750211, vertreten durch den Generaldirektor, Dr. Christian Kofler

**I’AZIENDA SANITARIA DELL’ALTO ADIGE**

in seguito denominata **Azienda Sanitaria**, con sede in Bolzano, via T.A.-Edison 10/, cod.fisc./partita IVA 00773750211 rappresentata dal Direttore Generale dott. Christian Kofler

**und**

**e**

**dem FORSCHUNGSZENTRUM EURAC RESEARCH,**

in der Folge **Einrichtung** genannt, mit Sitz in Bozen, Drusustraße Nr 1, St.Nr./MwSt.Nr. 01659400210, die für die Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen akkreditiert ist, vertreten durch den gesetzlichen Vertreter Dr. Stephan Ortner,

**il CENTRO SCIENTIFICO EURAC RESEARCH,**

in seguito denominata **Struttura**, con sede a Bolzano, via Druso n. 1, cod. fisc./partita IVA 01659400210, accreditata per l'erogazione delle prestazioni oggetto dell'accordo contrattuale, rappresentata dal suo legale rappresentante Dott. Stephan Ortner,

**für Gesundheitsleistungen im Bereich der Geriatrie**

**per prestazioni sanitarie nell’ambito della medicina di montagna**

Vorausgeschickt, dass:

Premesso che:

- Art. 8-bis Abs. 1 des G.v.D. Nr. 502/1992 vorsieht, dass die Regionen die Erbringung der wesentlichen und einheitlichen Betreuungsstandards auch durch Einbeziehung der akkreditierten Rechtssubjekte gewährleisten, unter Einhaltung der Vertragsabkommen gemäß Art. 8-quinquies;
- gemäß Art. 8-bis Abs. 2 und Art. 8-quarter Abs. 2 des G.v.D. Nr. 502/1992 die Inhalte betreffend die Leistungserbringung und die wirtschaftlichen Inhalte der Vertragsabkommen den Rechtstitel darstellen, auf dessen Grundlage das akkreditierte Rechtssubjekt im Namen und zu Lasten des nationalen Gesundheitsdienstes tätig sein kann und die Bürger die freie Wahl des Betreuungsstandortes haben;
- die Landesregierung die Kriterien und Unterzeichnungsmodalitäten der Verträge nach Art. 8-quinquies G.v.D. Nr. 502/1992 sowie die der Bevölkerung zu garantierenden Leistungsanzahl festlegt;
- der Leistungsbedarf, der von privaten Leistungserbringern angekauft wird, im Einvernehmen mit diesen festgelegt wurde und eine Gültigkeit von drei Jahren, sofern nicht ein erhöhter Bedarf von Seiten des Sanitätsbetriebes festgelegt wird, welcher zu Jahresbeginn vereinbart wird;
- die Einrichtung zum Abschluss des vorliegenden
- 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-quarter 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;
- 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;
- i fabbisogni di prestazioni da acquistare dagli erogatori privati sono stati definiti tramite intese con gli stessi e hanno validità triennale salvo maggiore fabbisogno da parte dell’Azienda sanitaria concordato all’inizio di ogni anno;
- la Struttura è legittimata alla stipula del pre-

Vertragsabkommens berechtigt ist, da diese das Akkreditierungsdekret des Gesundheitslandesrates Nr. 2346 vom 08.06.2023 besitzt, das bis zum 31.12.2027gültig 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 bringt und auch, dass keine anderen Unvereinbarkeitsgründe gemäß den geltenden Bestimmungen bestehen;
- der Text des Vertragsabkommens wurde von den Vertragsparteien gemeinsam ausgehandelt, vereinbart sowie verfasst und besteht aus folgenden Teilen:
  - I. Rechtlicher Teil
  - II. Rechtlicher- Operativer Teil
  - III. Teil: Grundaussgabenhöchstgrenze, ordentliches Budget, jährliche Gesamtausgabenhöchstgrenze (Verzeichnis der konventionierten Leistungen)

Es wird Folgendes vereinbart und festgelegt:

## I. RECHTLICHER TEIL

### Art. 1 – Gegenstand des Vertragsabkommens

Die Prämissen bilden einen wesentlichen Bestandteil des vorliegenden Vertragsabkommens, das für den Dreijahreszeitraum 2023-2025 gilt und kein Anrecht auf einen weiterführenden Vertragsabschluss begründet.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich im Namen und zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes die vereinbarten Leistungen zu erbringen, so wie im III. Teil des Vertragsabkommens angeführt.

Die Leistungen müssen das gesamte Jahr über erbracht werden und die **Einrichtung** ist verpflichtet, das ordentliche Dienstleistungsangebot gleichmäßig über 12 Monate zu erbringen und im Falle von nachfolgenden Dienstleistungen aufgrund der vorhergehenden Erstvisiten auch diese proportional gemäß dem vereinbarten Anteil zu erbringen.

*Das zuständige Amt prüft die erbrachten konventionierten Gesundheitsleistungen und behält sich das Recht vor, nach entsprechender Mitteilung mittels zertifizierter Post (PEC), der **Einrichtung** die Überschreitung der monatlichen Quote der Ausgabenhöchstgrenze im Verhältnis zur Erstvisite, zur Kontrollvisite oder zu den festgelegten Quoten mitzuteilen und diese in Abweichung erbrachten Gesundheitsleistungen nicht zu vergüten.*

Sollte am Jahresende ein Ausgleich zu den vertraglich vereinbarten Gesundheitsleistungen im Rahmen des

sente accordo contrattuale in quanto è in possesso del decreto di accreditamento dell'Assessore alla Salute n. 2346 del 08.06.2023 e valido fino al 31.12.2027;

- 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 costituito da tre parti è stato redatto, discusso e concordato da entrambe le parti ed è composto dalle seguenti parti:
  - I. parte giuridica
  - II. parte giuridico - operativa
  - III. parte: tetto di spesa base, budget ordinario, tetto di spesa totale annuale (elenco prestazioni convenzionate)

Si conviene e si stipula quanto segue:

## I. PARTE GIURIDICA

### Art. 1 - Oggetto dell'accordo contrattuale

Le premesse costituiscono parte integrante del presente accordo contrattuale, che vale per il triennio 2023-2025 e non costituisce diritto per un accordo contrattuale successivo.

La **Struttura** si impegna ad erogare, per conto e con oneri a carico del Servizio sanitario provinciale, le prestazioni così come indicate nella III. parte del presente accordo contrattuale.

Le prestazioni devono avere luogo nell'intera annualità e la **Struttura** è tenuta a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria su 12 mesi e nel caso di prestazioni successive alle visite seguendo la proporzione concordata.

*L'ufficio competente vigila sull'erogazione delle prestazioni sanitarie convenzionate e si riserva, dopo aver avvisato la **Struttura** con posta certificata (pec) del superamento della quota tetto mensile per quelle definite in proporzione alla 1. Visita, alla visita di controllo o alle quote contingente e di non riconoscere quelle erogate in eccezione.*

Se, alla fine dell'anno, le prestazioni sanitarie previste su base annua non sono state erogate

vereinbarten jährlichen Bedarfs möglich sein, dann werden diese erbrachten Gesundheitsleistungen bis zur vertraglichen Menge erstattet.

Unbeschadet der gerichtlichen Rechtsmittel gebührt dem Leistungserbringer kein Entgelt, keine Entschädigung und kein Schadensersatz für Leistungen, die dieser in Ermangelung der Akkreditierungsvoraussetzungen aufgrund der in nachstehendem Art. 10 angeführten Gründe über die Aussetzung der Wirksamkeit des vorliegenden Vertragsabkommens erbracht hat.

Falls die **Einrichtung** aus einem gerechtfertigten Grund die Leistungen, die Gegenstand dieses Vertragsabkommens sind, nicht erbringen kann, muss diese 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.

## **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 Abtretung dieser Abmachung an Dritte ist gegenüber dem **Sanitätsbetrieb** nicht wirksam, mit Ausnahme der Abtretung des Betriebes oder der Änderung der Gesellschaftsform, vorbehaltlich der Akte, die in die Zuständigkeit des Landes und des Sanitätsbetriebes fallen.

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 zur Zugänglichkeit und klinischen Angemessenheit erbringen. Diese Pflichten zu den Verwaltungsobliegenheiten und die Informationspflicht sind ein essenzielles Element der Leistung.

*Jene Leistungen, die in Abweichung von den Standards, den Zugänglichkeitsprotokollen und der klinischen Angemessenheit sowie den vom **Sanitätsbetrieb** genehmigten oder erstellten Prozeduren erbracht wurden, werden wirtschaftlich nicht anerkannt.*

Die **Einrichtung** ist außerdem verpflichtet, Folgendes zu beachten:

sarà possibile una compensazione nei limiti del fabbisogno annuale concordato e le prestazioni sanitarie erogate saranno rimborsati fino all'importo concordato.

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. 10, 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 – 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 cessione dell'accordo a terzi non produce effetti nei confronti dell'**Azienda Sanitaria**, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale subordinatamente all'adozione degli atti di competenza provinciale ed aziendale.

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.

*Le prestazioni erogate in violazione degli standards, protocolli di accessibilità e appropriatezza clinica e procedure approvate o fornite dall'**Azienda Sanitaria** non saranno riconosciute economicamente.*

La **Struttura** inoltre è tenuta ad osservare quanto segue:

## a) Versicherungsschutz

Zur Deckung der Risiken, die mit den Tätigkeiten verbunden sind, die die **Einrichtung** im Auftrag des **Sanitätsbetriebes** mit eigenen Mitteln, Geräten und eigenem Personal ausführt, erklärt der Unterzeichner ausdrücklich, dass er:

- 1) eine Haftpflichtversicherung mit angemessener Deckungssumme zugunsten jener Personen abgeschlossen hat, die die unter diesen Vertrag fallenden Dienstleistungen in Anspruch nehmen
- 2) eine Gebäudebrandversicherung abgeschlossen hat
- 3) eine Unfallversicherung.

Die **Einrichtung** kann auch andere, in den geltenden Vorschriften des Sektors ausdrücklich vorgesehene Versicherungsformen in Anspruch nehmen, wobei sie sich verpflichtet, den **Sanitätsbetrieb** ausführlich darüber zu informieren.

## b) Beschäftigtes Personal und Unvereinbarkeiten

Die **Einrichtung** garantiert das Plansoll des ärztlichen, nicht-ärztlichen Personals und des Hilfs- und Verwaltungspersonals nach den von den geltenden Bestimmungen vorgesehenen Parametern.

Vor Beginn der Wirksamkeit dieses Vertrags übermittelt die **Einrichtung** das Verzeichnis der im Dienst befindlichen Personals an die zuständige Verwaltungsstelle des **Sanitätsbetriebes**.

Der Ersatz des Personals muss innerhalb von fünfzehn (15) Tagen mitgeteilt werden und unter Einhaltung genannter Parameter erfolgen.

Das in der **Einrichtung** tätige Gesundheitspersonal unterliegt der Pflicht zur beruflichen Weiterbildung gemäß den geltenden Bestimmungen.

Die **Einrichtung** erbringt die vereinbarten Gesundheitsleistungen mittels Personals, das im Besitz der von den geltenden Bestimmungen vorgesehenen Titel ist und keinen Unvereinbarkeitsgrund gemäß Artikel 4, Absatz 7 Gesetz Nr. 412/1991 i.g.F. ausweist.

Die **Einrichtung** darf im Sinne von Artikel 1, Abs. 42, Gesetz Nr. 190/2012 i.g.F., mit ehemaligen Bediensteten des **Sanitätsbetriebes** und der Autonomen Provinz Bozen, die gegenüber der Einrichtung Hoheitsbefugnisse oder propädeutische Befugnisse ausgeübt haben, in den drei Jahren nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses keine Verträge über selbständige oder unselbständige Arbeitsverhältnisse abschließen und diesen auch keine Aufträge erteilen.

## c) Charta der Gesundheitsdienste

Die **Einrichtung** verabschiedet ihre eigene Dienstleis-

## a) Coperture Assicurative

A copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'**Azienda Sanitaria** dalla **Struttura** con mezzi, strumenti e personale propri dichiara espressamente di essere in possesso:

- 1) della polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi, con massimali adeguati, in favore dei soggetti che usufruiscono delle prestazioni oggetto del presente contratto
- 2) della polizza assicurativa a copertura del rischio incendio fabbricati,
- 3) della polizza infortuni.

La **Struttura** potrà in alternativa, disporre di altre forme assicurative previste espressamente dalla normativa vigente del settore, impegnandosi a darne dettagliata comunicazione all'**Azienda Sanitaria**.

## b) Personale impiegato ed incompatibilità

La **Struttura** assicura la dotazione di personale sanitario medico, non medico, ausiliario e amministrativo secondo i parametri previsti dalla vigente normativa.

All'inizio della vigenza del presente contratto la **Struttura** invierà all'ufficio amministrativo competente dell'**Azienda Sanitaria** l'elenco del personale in servizio.

Le sostituzioni di personale devono essere segnalate entro quindici (15) giorni ed avvenire nel rispetto dei succitati parametri.

Il personale sanitario operante presso la **Struttura** è soggetto all'obbligo dell'aggiornamento professionale secondo la normativa vigente.

La **Struttura** erogherà le prestazioni sanitarie contratte attraverso personale che è in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente e non versati in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991 versione vigente.

La **Struttura**, ai sensi dell'art. 1, comma 42, L. n. 190/2012 versione vigente, 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 suoi confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.

## c) Carta dei Servizi sanitari

La **Struttura** adotta ed attua una propria Carta dei

tungscharta, die auf den in den ministeriellen Richtlinien festgelegten Grundsätzen beruht und macht diese den Nutzern in den Räumlichkeiten der **Einrichtung** zugänglich und veröffentlicht diese auf ihrer Website.

#### d) Veröffentlichungen

Die **Einrichtung** hält diesbezüglich die geltenden Rechtsvorschriften ein (z.B. Veröffentlichung der Wartelisten, beglaubigte Bilanz usw.).

Die **Einrichtung** muss dem **Sanitätsbetrieb** gemäß den mitgeteilten Modalitäten die Informationen über die ausgeübte Tätigkeit im Bereich der selbstzahlenden Privatpatienten mitteilen und die ärztlichen Berichte / klinischen Untersuchungen/ Röntgen-Bilder der im Abkommen erbrachten Gesundheitsleistungen übermitteln.

Wenn die Bereitstellung mit Kosten für Anschlüsse oder anderem verbunden ist, werden diese von der **Einrichtung** getragen.

#### e) Verwendung der Sprache

Um den Bedürfnissen der Betreuungsberechtigten gemäß Art. 2, Abs. 1, des D.P.R. vom 15.07.1988, Nr. 574, und darauffolgender Änderungen besser gerecht zu werden, garantiert die **Einrichtung** den Gebrauch der italienischen und deutschen Sprache.

#### f) Customer satisfaction

Die **Einrichtung** verpflichtet sich die Zufriedenheit der Nutzer des Dienstes zu ermitteln und falls vom **Sanitätsbetrieb** vorgesehen, die diesbezüglich vorgesehenen Zufriedenheitsbögen zu verwenden, die mit den gleichen oder anderen von ihm angegebenen Methoden erstellt wurden

### Art. 3 – Überprüfungen und Kontrollen

Der **Sanitätsbetrieb** und die **Einrichtung** überprüfen periodisch den Verlauf der Leistungserbringung und die Übereinstimmung derselben mit dem vorliegenden Vertragsabkommen. Der **Sanitätsbetrieb** darf jederzeit Inspektionen und Kontrollen unter Einhaltung der geltenden Bestimmungen durchführen.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich, die Aufsichtstätigkeit des **Sanitätsbetriebs** und die weiteren Tätigkeiten im Rahmen der Prüfungs- und Kontrollfunktionen des Landes zu erleichtern, indem sie die erforderlichen Unterlagen und die benötigte Dokumentation für die Ausübung der Tätigkeit zur Verfügung stellt.

Der **Sanitätsbetrieb** überprüft stichprobenartig auf der Grundlage und nach den Kriterien der geltenden Bestimmungen die Erbringungszeiten der erbrachten Leistungen und das bedienstete Personal.

Servizi sulla base dei principi indicati dalle direttive ministeriali e la mette a disposizione degli utenti presso i locali della **Struttura** ovvero viene pubblicata sul sito web della stessa.

#### d) Pubblicità

La **Struttura** si adegua alla normativa vigente (es. pubblicazione della lista d'attesa, del bilancio certificato ecc.).

La **Struttura** deve inviare all' **Azienda Sanitaria** secondo le modalità comunicate le informazioni sull'attività svolta in regime di privato pagante e mettere a disposizione i referti medici/ esami clinici /immagini radiologiche delle prestazioni sanitarie erogate in convenzione.

Qualora la messa a disposizione comportasse dei costi nei collegamenti o altro, questi sono a carico della **Struttura**.

#### e) Uso della lingua

La **Struttura** garantisce l'uso della lingua italiana e della lingua tedesca al fine di rispondere meglio alle esigenze della popolazione assistita nel rispetto della statuizione di cui all'art. 2, comma 1, del D.P.R. del 15.07.1988, n. 574 e successive modifiche.

#### f) Customer satisfaction

La **Struttura** si impegna a rilevare il gradimento degli utilizzatori del servizio e se previsto da parte dell'**Azienda Sanitaria** ad utilizzare le schede di rilevamento predisposte dalla stessa o altre modalità indicate dalla stessa.

### Art. 3 – Verifiche e controlli

L'**Azienda Sanitaria** e la **Struttura** verificano periodicamente l'andamento della produzione e la coerenza di questo in relazione 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.

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

Die Qualitätskontrollen von Seiten des **Sanitätsbetriebes** erfolgen sowohl aus klinischer Sicht, auch mittels der dafür zuständigen Betriebsweiten Arbeitsgruppe zur Überprüfung der medizinischen Versorgung (NUVAS), als auch aus verwaltungstechnischer Sicht, sowie aus Sicht der Kundenzufriedenheit. Diese Qualitätskontrollen können auch im Rahmen von Mystery-resarch-Tätigkeiten durchgeführt werden, wobei hierzu auch externe Vertragspartner von Seiten des **Sanitätsbetriebes** beauftragt werden können.

#### **Art. 4 – Pflichten des Sanitätsbetriebes**

Der **Sanitätsbetrieb** gewährleistet die Funktionsfähigkeit der Verbindung mit dem Programm für die dematerialisierte Verschreibung, der ELVS und aller anderen Programme, die der **Einrichtung** zur Verfügung gestellt werden.

#### **Art. 5 – Grundausgabenhöchstgrenze -variable Ausgabenhöchstgrenze und jährliche Ausgabenhöchstgrenze**

Die Grundausgabenhöchstgrenze, die der **Einrichtung** im Normalfall für die Dauer der Gültigkeit des Abkommens zuerkannt wird, abgesehen von den Vorgaben laut Artikel 15 bezeichnet:

- die vereinbarten Leistungen (Anzahl und Typologie) zugunsten der Patienten mit Eintragung in den LGD/NGD.

Jährlich kann laut Bedarf die Grundausgabenhöchstgrenze durch zusätzliche Leistungen ergänzt werden, deren Wert die variable Ausgabenhöchstgrenze darstellt; diese Integration kann auch im Laufe des Jahres auf der Grundlage des Bedarfs erfolgen, der vom zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebes** nach Rücksprache mit dem Sanitätsdirektor festgestellt wird.

Die Grundausgabenhöchstgrenze zuzüglich der variablen Ausgabenhöchstgrenze bilden das ordentliche Budget, zu dem das Garantiebudget, falls vorgesehen, hinzugefügt werden kann, betreffend die innerhalb des von den geltenden Bestimmungen vorgesehenen zeitlichen Maximalrahmens zu erbringenden Gesundheitsleistungen.

Die jährliche Ausgabenhöchstgrenze, die den Gesamtwert des Abkommens ausmacht, ergibt sich somit aus der Summe des ordentlichen Budgets, welches der ordentlichen Programmplanung zugewiesen wird, und aus einem Garantiebudget für die außerordentliche Programmplanung (wenn vorgesehen).

#### **a) Ordentliches Budget**

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich die vereinbarten Leistungen zu den Tarifen laut geltenden Tarifverzeichnis der ambulanten fachärztlichen Leistungen oder zu dem mit den gesamten Einrichtungen verein-

I kontrolli di qualità da parte **dell’Azienda Sanitaria** vengono effettuati sia dal punto di vista clinico, anche attraverso il nucleo aziendale di verifica dell’Assistenza sanitaria (NUVAS), sia dal punto di vista tecnico-amministrativo nonché della soddisfazione da parte del cliente. Questi controlli di qualità possono essere effettuati anche nell’ambito delle attività di mystery-resarch, per le quali **l’Azienda Sanitaria** può incaricare anche partner contrattuali esterni.

#### **Art. 4 – Obblighi dell’Azienda**

L’ **Azienda Sanitaria** garantisce il funzionamento dei collegamenti con il programma della ricetta dematerializzata, del CUPP se previsto, e di tutti i programmi messi a disposizione della **Struttura**.

#### **Art. 5- Tetto di spesa base, tetto di spesa variabile e tetto di spesa annuale**

Il tetto di spesa base che corrisponde all’importo riconoscibile alla **Struttura** per la durata di validità dell’accordo stesso, salvo l’effettuazione di prestazioni inferiori alla quantità prevista e fatto salvo quanto previsto dall’art. 15, indica:

- le prestazioni convenzionate (quantità e tipologia) a favore dei pazienti iscritti al SSP/SSN.

Annualmente in base al fabbisogno il tetto di spesa base può essere integrato da ulteriori prestazioni il cui valore costituisce il tetto di spesa variabile; tale integrazione può avvenire anche durante l’anno in base al fabbisogno accertato dall’ufficio competente dell’**Azienda Sanitaria**, sentito il Direttore Sanitario.

Il tetto di spesa base più il tetto di spesa variabile costituiscono il budget ordinario, al quale si può aggiungere il budget di garanzia, se previsto, dedicato alle prestazioni sanitarie da erogare entro i tempi massimi previsti dalla normativa vigente.

Il tetto di spesa annuale che costituisce il valore complessivo dell’accordo è dato pertanto dalla somma del budget ordinario destinato alla programmazione ordinaria e da un budget di garanzia destinato alla programmazione straordinaria (se previsto).

#### **a) Budget ordinario**

L’**Azienda Sanitaria** si impegna a remunerare le prestazioni convenzionate alle tariffe previste dal Nomenclatore Tariffario per la specialistica ambulatoriale in forma vigente o alla tariffa concordata con

barten Tarif zu vergüten, bis zur Ausgabenhöchstgrenze.

Die detaillierte Liste der vereinbarten Leistungen und deren Tarife sind in III. Teil dieses Abkommens enthalten.

Wird das ordentliche Budget überschritten, unbeschadet wie von Art. 6 vorgesehen, wird kein Betrag zuerkannt.

Die Ärzte der **Einrichtung** sind berechtigt, die mit Verfahren ID256/2021 genehmigten Leistungen zur Vervollständigung des diagnostisch therapeutischen Verlaufs während der Untersuchung/ambulanten Leistung zu verschreiben.

#### **Art. 6- Verwaltung des Jahresbudgets und Teilbudgets**

Das zuständige Amt des **Sanitätsbetriebes** ist verpflichtet, die Einhaltung, sowohl des ordentlichen Budgets als auch der damit verbundenen Teilbudgets und des Garantiebudgets der **Einrichtung** zu überwachen und im Falle der Notwendigkeit des Abbaus der Wartelisten nach Rücksprache mit den zuständigen Ämtern (ELVZ und dem Amt für Krankenhaus und ambulante fachärztliche Leistungen) die Änderungen der betreffenden Budgets / Teilbudgets durchzuführen.

Es ist zudem möglich ein Teilbudget oder einen Teil des Gesamtbudgets einer anderen konventionierten Einrichtung für dieselbe Leistungsart zu übertragen, falls festgestellt wird, dass die **Einrichtung** nicht im Stande ist die angeforderten Leistungen zu erbringen.

Die Bestätigung der vorgenannten Verschiebung erfolgt mittels zertifizierter Post (PEC) durch das zuständige Amt des **Sanitätsbetriebes**; am Ende des Jahres werden mit einer einzigen Maßnahme die vertraglichen Änderungen in Bezug auf die verschiedenen Fachdisziplinen vermerkt, die den Gesamtwert des Abkommens durch die Aktualisierung verändert haben.

Eine Erhöhung der jährlichen Ausgabenhöchstgrenze, die zu einer Überschreitung der für diesen bestimmten Fachbereich veranschlagten Ausgaben führt, muss nach den vorgesehenen Verfahren laut den geltenden Bestimmungen erfolgen.

#### **Art. 7 – Vereinbarte Leistungen**

Die vereinbarten Leistungen sind jene wie im III. Teil angeführt, außer in den vorgesehenen Ausnahmefällen wie im III. Teil dieses Abkommens angegeben. Die Mengenangabe ist kein integrierter Bestandteil derselben.

Wenn sich im Laufe des Jahres die Notwendigkeit ergibt, die konventionierten Leistungen zu ändern /

tutte le strutture fino al raggiungimento del budget ordinario.

L'elenco dettagliato delle prestazioni convenzionate e relative tariffe sono contenute nella III. parte del presente accordo.

Al superamento del budget ordinario, salvo quanto previsto nell'art. 6 non verrà riconosciuto alcun compenso.

I medici della **Struttura** sono autorizzati a prescrivere le prestazioni di completamento diagnostico/valutativo o sostitutive autorizzate nella procedura ID 256/2021.

#### **Art. 6 – Gestione annuale dei budget e sotto-budget**

L'Ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria** è tenuto a monitorare il rispetto del budget sia ordinario e dei relativi sotto-budget che di garanzia della **Struttura** ed in caso di necessità per l'abbattimento delle liste d'attesa, dopo il confronto con gli uffici competenti (CUPP e Ufficio prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale) procede con le variazioni dei budget/sotto budgets interessati.

E' possibile trasferire altresì un sotto-budget o parte del budget ad un'altra struttura convenzionata per la stessa branca preso atto dell'impossibilità della **Struttura** di erogare la prestazione richiesta.

La conferma dello spostamento sopraccitato avviene con posta certificata (PEC) da parte dell'ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria**; a fine anno con un unico provvedimento verrà preso atto delle modifiche contrattuali inerenti le diverse branche che hanno modificato il valore complessivo dell'accordo aggiornandolo.

Un aumento del tetto di spesa annuale che comporta lo sfioramento della previsione di spesa per quella determinata branca deve seguire il procedimento previsto dalla normativa vigente.

#### **Art. 7 – Prestazioni convenzionate**

Le prestazioni convenzionate sono quelle specificate nella III. parte, salvo casi eccezionali della III. parte del presente accordo. La quantità non è parte integrante dello stesso.

Qualora durante l'anno sorgesse la necessità di modificare/integrare le prestazioni convenzionate

zu integrieren, sowohl was die Anzahl als auch die Typologie der angegebenen Leistungen anbelangt, und der Gesamtwert des Abkommens nicht abgeändert wird, ist dies, mit einer einfachen Abänderung des III. Teils möglich der von der **Einrichtung** und dem **Sanitätsbetrieb** unterzeichnet wird; andernfalls siehe Artikel 6.

#### Art. 8 – Personal

Die **Einrichtung** gewährleistet, dass sie über das notwendige qualifizierte Personal für die zu erbringenden Gesundheitsleistungen verfügt.

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 Mindesterbringungsdauer zu gewährleisten.

#### Art. 9 – Zahlungsart

Die Verrechnung der Leistungen erfolgt monatlich.

Laut Art. 10, Abs. 1 des DPR 663/1972 und darauffolgenden Änderungen sind die Rechnungen MwSt.-frei und stempelgebührenpflichtig.

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich, die Rechnung innerhalb von 45 Tagen ab Erhalt derselben zu vergüten.

Wenn sich die Beanstandungen auf die in der Mobilität erbrachten Leistungen beziehen, behält sich der **Sanitätsbetrieb** das Recht vor, der **Einrichtung** die beanstandeten Beträge abzuziehen.

*Die Zahlung der in Rechnung gestellten Leistungen schließt spätere Beanstandungen von nicht geschuldeten Beträgen durch den **Sanitätsbetrieb** innerhalb der Verjährungsfrist nicht aus, wenn sich aufgrund weiterer Kontrollen ergeben sollte, dass die Leistungen in Abweichung von verwaltungsrechtlichen Vorschriften oder der klinischen oder organisatorischen Angemessenheit erbracht wurden.*

#### Art. 10 – Nichteinhaltungen, Aussetzung und Auflösung des Abkommens

##### a) Nichteinhaltung, Aussetzung und Strafen

Stellt der **Sanitätsbetrieb** die Nichterfüllung einer oder mehrerer Verpflichtungen des vorliegenden Vertragsabkommens fest, so wird dieser den Verstoß schriftlich mittels zertifizierter Post (PEC) mitteilen; etwaige Gegendarstellungen der **Einrichtung** müssen

indicate sia nel numero che in tipologia se il valore complessivo dell'accordo non viene modificato si può procedere con una semplice modifica della III. parte che sarà sottoscritta dalla **Struttura** e dall'**Azienda Sanitaria**; in caso contrario vedasi articolo 6.

#### Art. 8 – Personale

La **Struttura** garantisce il necessario personale qualificato in relazione alle prestazioni sanitarie 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 – Modalità di pagamento

La fatturazione delle prestazioni avviene a cadenza mensile.

Le fatture saranno esenti IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 18, del DPR 663/1972 e successive modificazioni e sono soggette a bollo.

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

Qualora le contestazioni riguardassero le prestazioni messe in mobilità, l'**Azienda Sanitaria**, si riserva di recuperare gli importi contestati dalla **Struttura**.

*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.*

#### Art. 10 – Inadempienze, sospensione e risoluzione dell'accordo contrattuale

##### a) Inadempienze, sospensioni e penali

Ove l'**Azienda Sanitaria** accerti l'inadempimento, concernente una o più obbligazioni del presente accordo contrattuale, è tenuta a contestare per iscritto tramite posta certificata - PEC le inadempienze stesse; le eventuali controdeduzioni da parte

dem **Sanitätsbetrieb** innerhalb von spätestens 15 Tagen nach Erhalt der Einwände mitgeteilt werden.

Erkennt der **Sanitätsbetrieb** die Einwände nicht an, so verhängt dieser Strafen, die dem entstandenen Schaden entsprechen und je nach Art des Verstoßes von mindestens 500,00.- Euro bis höchstens 1.000,00.- Euro, in gestaffelter Form, reichen, gegebenenfalls, auch durch Aufrechnung und in den schwerwiegendsten Fällen durch eine Aussetzung.

Im Falle eines schwerwiegenden Verstoßes gegen eine oder mehrere vertragliche Verpflichtungen aus diesem Vertragsabkommen kann das Vertragsabkommen, nach erfolgter formeller Beanstandung zusätzlich zu den oben genannten Strafen, bis zur Erfüllung der Verpflichtung ausgesetzt werden.

Die Anwendung der in diesem Artikel vorgesehenen Strafen schließt das Recht des **Sanitätsbetriebes** nicht aus, eine Schadensersatzforderung zu erheben, die sich aus der Nichterfüllung oder der Nichteinhaltung der vertraglichen Verpflichtungen ergibt. Die Einforderung/Zahlung der in diesem Artikel vorgesehenen Strafen stellt für die **Einrichtung** keinesfalls einen Verzicht auf die vertragliche Erfüllung der Verpflichtung dar, mit der sie in Verzug ist und welche die Verpflichtung zur Zahlung der genannten Strafen begründet hat.

In allen in diesem Artikel geregelten Fällen der vertraglichen Aussetzung bringen die von der Einrichtung eventuell erbrachten Leistungen in keinem Fall Verpflichtungen von Seiten des **Sanitätsbetriebes** mit sich.

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, welche mittels einer mit elektronisch zertifizierter Post - „PEC“ übermittelten Mitteilung zu erfolgen hat.

#### **b) Ausdrückliche Kündigungsklausel**

Dieses Abkommen wird in folgenden Fällen von Rechts wegen aufgelöst:

- Widerruf der Ermächtigung für die Ausübung oder der Akkreditierung der **Einrichtung** sowie der Aussetzung der Ermächtigung für die Ausübung der Tätigkeit oder der Akkreditierung der **Einrichtung**;
- nachgewiesener Fall der Unvereinbarkeit gemäß Art. 2, welcher auf Verschulden der **Einrichtung** zurückzuführen ist;

della **Struttura** dovranno essere comunicate all'**Azienda Sanitaria** entro e non oltre il termine massimo di 15 giorni del ricevimento delle contestazioni.

In caso di non accoglimento delle controdeduzioni da parte dell'**Azienda Sanitaria** procederà all'applicazione delle penalità commisurate al danno arrecato e graduate, in base alla violazione, da un minimo di 500,00.- Euro ad un massimo di 1.000,00.- Euro anche tramite compensazione e nei casi più gravi alla sospensione.

In caso di inadempimento grave concernente una o più obbligazioni contrattuali previste dal presente accordo contrattuale, purché contestate formalmente oltre all'applicazione della sopraccitata penalità, il presente accordo contrattuale può essere sospeso fino all'esecuzione dell'obbligazione.

L'applicazione delle penali previste dal presente articolo non preclude il diritto dell'**Azienda Sanitaria** a richiedere il risarcimento degli eventuali danni derivanti dalla mancata o conforme attività dovuta ai sensi del presente accordo. La richiesta/o il pagamento delle penali di cui al presente articolo non costituisce esonero in alcun caso per la **Struttura** dell'adempimento dell'obbligazione per la quale è inadempiente e che ha fatto sorgere l'obbligo di pagamento della medesima penale.

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

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).

#### **b) Clausola risolutiva espressa**

Il presente accordo decade di diritto nei seguenti casi:

- revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento della **Struttura** e parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della **Struttura**;
- accertato caso di incompatibilità ai sensi dell'art 2 addebitabile a responsabilità della **Struttura**;

- bei strafrechtlichen Verurteilungen oder Präventiv- oder Sicherheitsmaßnahmen wegen Straftaten gegen das Eigentum, die öffentliche Verwaltung oder wegen mafiöser Straftaten nach geltendem Recht;
- in allen Fällen, laut den geltenden Rechtsvorschriften.
- in caso di condanne penali o misure di prevenzione o sicurezza per reati contro il patrimonio, la Pubblica Amministrazione o per reati di tipo mafioso sulla base della normativa vigente;
- in tutti i casi previsti dalla normativa vigente.

#### **Art. 11 - Haftungsausschluss**

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

#### **Art. 12 - Schutzklausel**

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Vertragsabkommens akzeptiert die **Einrichtung** ausdrücklich, vollumfänglich und bedingungslos den Inhalt und die Wirkungen der Maßnahmen, die die Ausgabenhöchstgrenze und die Tarife festlegen, sowie auch alle weiteren sich ergebenden oder damit zusammenhängenden Maßnahmen, die den Inhalt der vorliegenden Abmachung bestimmen.

#### **Art. 13 - 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) i.g.F).

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

#### **Art. 14 - Ethikkodex, Dreijahresplan zur Vorbeugung der Korruption und Kodex der Dienst- u. Verhaltenspflichten**

Die **Einrichtung** erklärt, dass sie den Ethikkodex des **Sanitätsbetriebes** sowie den Dreijahresplan zur Vorbeugung der Korruption laut Gesetz Nr. 190/2012 und den Kodex der Dienst- u. Verhaltenspflichten laut DPR Nr. 62/2013 (Beschluss Nr. 566/2020), die auf der Webseite des Sanitätsbetriebes veröffentlicht sind, eingesehen hat und vollinhaltlich annimmt.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich bei der Durchfüh-

#### **Art. 11- 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 Servizio Sanitario Provinciale (SSP) e **l'Azienda Sanitaria** da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questi, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del presente accordo contrattuale.

#### **Art. 12 - 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. 13 - 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 s.m.i.).

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. 14 - 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 (Delibera n. 566/2020) pubblicati sul sito aziendale.

La **Struttura** si impegna ad adottare, nello svolgi-

zung der Tätigkeiten im Zusammenhang mit diesem Vertragsabkommen sich konform mit den oben angeführten Vorgaben zu verhalten und ist sich bewusst, dass die Verletzung dieser Bestimmungen, die in den obgenannten Dokumenten enthalten sind, so wie auch die Verletzung der zitierten Vorschriften, eine vertragliche Nichterfüllung darstellen und im Verhältnis zur Schwere bis zur Auflösung des vorliegenden Vertragsabkommens führen können.

#### **Art. 15 - Pflichten zur Nachverfolgbarkeit der Zahlungsflüsse**

**Die Einrichtung** übernimmt alle Verpflichtungen zur Nachverfolgbarkeit der Zahlungsflüsse laut Art. 3 des Gesetzes vom 13. August 2010, Nr. 136, in geltender Fassung.

**Die Einrichtung** verpflichtet sich, dem Sanitätsbetrieb und dem Regierungskommissar der Provinz Bozen umgehend die Nichterfüllung der Pflichten im Zusammenhang mit der Nachverfolgbarkeit der Zahlungsflüsse des jeweiligen Vertragspartners mitzuteilen

#### **Art. 16 – Dauer und Aktualisierung**

Das gegenständliche Vertragsabkommen läuft ab November 2023 bis zum 31.12.2025, falls es nicht von einem der beiden Vertragspartner mindestens 60 (sechzig Tage) vorher mittels elektronisch zertifizierter Post - „PEC“ gekündigt wird.

Die Vorschriften wirtschaftlicher und leistungsbezogener Natur haben, ausgenommen die vereinbarte Grundausgabenhöchstgrenze, hingegen eine jährliche Gültigkeit und können für das darauffolgende Jahr ausschließlich mittels PEC erneuert werden.

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

Falls es die Parteien während der Laufzeit nicht schaffen ein neues Vertragsabkommen abzuschließen, 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.

Dieses Vertragsabkommen passt sich an neue zwingende staatliche Vorgaben oder Landesvorschriften an, ohne dass dem **Sanitätsbetrieb** dadurch höhere Kosten entstehen, die Normen und Vorgaben für den Leistungsbringer ergeben, wenn sie nach dem Ab-

mento 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 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. 15 - Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari**

**La Struttura** si assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136 e successive modifiche

**La Struttura** si impegna a dare immediata comunicazione all'Azienda Sanitaria ed al Commissariato del Governo per la Provincia di Bolzano della notizia di inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

#### **Art. 16 – Durata e aggiornamento**

Il presente accordo contrattuale decorre da novembre 2023 fino al 31.12.2025 qualora non venga disdetto da una delle parti almeno 60 (sessanta) giorni prima, con posta elettronica certificata (PEC).

Le previsioni di ordine economico e prestazionali, tranne che la quota relativa al tetto base hanno, invece validità annuale e potranno essere rinnovate/riviste per l'anno successivo solo con pec.

Nelle more dell'adozione del nuovo provvedimento economico, salvo diversa disposizione scritta dell'**Azienda Sanitaria**, si terranno 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 nazionale o provinciale, senza che maggiori oneri derivino per l'**Azienda Sanitaria** dalla necessità dell'erogatore di osservare norme e prescrizioni

schluss dieses Vertragsabkommens in Kraft treten.

In Folge derartiger Ereignisse kann der Leistungserbringer innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab Veröffentlichung der oben genannten Maßnahmen von diesem Vertragsabkommen mittels förmlicher Mitteilung an den **Sanitätsbetrieb** zurücktreten.

#### **Art. 17 – Stempelgebühren und Registrierung**

Die Stempelgebühren gehen 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 Registrierungspflicht unterworfen.

#### **Art. 18 – Anwendbare Rechtsvorschriften**

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

#### **Art. 19 – Zuständiges Gericht**

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

#### **Art. 20 – Benachteiligende Klausel**

Im Sinne und für die Wirkungen nach Art. 1322 - 1341 und 1342 des ZGB erklärt die **Einrichtung** durch den gesetzlichen Vertreter die Art. 1,2,5,9,10,11,12,14 und 15 des I. Teil und die Art. 15, 22, 23, 24, 25, 27 und 28 des II. Teil dieses Abkommens eingesehen zu haben und ausdrücklich anzunehmen

Gelesen, bestätigt und unterzeichnet

Für das Forschungszentrum EURAC Research – Per il centro scientifico EURAC Research  
Il rappresentante legale – Der gesetzliche Vertreter  
Dr. Stephan Ortner (digitale Unterschrift – firma digitale)

Für den Südtiroler Sanitätsbetrieb - Per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige  
Der Generaldirektor – Il Direttore Generale  
Dr. Christian Kofler (digitale Unterschrift – firma digitale)

entrate in vigore successivamente alla stipula.

A seguito di tali evenienze l'erogatore potrà recedere dal presente accordo contrattuale, entro 60 (sessanta) giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'**Azienda Sanitaria**.

#### **Art. 17– 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. 18 – 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. 19 – Foro Competente**

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

#### **Art. 20 – 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 1,2,5,9,10,11,12,14 e 15 della I. parte e agli articoli 15, 22, 23, 24, 25, 27 e 28 della II. Parte dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto

## II. RECHTLICH - OPERATIVER TEIL

### Art. 21 – Zugang zur Leistung

Die Leistungen aus dem gegenständlichen Vertragsabkommen sind vorgesehen für:

- Personen, die aus beruflichen Gründen eine längere oder wiederholte Tätigkeit in Höhen über 2500 m planen (z.B. Bergführer, Betreiber von Schutzhütten in über 2500 m Höhe, Mitarbeiter Skiliften die regelmäßig in Höhen über 2500 m arbeiten);
- Personen, die in Höhenlagen über 2500 m Leistungssport treiben
- Kinder unter 6 Jahren, Schwangere und Personen > 65 Jahre, die einen Aufstieg über 2500 m planen
- Personen mit psychophysischen Behinderungen oder chronischen Krankheiten (z.B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-, Lungen-, neurologische und psychiatrische Erkrankungen), die eine Besteigung in Höhen über 2.000 m planen;
- Personen, die an Symptomen oder Erkrankungen im Zusammenhang mit Hypoxie (akute oder chronische Höhenkrankheit, Höhenkopfschmerz, Höhenlungenödem, Höhenhirnödem) gelitten haben oder bei denen während der Exposition in großen Höhen Symptome im Zusammenhang mit solchen Erkrankungen aufgetreten sind;
- Personen, die an kältebedingten Erkrankungen gelitten haben (unfallbedingte Unterkühlung, Stauung, Lawinenunfall);
- Personen, die unter Krankheiten gelitten haben, die mit einem plötzlichen Abfall des Umgebungsdrucks zusammenhängen (z. B. Dekompressionskrankheit);

Die Leistungen werden mittels der Einheitlichen Landesvormerkungsstelle (ELVS) vorgemerkt, falls die Durchführung durch die ELVS vorgesehen ist, welche für die Verlegung von Terminen im Falle einer planmäßigen Schließung der **Einrichtung** zuständig ist; die Erbringung dieses Nachholbedarfes muss innerhalb von 30 Tagen erfolgen.

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

*Falls diese Verfügbarkeit nicht erreicht wird, ist eine Vertragsstrafe von 30% des Wertes der im Vorjahr erbrachten Dienstleistungen vorgesehen, entsprechnend dem nicht abgedeckten Zeitraum.*

## II. PARTE GIURIDICO - OPERATIVA

### Art. 21 – Accesso alla prestazione

Le prestazioni del presente accordo sono rivolte a:

- Soggetti che per ragioni di carattere lavorativo progettino lavori prolungati o ripetuti a quote superiori ai 2500 m (per esempio guide alpine, gestori di rifugi a quote superiori ai 2500 m, dipendenti di impianti di risalita che lavorano regolarmente a quote superiori ai 2500 m, lavoratori che operano regolarmente a quote superiori ai 2500 m);
- Soggetti che praticano sport agonistico a quote superiori ai 2500 m
- Bambini <6 anni, donne in gravidanza e soggetti > 65 anni che progettino ascensioni sopra i 2500 m;
- Soggetti con disabilità psicofisiche o patologie croniche (per esempio ipertensione arteriosa, diabete mellito, malattie cardiovascolari, polmonari, neurologiche, psichiatriche) che progettino ascensioni a quote superiori ai 2000 m;
- Soggetti che abbiano sofferto di sintomi o patologie legate all'ipossia (mal di montagna acuto o cronico, cefalea d'alta quota, edema polmonare d'alta quota, edema cerebrale d'alta quota) o in cui vi siano stati sintomi riconducibili a tali patologie durante l'esposizione all'alta quota;
- Soggetti che abbiano sofferto di patologie da freddo (ipotermia accidentale, congelamenti, incidente in valanga);
- Soggetti che abbiano sofferto di patologie legate ad una repentina riduzione della pressione ambientale (per esempio malattia da decompressione);

Le prestazioni saranno prenotate tramite la centrale unica di prenotazione provinciale (CUPP), se prevista la gestione da parte del CUPP, a cui spetta la ricollocazione degli appuntamenti in caso di chiusura programmata della **Struttura**; L'erogazione di questo recupero deve avvenire entro 30 giorni.

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%.

*Qualora non fosse data questa disponibilità, è prevista l'applicazione di una sanzione pari al 30% del valore delle prestazioni erogate nell'anno precedente stesso periodo attualmente non coperto.*

Im Falle eines neuen Vertrags beträgt die Vertragsstrafe 30 % des Wertes der im Vormonat erbrachten Dienstleistungen für den gleichen Zeitraum, der derzeit nicht abgedeckt ist.

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

Der Zugang zu den Leistungen seitens der Bürger erfolgt mittels digitaler oder materieller Verschreibung des Landesgesundheitsdienstes (LGD) oder des nationalen Gesundheitsdienstes (NGD) gemäß den Bestimmungen des vorliegenden Vertragsabkommen.

Die Verschreibungen haben unbegrenzte Gültigkeit.

#### Art. 22 - Annahme des Patienten

Bei der Annahme des Patienten muss die **Einrichtung** Folgendes feststellen:

- dass der Patient in das Verzeichnis nach Art. 20 hineinfällt;
- die Identität desselben,
- die Korrektheit der Verschreibung gemäß den geltenden Bestimmungen, einschließlich der Bestimmungen betreffend das Ticket in Bezug auf die für dieses Ticket gültigen Leistungen (wenn die Befreiung der Leistung nicht abdeckt ist, bleibt der Betrag des nicht eingehobenen Tickets zu Lasten der Einrichtung);
- falls der Patient das Gesundheitsbüchlein vorlegt, die Gültigkeit der Ticketbefreiung aufgrund der Pathologie (wenn der Patient das Gesundheitsbüchlein nicht hat und die Befreiung während der Kontrolle abgelaufen oder nicht im Besitz ist, erhält er vom Sanitätsbetrieb eine Rechnung - die Einrichtung wird mit keinem Betrag belastet);
- ob der verschreibende Arzt zur Verschreibung ermächtigt ist;
- dass es sich bei der in der Verschreibung angegebenen Leistung um die von der ELVS vorgezeichnete Leistung handelt;
- dass die Nummer der Verschreibung der im „Daten-Fluss“ registrierten Nummer entspricht;
- dass das Datum der Verschreibung dem selben Tag oder einem vorhergehenden Datum vor der Erbringung der Dienstleistung entspricht;

Falls die oben genannten Kontrollen nicht durchgeführt werden, ist der **Sanitätsbetrieb** nicht verpflichtet, die entsprechenden Leistungen für die Vergütung anzuerkennen.

Die **Einrichtung** ist angehalten, die Namen jener Patienten, die die vorgemerkte ambulante Leistung nicht gemäß Art. 36-bis Absatz 1 und 2 des

In caso di nuovo accordo la sanzione è pari al 30% del valore delle prestazioni erogate nel mese precedente per lo stesso periodo attualmente non coperto.

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 alle prestazioni da parte dei cittadini avviene con prescrizione digitale o cartacea del Servizio sanitario provinciale (SSP) o del Servizio sanitario nazionale (SSN) in conformità alle disposizioni di cui al presente accordo contrattuale.

Le prescrizioni hanno validità illimitata.

#### Art. 22 - Accettazione paziente

All'accettazione del paziente la **Struttura** è tenuta ad accertare:

- che il paziente rientri nell'elenco dei beneficiari di cui all'art. 20;
- l'identità dello stesso,
- la corretta compilazione dell'impegnativa in base alla normativa vigente, comprese le disposizioni inerenti al ticket con riferimento alle prestazioni valide per quel ticket (qualora l'esenzione non copra la prestazione l'importo del ticket non incassato verrà conteggiato a carico alla Struttura);
- se il paziente espone il libretto sanitario la validità dell'esenzione per patologia (qualora non avesse il libretto e l'esenzione in sede di controllo risulti scaduta o non in possesso gli verrà inviata fattura dall'Azienda Sanitaria - nessun addebito verrà fatto alla **Struttura**);
- se il medico prescrittore è autorizzato;
- che la prestazione indicata nell'impegnativa sia quella prenotata dal CUP;
- che il numero dell'impegnativa corrisponda a quello registrato nel "flusso dati";
- che la data dell'impegnativa sia lo stesso giorno o precedente all'erogazione della prestazione;

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

La **Struttura** è tenuta a comunicare i nominativi dei pazienti che non hanno disdetto la prenotazione ai sensi dell'art. 36-bis comma 1 e 2 della Leg-

Landesgesetzes Nr. 7 vom 05.03.2001 in der geltenden Fassung abgesagt haben, dem **Sanitätsbetrieb** mitzuteilen gemäß den vereinbarten Verfahren (wenn dies nicht automatisch geschieht).

#### **Art. 23 – Handhabung der Verschreibungen**

Die **Einrichtung** übernimmt die Verschreibung, indem sie alle in der Verschreibung angeführten zu erbringenden Gesundheitsleistungen erbringt; eine Teilerbringung der verschriebenen Gesundheitsleistungen ist nicht zulässig, außer der Patient stimmt zu: in diesem Fall kann die **Struktur** nur die in der Einrichtung möglichen Leistungen erbringen und der Patient muss sich ein neues Rezept für die nicht durchgeführten Dienstleistungen ausstellen lassen.

Es ist nicht möglich, die gleiche Verschreibung in zwei verschiedenen Einrichtungen zu verwenden.

Die **Einrichtung** kann nur die Zahlung der durchgeführten Leistungen verlangen.

Über die korrekte Verwaltung der dematerialisierten Verschreibung durch das CUPWEB-Programm werden Schulungen vom zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebes** organisiert.

Die Ärzte der **Einrichtung** können nur die zeitgleichen Dienstleistungen zur Vervollständigung der Untersuchung / diagnostischen Leistung verschreiben, gemäß Verfahren ID 256/2021; alle notwendigen Gesundheitsleistungen im Anschluss an die 1. Visite/Kontrollvisite, die der Patient benötigt, sind im ärztlichen Bericht festzuhalten und werden dem ÄAM/KFW vorgeschlagen. Auch die Kontrollvisite muss vom ÄAM/KFW verschrieben werden, wenn nicht zeitgleich mit der Untersuchung.

Wenn eine Ersatzverschreibung vorgenommen werden muss, z.B. aus diagnostischen Gründen, muss diese zusammen mit der "Hauptverschreibung" vorgelegt werden: in Ermangelung dieser ist es nicht möglich, die erbrachte Leistung anzuerkennen.

Der Arzt der **Einrichtung** wird die gleiche Ticketbefreiung angeben, die bei der Verschreibung der Visite oder derjenigen, welche er ersetzt hat, verwendet wurde.

#### **Art. 24 – Kostenbeteiligung**

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

#### **Art. 25 – Patienten außer Provinz**

ge provinciale n. 7 del 05.03.2001 versione vigente all' **Azienda Sanitaria** secondo le modalità concordate (se ciò non avviene in automatico).

#### **Art. 23 - Gestione impegnativa**

La **Struttura** prende in carico l'impegnativa erogando tutte le prestazioni sanitarie prescritte nell'impegnativa; non è ammessa un'erogazione parziale delle prestazioni sanitarie prescritte, salvo che il paziente non sia d'accordo: in questo caso la **Struttura** potrà erogare solo quelle possibili ed il paziente dovrà richiedere una nuova prescrizione per le prestazioni non fruita.

Non è possibile utilizzare la stessa impegnativa da presso due strutture diverse.

La **Struttura** inserirà nel flusso solo le prestazioni erogate.

Sulla corretta modalità di gestione dell'impegnativa dematerializzata tramite il programma CUPWEB verrà organizzata la formazione dall'ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria**.

I medici della **Struttura** possano prescrivere solo le prestazioni contestuali di completamento valutativo/ diagnostico di cui alla procedura ID 256/2021; tutte le eventuali prestazioni sanitarie necessarie successive alla 1. Visita/visita di controllo che il paziente necessita saranno contenute nella relazione medica e suggerite al MMG/PLS; anche la visita di controllo deve essere prescritta dal MMG/PLS poiché non contestuale alla visita.

In caso si rendesse necessaria la prescrizione di un'impegnativa sostitutiva ad esempio per motivi diagnostici, la stessa deve essere consegnata insieme all'impegnativa "principale": in mancanza di quest'ultima non è possibile riconoscere la prestazione erogata.

Il medico della **Struttura** indicherà la stessa esenzione presente sull'impegnativa della visita o di quella che ha sostituito.

#### **Art. 24– Partecipazione alla spesa**

Lo **Struttura** incassa direttamente dal paziente l'importo del ticket, se dovuto in base alla vigente normativa. L'importo del ticket è incluso nel tetto di spesa.

#### **Art. 25 – Assistiti fuori provincia**

Für Patienten, welche außerhalb der Provinz ansässig sind, muss ein Vordruck mit allen Daten ausgefüllt werden, damit die erbrachten Leistungen mittels Mobilität verrechnet werden können.

Die eventuellen außerhalb der WBS erbrachten Leistungen an nicht in der Provinz Bozen ansässige Patienten, werden gemäß geltenden Bestimmungen im Rahmen der Krankmobilität oder direkt vom zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebes** dem Sanitätsbetrieb, wo der Betreute seinen Wohnsitz hat, in Rechnung gestellt der sie vorher genehmigt hat.

Nicht vorab vom zuständigen Sanitätsbetrieb genehmigte außer den WBS liegende Gesundheitsleistungen werden der **Einrichtung** nicht anerkannt.

Die Leistungen an Patienten, die nicht in der Provinz Bozen ansässig sind, sind gemäß der geltenden Bestimmung in der Ausgabenhöchstgrenze enthalten.

#### **Art. 26 – Datenfluss**

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 ordnungsgemäß unterschriebenen Verschreibungen.

Der Fluss muss zusätzlich zu den von den geltenden Rechtsvorschriften geforderten Daten auch das Datum der Verschreibung und die Priorität angeben: wenn die Verschreibung die Priorität nicht angibt, darf das Feld nicht ausgefüllt werden.

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

#### **Art. 27 – Zu übermittelnde Unterlagen**

Am Beginn des Monats nach der Leistungserbringung übermittelt die **Einrichtung** die vom Patienten ordnungsgemäß unterschriebenen Verschreibungen.

Die Verschreibungen müssen außerdem:

- die fortlaufende Nummer, die jener Nummer entspricht, die im Datenfluss angegeben ist, enthalten;
- nach dieser Nummer geordnet werden;

Per il paziente residente fuori provincia deve essere compilato un modulo con tutti i dati necessari al fine della messa in mobilità della prestazione fruita.

Le eventuali prestazioni extra LEA erogate ad assistiti non residenti in Provincia di Bolzano sono fatturate direttamente da parte dell'ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria** all'Azienda Sanitaria di residenza del paziente che le ha avr  preventivamente autorizzate.

Non vengono riconosciute alla **Struttura** le prestazioni extra LEA erogate senza preventiva autorizzazione dell'Azienda Sanitaria competente.

Le prestazioni erogate ad assistiti non residenti in Provincia di Bolzano sono incluse nel tetto di spesa, sulla base della normativa vigente.

#### **Art. 26 – Flusso dati**

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 e le relative impegnative debitamente firmate.

Il flusso deve riportare oltre i dati previsti dalla normativa vigente anche la data dell'impegnativa e la priorit  indicata sulla stessa: nel caso l'impegnativa non riportasse la priorit  il campo non deve essere compilato.

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

#### **Art. 27 – Documentazione da consegnare**

All'inizio del mese successivo all'erogazione delle prestazioni la **Struttura** consegna le impegnative debitamente firmate dal paziente.

Le impegnative devono inoltre:

- riportare il numero progressivo corrispondente al numero indicato nel flusso dati;
- essere ordinate secondo tale numero;

- den Stempel der **Einrichtung** sowie das Datum der Erbringung angeben;
- den Kodex und die Anzahl der erbrachten Leistung beinhalten;
- im Falle von Leistungen zum Abschluss der diagnostischen Untersuchung ist auf der Verschreibung die fortlaufende Nummer der Verschreibung anzugeben, die sich auf die Visite bezieht, mit der diese zusammenhängt, wenn sie nicht nacheinander eingefügt werden.
- riportare il timbro della **struttura** nonché la data di erogazione;
- riportare il codice e la quantità della prestazione eseguita;
- in caso di prestazioni di completamento diagnostico valutativo indicare sull'impegnativa il numero progressivo dell'impegnativa relativa alla visita a cui sono collegate se non sono inserite una successiva all'altra.

Die Unterschrift muss leserlich sein und vom Patienten jedes Mal, wenn er eine Leistung in Anspruch nimmt, getätigt werden: Die Unterschriften dürfen nicht rückwirkend für alle zuvor bezogenen Leistungen angebracht werden.

La firma, che dovrà essere leggibile, deve essere apposta dal paziente ogni volta che fruisce della prestazione: le firme non possono essere apposte tutte in una volta retroattivamente.

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

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

### Art. 28 – Zahlungsart

### Art. 28 – Fatturazione

Nach Erhalt der im vorigen Artikel angeführten Unterlagen übermittelt der **Sanitätsbetrieb** der **Einrichtung**, eine diesbezügliche Aufstellung der Leistungen, um die Rechnung auszustellen.

Ricevuta la documentazione di cui all'articolo precedente l'**Azienda Sanitaria** invia alla **Struttura** il relativo prospetto delle prestazioni per la fatturazione.

Die **Einrichtung** kann außerdem zu Beginn des Folgemonats nach der Erbringung der Leistungen eine Anzahlungsrechnung in Höhe von 80% des geleisteten Nettobetrag des Tickets vorlegen und den Betrag im Voraus mit dem zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebs** vereinbaren.

La **Struttura** può presentare altresì ad inizio del mese successivo all'erogazione delle prestazioni una fattura di acconto pari al 80% dell'erogato al netto del ticket, concordando preventivamente l'importo con l'ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria**.

Der Betrag muss auf Hundertstel aufgerundet werden: Rechnungen mit nicht gerundeten Beträgen werden zurückerstattet.

L'importo deve essere arrotondato alle centinaia: fatture che riportano importi non arrotondati verranno restituite.

Gelesen, bestätigt und unterzeichnet

Letto, approvato e sottoscritto

Für das Forschungszentrum EURAC Research – Per il centro scientifico EURAC Research  
Il rappresentante legale – Der gesetzliche Vertreter  
Dr. Stephan Ortner (digitale Unterschrift – firma digitale)

Für den Südtiroler Sanitätsbetrieb - Per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige  
Der Generaldirektor – Il Direttore Generale  
Dr. Christian Kofler (digitale Unterschrift – firma digitale)

**III. TEIL**  
**KONVENTIONIERTER LEISTUNGEN**

**GEBIRGSMEDIZIN**

**Dreijahreszeitraum 2023-2025**

Nachstehend die Übersicht, die detaillierte Auflistung befindet sich in der Tabelle im Anhang: Tabelle Teil III – Fachbereich

Grundausgabenhöchstgrenze \* / Tetto di spesa base \*

\* entspricht dem jährlichen Betrag, welcher der **Einrichtung** für die Dauer der Gültigkeit des Abkommens zuerkannt werden kann.

Variable Ausgabenhöchstgrenze \*\* / Tetto di spesa variabile \*\*

\*\* entspricht dem jährlichen Betrag, der jährlich variabel ist, welcher der **Einrichtung** zuerkannt wird.

Aus diesen beiden Beträgen (Grundausgabenhöchstgrenze + Variable Ausgabenhöchstgrenze) ergibt sich die jährliche Ausgabenhöchstgrenze (auf Jahresbasis, wird dann proportional für das Jahr 2023 berechnet)

Vertragswert / valore contrattuale annuo (auf Jahresbasis / base annua)

Für das Forschungszentrum EURAC Research – Per il centro scientifico EURAC Research  
Il rappresentante legale – Der gesetzliche Vertreter  
Dr. Stephan Ortner (digitale Unterschrift – firma digitale)

Für den Südtiroler Sanitätsbetrieb - Per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige  
Der Generaldirektor – Il Direttore Generale  
Dr. Christian Kofler (digitale Unterschrift – firma digitale)

**III. PARTE**  
**PRESTAZIONI CONVENZIONATE**

**MEDICINA DI MONTAGNA**

**triennio 2023-2025**

Di seguito la tabella riassuntiva, mentre l'elenco dettagliato è riportato nella tabella in appendice: Tabella Parte III

ca. € **26.345,00**

\* corrisponde all'importo annuale riconoscibile alla **Struttura** per la durata di validità dell'accordo stesso.

ca. € **3.951,75**

\*\* corrisponde all'importo annuo che è variabile ogni anno, riconosciuto alla **Struttura** per anno.

Questi due importi (tetto di spesa di base + tetto di spesa variabile) danno il tetto di spesa annuale (su base annua, che viene poi calcolato proporzionalmente per l'anno 2023).

ca. € **30.296,75**

**Teil III - Gebirgsmedizin - Tabella parte III - medicina di montagna**

Kodex - Codice	Leistung- Prestazione	Anzahl numero	Tarif – Tariffa	Grund- und variable Ausgabenhöchstgrenze Tetto di spesa base e variabile
89.07	Erste Visite / Prima visita	100	€ 36,15	€ 3.615,00
89.01	Kontrollvisite oder Follow-Up-Visite / Visita di controllo o di follow up, non altrimenti specificata	100	€ 25,00	€ 2.500,00
89.44.1	Kardiorespiratorischer Belastungstest/ Prova di sforzo cardiorespiratorio /	100	€ 83,70	€ 8.370,00
89.65.3	Blutgasanalyse unter O2 Atmung in niedriger Konzentration /Emogasanalisi durante respirazione di O2 a bassa concentrazione /	100	€ 18,60	€ 1.860,00
Prestazioni di completamento diagnostico – Leistungen zur diagnostischen Vervollständigung			Forfait	10.000.-
<b>Jährliche Grundaussgabenhöchstgrenze insgesamt - Tetto di spesa base annuale totale</b>				<b>€ 26.345,00</b>

Kodex - Codice	Leistung- Prestazione	Anzahl numero	Tarif – Tariffa	Gesamtbetrag pro Jahr Importo complessivo annuale
89.07	Erste Visite /Prima visita	15	€ 36,15	€ 542,25
89.01	Kontrollvisite oder Follow-Up-Visite /Visita di controllo o di follow up, non altrimenti specificata	15	€ 25,00	€ 375,00
89.44.1	Kardiorespiratorischer Belastungstest/ Prova di sforzo cardiorespiratorio	15	€ 83,70	€ 1.255,50
89.65.3	Blutgasanalyse unter O2 Atmung in niedriger Konzentration /Emogasanalisi durante respirazione di O2 a bassa concentrazione /	15	€ 18,60	€ 279,00
Prestazioni di completamento diagnostico – Leistungen zur diagnostischen Vervollständigung			Forfait	€ 1.500,00
<b>Variable Ausgabenhöchstgrenze – Tetto di spesa variabile</b>				<b>€ 3.951,75</b>

## Jährliche Ausgabenhöchstgrenze insgesamt - Tetto di spesa annuale totale

### Gebirgsmedizin - Medicina di Montagna

Kodex - Codice	Leistung- Prestazione	Anzahl numero	Tarif - Tariffa	Grundausgabenhöchstgrenze Tetto di spesa base	Anzahl numero	Variable Ausgabenhöchstgrenze Tetto di spesa variabile	Anzahl numero	Insgesamt Totale
89.07	Erste Visite Prima visita	100	€ 36,15	€ 3.615,00	15	€ 542,25	115	€ 4157,25
89.01	Kontrollvisite oder Follow-Up-Visite Visita di controllo o di follow up, non altrimenti specificata /	100	€ 25,00	€ 2.500,00	15	€ 375,00	115	€ 2875,00
89.44.1	Kardiorespiratorischer Belastungstest/ Prova di sforzo cardiorespiratorio /	100	€ 83,70	€ 8.370,00	15	€ 1.255,50	115	€ 9625,00
89.65.3	Blutgasanalyse unter O2 Atmung in niedriger Konzentration /Emogasanalisi durante respirazione di O2 a bassa concentrazione /	100	€ 18,60	€ 1.860,00	15	€ 279,00	115	€ 2.139,00
Prestazioni di completamento diagnostico - Leistungen zur diagnostischen Vervollständigung			Forfait	€ 10.000,00	Forfait	€ 1.500,00	€ 11.500,00	
<b>Jährliche Ausgabenhöchstgrenze insgesamt - Tetto di spesa annuale totale</b>				<b>€ 26.345,00</b>		<b>€ 3.951,75</b>		<b>€ 30.296,75</b>