| | | |
|---|---|---|
| **AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NUORO** | | **AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI SASSARI** |
| | | |

**CONVENZIONE TRA L'AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI SASSARI E L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NUORO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI CROMOSOMICI DA PARTE DEL CENTRO DI GENETICA CLINICA.**

TRA

L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari, con sede legale in Sassari, Via M. Coppino, 26, C.F. e P.I.V.A. 02268260904, rappresentata dal Commissario Straordinario, Dott. Giuseppe Pintor, nato a Nuoro (NU) il 14/07/1963, PNTGPP63L14F979K, domiciliato per la carica presso la medesima;

e

l'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro, con sede legale in Nuoro, Via Demurtas, 1, C.F. e P. I. V.A. 00977680917, rappresentata dal Commissario Straordinario, Dott. Mario Carmine Palermo, nato a Nuoro (NU) il 04/12/1954, PLRMCR54T04F979U domiciliato per la carica presso la medesima;

**PREMESSO**

- che l'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro, al fine di garantire l'esecuzione degli esami cromosomici a favore del P. O. “San Francesco” da parte del Centro di Genetica Clinica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, ha stipulato con l'Azienda apposita Convenzione per l’annualità 2013;
- che l'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro, con nota prot. n. PG/2565 del 06.02.2015, ha manifestato la volontà di continuare ad avvalersi, per l'effettuazione di dette prestazioni, per n. 2 annualità (2014, 2015) della collaborazione del Centro di Genetica Clinica dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari;
- che l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari ha manifestato la volontà di proseguire il rapporto convenzionale per n.2 anniualità.

**TUTTO CIO' PREMESSO**

**SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**

**ART. 1 – Oggetto**

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari si impegna, tramite il proprio Centro di Genetica

Clinica, a garantire all'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro i seguenti esami:

- analisi cromosomiche su sangue periferico;
- analisi cromosomica su midollo osseo;
- analisi cromosomica su coltura cellulare a medio termine;
- analisi rischi genetici;
- diagnosi prenatale;
- connesse consulenze di genetica medica;
- eventuali altre prestazioni rese dal Centro di Genetica Clinica.

**ART. 2 – Modalità**

L'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro invierà al Centro di Genetica Clinica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari i campioni di tessuto da analizzare accompagnati da richiesta scritta ovvero informatizzata (previ specifici accordi a tal fine tra le due Aziende) su carta intestata come da modello allegato (Allegato 1).

Il Centro di Genetica Clinica dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari invierà all'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro, con cadenza trimestrale, un elenco analitico degli esami effettuati accompagnato dalla relativa notula e provvederà altresì a restituire, con compatibile tempestività, gli esami effettuati direttamente al Primario della Divisione che ne farà richiesta.

**ART. 3 – Compensi**

Per l'esecuzione delle prestazioni di cui all'art. 1, l'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro corrisponderà all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari le tariffe indicate nel Nomenclatore Tariffario Regionale, maggiorate del 15%.

**ART. 4 – Fatturazione**

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari, previa verifica da parte della Direzione Sanitaria dei rendiconti mensili forniti dalla Struttura interessata, emetterà fattura trimestrale per le prestazioni erogate, alla quale verrà allegata copia degli stessi rendiconti. Il contenuto dei rendiconti sarà oggetto di accordo fra le rispettive Direzioni Sanitarie.

La ASL di Nuoro procederà al pagamento degli importi entro 30 giorni dalla data della fattura.

**ART. 5 – Durata**

La presente Convenzione ha validità dal 1.01.2014 con scadenza il 31.12.2015.

La Convenzione potrà essere espressamente rinnovata previo accordo delle parti.

**ART. 6 – Recesso**

Le parti hanno facoltà di recedere in qualsiasi momento dalla presente Convenzione con preavviso di tre mesi notificato con raccomandata A/R. Nel caso di recesso da parte dell'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari ha diritto a conseguire il corrispettivo delle prestazioni rese sino alla data di efficacia della dichiarazione di recesso, restando escluso il diritto ad ogni ulteriore compenso a qualsiasi titolo.

**ART. 7 – Trattamento dati**

Con il presente atto, l'AOU ed il Centro di Genetica Clinica sono autorizzati, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, al trattamento dei dati personali trasmessi dall'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro per le attività istituzionali, ai soli fini dell'espletamento degli incarichi di cui alla presente convenzione e nei limiti delle esigenze derivanti dagli stessi.

**ART. 8 – Foro competente**

Per eventuali controversie giudiziarie, il Foro competente è, in via esclusiva, quello di Sassari.

**ART. 9 – Disposizioni Finali**

La presente convenzione, redatta su tre pagine in duplice originale, verrà registrata solo in caso d'uso a cura della parte interessata. Le eventuali modifiche dettate da diversi presupposti normativi ovvero da mutate condizioni operative degli enti devono essere proposte ed approvate con atto scritto dalle parti.

Letto, approvato e sottoscritto in _____ in data _____

AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI SASSARI
**Il Commissario Straordinario**
**(Dott. Giuseppe Pintor)**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NUORO
**Il Commissario Straordinario**
**(Dott. Mario Palermo)**

AOUSassari

# MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI

**PRE-RICOVERO** ☐ **DIMISSIONE PROTETTA** ☐ **DEGENTI** ☐

**Data richiesta**:____/____/_____ **Reparto richiedente**:_____

**SI INVIA RICHIESTA DI**:

Prestazione (descrizione)_____ Codice:_____

Prestazione (descrizione)_____ Codice:_____

Prestazione (descrizione)_____ Codice:_____

**PER IL/LA PAZIENTE, SIG./RA:**

Cognome:_____Nome:_____

Nato/a il ____/____/_____ a:_____

Residente a:_____ in
Via_____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Codice Fiscale

Medico referente in reparto, dott:_____

**MOTIVO DELLA RICHIESTA:** _____

**DIAGNOSI DI BASE:** _____

**TERAPIA PRATICATA:**

_____

_____

**Firma e timbro del medico richiedente**:_____

**Data erogazione**:____/____/_____ **Reparto erogante**: _____

Prestazione (descrizione)_____ Codice:_____

Prestazione (descrizione)_____ Codice:_____

Prestazione (descrizione)_____ Codice:_____

**Firma e timbro del medico erogante:**_____