



**A.I.O.P.**  
ASSOCIAZIONE ITALIANA  
OSPEDALITÀ PRIVATA  
SEDE REGIONE SICILIA

Palermo, 19 APRILE 2018

Il Presidente

Prot. N. 232/2018

Ai Titolari delle case di cura  
della provincia di Palermo e Trapani  
LORO SEDI

**Oggetto: servizio mortuario - convenzione esami autoptici.**

Gentili Associati,

facendo seguito alla nostra precedente, di pari oggetto, Vi rimettiamo, in allegato, la bozza di convenzione pervenuta dal Policlinico di Palermo a seguito della nostra richiesta di rinnovo della stessa per il prossimo triennio.

Vi invitiamo, pertanto, a far pervenire la nuova convenzione, debitamente sottoscritta, al seguente indirizzo mail :

**convenzioni@policlinico.pa.it**

Cordiali saluti

Dott.ssa Barbara Cittadini

All/2

**Premesso che:**

- che la Casa di Cura \_\_\_\_\_ con nota prot. nr \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha chiesto a questa AOUP di voler valutare la possibilità di rinnovo del rapporto convenzionale già precedentemente in essere con l'AOUP per l'espletamento dei riscontri diagnostici anatomo-patologici sulle salme ai sensi della legge 83/61, secondo quanto previsto della Regione Sicilia nr. 39/88 e ribadito dal D.A. 17 aprile 2003 all'art. 9 (all.1 parte 3 punto 3r) ad integrazione del D.A. 890/02 della Regione Siciliana.
- che il Responsabile del Servizio di Diagnostica Autoptica dell'AOUP ha manifestato la propria disponibilità ad eseguire i riscontri diagnostici in parola;

**Tra**

**La Casa di Cura** \_\_\_\_\_ .., cod.fisc. P.IVA nr \_\_\_\_\_. sede legale in Via \_\_\_\_\_ nella persona del Legale rappresentante \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e domiciliato per la carica presso la sede legale (di seguito denominata Casa di Cura).

**E**

**L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo**, cod. fisc./P.IVA n. 05841790826, con sede in Palermo – Via del Vespro, 129, nella persona del legale rappresentante *pro-tempore* il Commissario dott. Fabrizio De Nicola nato a Palermo il 26/01/1957 e domiciliato per la carica presso la sede (di seguito denominata AOUP o anche Azienda).

**di seguito denominata anche singolarmente "Parte" o congiuntamente "Parti"**

**Tutto ciò premesso che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, le parti in epigrafe convengono e stipulano quanto segue:**

**Art. 1 – Oggetto della convenzione**

L'AOUP, e per essa il U.O.Servizio di Diagnostica Autoptica dell'AOUP si impegna ad espletare i riscontri anatomo-patologici sulle salme provenienti dalla Casa di Cura per il tramite di un proprio dirigente medico individuato nel Prof. Emiliano Maresi, Responsabile del Servizio sopra detto. In particolare l'attività in parola riguarderà l'esecuzione dell'autopsia in sala settoria e successivamente la riduzione dei prelievi effettuati in corso di autopsia, il loro allestimento e la lettura dei preparati istologici, ai sensi di quanto previsto dal Regolamento di Polizia Mortuaria di cui al D.P.R. 285/1990.

**Art. 2 – Natura della convenzione**

L'attività professionale richiesta sarà prestata in regime ordinario e pertanto, la stessa sarà essere eseguita durante l'orario di servizio dal professionista e da tutto il personale coinvolto, rientrando la stessa tra i compiti che il medesimo personale è istituzionalmente tenuto ad eseguire nell'ambito della struttura d'appartenenza.

### Art. 3 - Modalità di esecuzione del rapporto

Il riscontro diagnostico richiesto dovrà essere eseguito nel rispetto della normativa vigente in materia, avendo cura di evitare mutilazioni o dissezioni che non dovessero essere necessarie al raggiungimento dell'accertamento della causa di morte, nonché ponendo la maggior accortezza possibile alla ricomposizione del cadavere;

Le salme dovranno essere trasportate presso camera mortuaria dell'Azienda per la registrazione ed il successivo trasferimento presso la Sala Autoptica del Servizio di Diagnostica Autoptica, a spese del Comune di appartenenza della stessa che provvederà al trasporto, conformandone le modalità in base a quanto disposto dalla normativa specifica in materia, previa richiesta della Direzione Sanitaria della Casa di Cura richiedente ed accordo tra i Responsabili dei Servizi interessati.

La suddetta richiesta dovrà essere inderogabilmente corredata da una breve riassunto della storia clinica del paziente.

La Direzione Sanitaria della Casa di Cura è tenuta, altresì, a comunicare al professionista l'eventuale sussistenza di un procedimento giudiziario del quale sia venuta a conoscenza prima dell'inizio dell'attività;

Il riscontro sarà effettuato previa acquisizione del consenso dei familiari del defunto (All.A)

Il referto sarà consegnato dal professionista incaricato alla Direzione Sanitaria della Casa di Cura, entro 60 giorni dalla data di effettuazione dell'esame, salvo diversa richiesta della Casa di Cura.

L'AOUP garantisce che i locali, e le strutture e le attrezzature impiegate per l'espletamento dell'attività oggetto del presente contratto sono e saranno idonee e conformi, anche sotto il profilo degli standard di qualità, a quanto previsto dalla normativa in materia. E' riconosciuta alla Casa di Cura la facoltà di procedere alla verifica dei controlli di qualità espletati dall'AOUP, in orari e secondo le modalità preventivamente concordati tra le parti.

A tal fine, l'AOUP si impegna a prestare alla Casa di Cura la dovuta collaborazione, impegnandosi sin d'ora a consentire l'accesso a tutti gli atti e documenti di cui la Casa di Cura avesse bisogno per l'espletamento della citata attività di controllo.

### Art. 4 – Rapporti economici

I rapporti economici tra le parti derivanti dall'esecuzione del presente contratto sono regolati così come di seguito specificato

1. A fronte di ciascun riscontro diagnostico anatomico-patologico effettuato (feti, bambini, adulti ) verrà corrisposta all'AOUP una somma pari a **€ 2.500,00**
2. a fronte di ogni riscontro diagnostico effettuato su annessi placentari verrà corrisposta all'AOUP una somma pari a **€ 1.000,00**

### Art. 5 – Modalità di pagamento

Per i compensi di cui al precedente art. 4 la Casa di Cura si impegna a versare all'AOUP i relativi importi dovuti bimestralmente a seguito dell'emissione da parte dell'AOUP, di fatture relative alle prestazioni eseguite nel bimestre di riferimento e le relative date di effettuazione.

Il professionista incaricato avrà cura di trasmettere, con cadenza mensile, opportuna rendicontazione dell'attività resa in favore della predetta Casa di Cura alla Direzione Sanitaria della stessa e all'Ufficio Fatturazione Attiva dell'Area Economico-Finanziaria dell'AOUP, al fine di consentire la fatturazione delle prestazioni rese.

La Casa di Cura emetterà il beneplacito al pagamento dopo una verifica di corrispondenza con quanto richiesto entro e non oltre 10 giorni dall'emissione della fattura da parte dell'A.O.U.P.

La Casa di Cura dovrà versare le somme relative direttamente all'A.O.U.P, tramite accredito sul c/c bancario n. 218030 – IBAN IT86P010050460000000218030 acceso presso la BANCA NAZIONALE DEL LAVORO S.p.a. Sede di Palermo, Ente Cassiere dell'A.O.U.P.

#### **Art. 6 – Interessi moratori**

In ottemperanza a quanto disciplinato dal D.Lgs. 192 del 9 novembre 2012 e ss.mm.ii. l'AOUP si riserva la facoltà di chiedere alla Casa di Cura la corresponsione, nel caso di ritardato pagamento degli interessi di mora che saranno calcolati ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

#### **Art. 7 – Copertura Assicurativa**

L'AOUP garantisce, mediante il sistema della *c.d.* autoassicurazione, la copertura della responsabilità civile professionale del dirigente medico e di tutto il personale coinvolto per danni involontariamente causati a terzi, in relazione all'attività espletata in attuazione del presente accordo, con esclusione della responsabilità derivante da dolo o colpa grave.

#### **Art. 8 – Trattamento dei dati sensibili**

L'A.O.U.P è tenuta a mantenere la massima riservatezza e a non divulgare a terzi notizie, fatti o documenti di cui fosse venuta a conoscenza in dipendenza dall'esecuzione della presente Convenzione, attenendosi alle disposizioni di Legge applicabili in materia di privacy ed ai principi della deontologia professionale. Il medesimo obbligo vige con riguardo agli esiti degli accertamenti effettuati e della documentazione a corredo che restano di proprietà della Casa di Cura e che non potranno in alcun modo essere utilizzati dall'Azienda. Qualora la Casa di Cura riscontrasse una qualsiasi violazione degli obblighi descritti, essa potrà procedere alla risoluzione del contratto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c.

#### **Art.9 – Durata del contratto**

La presente convenzione avrà durata triennale con decorrenza dal 1° gennaio 2018. La stessa potrà essere rinnovata solo previo esplicito consenso manifestato dalle parti.

#### **Art. 10 – Recesso e risoluzione**

Le parti contraenti si riservano la facoltà di interrompere la presente convenzione anche prima della sua naturale scadenza, nel caso in cui vengano meno le condizioni e/o le esigenze che ne hanno determinato la stipula, mediante preavviso, da inviarsi a mezzo raccomandata A/R o pec, alla controparte almeno 30 giorni prima della data di interruzione.

Nel caso di scioglimento anticipato del contratto non imputabile ad inadempimento dell'AOUP, la Casa di Cura si impegna a corrispondere il compenso relativo alle prestazioni rese sino alla data di recesso.

#### **Art. 11 – Clausole di parità**

L'esecuzione della Convenzione è regolata dalle clausole del presente atto che ne costituiscono la manifestazione integrale di tutti gli accordi intervenuti tra l'AOUP e la Casa di Cura.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni clausola della presente Convenzione è stata dalle stesse negoziata ed specificatamente approvata su di un piano di assoluta parità.

Per tutto quanto non espressamente previsto, le parti rinviano al Codice Civile ed alle disposizioni già emanate in materia di contratti di diritto privato ove applicabili.

#### **Art.12 - Controversie**

Per ogni controversia in ordine all'interpretazione ed applicazione del presente atto sarà competente il Foro di Palermo.

#### **Art.13 – Oneri fiscali**

La presente convenzione è soggetta a registrazione solo in caso d'uso, con oneri a carico della parte che ha richiesto tale adempimento;

#### **Art. 14 - Disposizioni finali**

La presente convenzione è soggetta automaticamente ad ogni e qualsivoglia modificazione derivante dall'entrata in vigore di leggi od altra statuizione normativa e regolamentare e/o da contratti disciplinanti in maniera nuova e/o diversa la materia oggetto della convenzione.

Le parti convengono sin d'ora che l'oggetto dell'accordo potrà essere esteso a prestazioni ulteriori. Tuttavia ogni e qualsivoglia modifica od estensione del presente accordo dovrà avvenire in forma scritta e sarà frutto di specifici accordi tra l'AOUP e la Casa di Cura.

Letto, confermato e sottoscritto.

Palermo, li \_\_\_\_\_

Per la Casa di Cura

Il Legale Rappresentante

Per l'Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico "Paolo Giaccone"  
Il Commissario  
(Dott. Fabrizio De Nicola)

CONSENSO INFORMATO RESO DAI FAMILIARI O DEGLI AVENTI TITOLO ALL'ESECUZIONE DEL RISCONTRO DIAGNOSTICO

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 4 comma 2 bis della legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" pubblicato nella G.U. Generale n. 64 del 17.03.2017

il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ consapevole che le dichiarazioni mendaci o false sono punite ai sensi degli art. 483,495 e 496 del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere familiare del deceduto sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in quanto \_\_\_\_\_ (specificare il grado di parentela) o di avere titolo in quanto \_\_\_\_\_ (nel caso di delega da parte del familiare occorre allegare il documento d'identità del delegato e del delegante)

di accettare l'esecuzione del riscontro diagnostico disposto dalla Direzione Sanitaria del \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara:

di disporre la presenza del medico di fiducia nella persona del dott. \_\_\_\_\_

di rinunciare alla presenza del medico di fiducia

**Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato che, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia di privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

**Il/la Dichiarante**  
\_\_\_\_\_