



ACCORDO TRA L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO-ISONTINA E STUDIO RADIOLOGICO CATANIA S.R.L. PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
(ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/92)

TRA

l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina con sede in Trieste via Costantino Costantinides, C.F. e P. IVA 01337320327, in persona del Direttore della Struttura Complessa Convenzioni, Affari generali e Legali – dott.ssa Bernardetta Maioli, delegata alla firma del presente atto dal Direttore Generale e legale rappresentante dell'Azienda dott. Antonio Poggiana, giusto decreto n. 271 del 1 aprile 2021;

E

lo **Studio Radiologico Catania S.r.l.**, con sede in Trieste, via della Geppa 17, Partita IVA 01171000324, in persona del legale rappresentante dott. Luigi CATANIA, il quale dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, del DPR n. 445/2000, di non essere stato condannato con provvedimento definitivo (sentenza anche a seguito di patteggiamento, decreto penale di condanna) per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la P.A.

PREMESSO:

1. che l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. 502/1992 stabilisce che la Regione e le Unità Sanitarie Locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi contrattuali con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati e che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies del medesimo D.Lgs prevede che l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture eroganti prestazioni per conto del S.S.N. sia sospeso in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali;

2. che l'art. 65 della L.R. n. 22 del 12.12.2019 *“Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006”* prevede che la stipula di accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e di accordi aziendali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale siano definiti in coerenza con la programmazione regionale che determina il fabbisogno e le risorse sulla base di requisiti e valutazioni di comparazione della qualità e dei costi;

3. che con L.R. 27 del 17.12.2018 rubricata *“Assetto Istituzionale e Organizzativo del Servizio Sanitario Regionale”* è stata istituita l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina – ASUGI - legittimata a stipulare gli accordi contrattuali con le strutture private accreditate, atteso che a far data dal 01 gennaio 2020 sono stati trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'ex Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (A.S.U.I.T.S.) e alla parte *“Isontina”* dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 *“Bassa Friulana - Isontina”* (A.A.S. n. 2);



4. che con la DGR n. 1763 del 18.10.2019 ad oggetto “*D.Lgs. 502/1992, art.8 quater – LR 17/2014, art. 49 Determinazione del fabbisogno di assistenza ai fini dell’accreditamento istituzionale*”, la Regione ha identificato gli ambiti specialistici che presentano maggiore criticità in termini di offerta, di tempi d’attesa e conseguentemente di flussi di mobilità intra ed extraregionale, al fine di rendere coerenti i fabbisogni con le attività delle strutture private;

5. che con DGR n. 1815 dd. 25.10.2019 recante “Approvazione del piano regionale di governo delle liste d’attesa 2019-2021” è stato recepito il Piano Nazionale di cui all’art. 1, comma 280, della legge n. 266/2005 prevedendo l’applicazione delle disposizioni contenute nel piano regionale a tutte le Aziende del S.S.R. e agli erogatori privati convenzionati considerando questi ultimi parte integrante dell’offerta complessiva regionale e come tale oggetto di politiche di programmazione sanitaria coerenti con quelle che regolano l’erogazione dei servizi nelle strutture pubbliche a partire da un’analisi dell’offerta complessiva regionale in rapporto ai bisogni della popolazione;

6. che con Decreto ASUGI n. 437 del 21/5/2021, nelle more della stipula degli accordi regionali al fine di garantire le prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, l’Azienda ha approvato per l’anno 2021 la commessa con ciascuna struttura privata accreditata afferente al territorio di ASUGI, confermando il riferimento al budget 2019 ovvero a quanto stabilito con DGR n.42/2017

7. che la DGR n. 1037 del 02.07.2021 - con cui è stato approvato l’Accordo triennale 2021-2023 tra la Regione e le Associazioni rappresentative degli erogatori privati FVG, avente ad oggetto l’erogazione per conto del Servizio Sanitario Regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate – quantifica le risorse economiche destinate ai singoli operatori privati per l’attività erogata a favore di utenti regionali, ricalcolando gli importi sul budget storico 2011 rivalutato ai sensi del decreto legge 26.10.2019 n. 124, convertito con modificazioni dalla legge di conversione 19 dicembre 2019, n. 157;

8. che con la citata DGR 1037/2021, la Regione definisce:

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento;
- una “Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d’attesa” finalizzata all’erogazione di specifiche prestazioni identificando risorse economiche aggiuntive destinate alle singole strutture private accreditate;
- che, nelle more della definizione degli Accordi fra le Regioni, l’attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti presso le altre Regioni deve rispettare il tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore che stabilisce di fare riferimento all’erogato 2011;
- che gli Accordi regionali hanno durata triennale e ricomprendono le prestazioni rese nei confronti dell’Azienda sanitaria dal 01/01/2021, nelle more del perfezionamento degli stessi Accordi;

9. la sopra citata Delibera di Giunta Regionale stabilisce altresì:

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento, in considerazione che dai dati contenuti nell'allegato della citata DGR emergono criticità, in particolare, per alcune branche specialistiche in ordine alla riduzione dei tempi d'attesa e alla connessa mobilità extraregionale (fuga), destinando così le risorse finalizzate necessarie ai sensi della disposizione di cui all'art. 34, comma 3, della L.R. n. 22/2019 e nei limiti percentuali previsti dal medesimo comma;
- la destinazione di tale ulteriore finanziamento agli erogatori privati accreditati sulla base di accordi aventi ad oggetto apposta "Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa" finalizzata all'erogazione di specifiche prestazioni identificando le apposite commesse e le correlate risorse economiche aggiuntive destinate alle singole strutture private accreditate. Tali progettualità soggiacciono a specifiche modalità di verifica, hanno valore esclusivamente per il periodo di riferimento e non possono costituire storicizzazione del budget che potrà altresì essere rimodulato di anno in anno in relazione agli esiti delle verifiche effettuate;
- in merito all'utilizzo dell'ulteriore predetto finanziamento aggiuntivo, difatti testualmente recita che:
 - *"la disposizione del terzo comma dell'art. 34 della legge regionale n. 22/2019 prevede, nell'ambito della gestione aziendale e della clausola di invarianza finanziaria – la quale impone dei limiti complessivi di spesa di cui al consolidato regionale che, in quanto tali, non consentono di sostenere oneri eccedenti la copertura prestabilita – di porre in essere nei rapporti con i soggetti privati accreditati, azioni che destinino maggiori risorse sino al massimo del 6 per cento del finanziamento di parte corrente per il SSR con correlate riduzioni di altri costi"*;
 - *"il recupero della fuga extraregionale consente la progressiva e contestuale diminuzione del costo a carico del bilancio degli enti del S.S.R. costituito dal valore delle prestazioni acquistate dai residenti in FVG presso strutture di altre Regioni, (...) e, pertanto, tale manovra è coerente con il principio dell'invarianza dell'effetto finanziario"*;

10. che gli Accordi triennali approvati definiscono nel succitato capo rubricato "Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa" specifiche azioni a carico delle parti e delle Aziende da realizzare durante il triennio di vigenza di tali Accordi che vanno definite in appositi disposizioni contrattuali tra Azienda e singolo erogatore privato con cui stabilire, altresì, che sulla base dei dati oggettivi rilevati ai fini della valutazione dell'efficacia dei progetti, qualora emerga una parziale o totale inefficacia degli stessi, avendo particolare riguardo agli obiettivi prefissati di riduzione progressiva delle liste d'attesa e della connessa mobilità extraregionale, la Regione, previo confronto con gli erogatori privati accreditati, può adottare le azioni necessarie a rimodulare, limitare o sospendere la progettualità e il relativo finanziamento;

11. Che lo Studio Radiologico Catania s.r.l., di seguito struttura, è autorizzato all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento prot. 52495-09/GEN.IV.1.D.6, dd. 09.12.2009, rilasciato dall'allora Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina";

12. che la Struttura è accreditata a pieno titolo con decreto n. 1253/SPS del 7/9/2018 e integrato con decreto n. 1001/SPS del 23/3/2021 della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR, nelle seguenti branche specialistiche:

- **Diagnostica delle immagini**



13. che il Decreto del Ministero della Salute del 09.12.2015 recante le *“Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio sanitario nazionale”*, definisce le prestazioni di specialistica ambulatoriale che possono essere erogate a carico del Servizio Sanitario, solo nel rispetto di determinate condizioni di erogabilità riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all’esito delle procedure o accertamenti progressi;

14. che il DPCM 12.01.2017 definisce ed aggiorna i Livelli essenziali di assistenza LEA, di cui all’articolo 1, comma 7, del D.Lgs. 502/1992;

15. che la DGR 22.09.2017 n. 1783 avente ad oggetto *“DPCM 12.01.2017 – Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (extraLEA)”*, dispone l’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA – e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (extra-LEA);

16. che le tariffe attualmente vigenti per la specialistica ambulatoriale ed applicate nel presente accordo, salvo successive modifiche, sono quelle definite nel nomenclatore tariffario regionale di cui alla DGR n. 1680 del 14/09/2018 e s.m.i.;

17. che le DGR n. 2034 del 16.10.2015 e n.1815 del 25.10.2019 definiscono rispettivamente l’organizzazione e le regole per l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione delle liste di attesa al fine di assicurare in maniera omogenea sull’intero territorio regionale il sistema dell’offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

18. che con il decreto ASUGI n. 401 del 13.05.2021 è stato approvato il Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa - anno 2021;

19. che all’art. 6 nella sezione *“Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d’attesa”* della DGR 1037/2021 è previsto che gli erogatori privati concorrono nel perseguimento dell’obiettivo della limitazione della mobilità extraregionale attraverso la riduzione delle liste di attesa, sia sul versante dell’offerta di ricovero sia sul versante dell’offerta di prestazioni ambulatoriale;

20. che, anche in ragione della valutazione periodica dei tempi di attesa e del recupero della fuga extraregionale, risulta opportuno procedere ad un monitoraggio infrannuale dei volumi prestazionali richiesti ed erogati ed addivenire ad eventuale modifica e/o integrazione del presente accordo;

21. che con decreto del Direttore Generale viene recepito il testo del presente accordo sottoscritto dalle parti.

Tutto ciò premesso e considerato, le parti stipulano e sottoscrivono il presente contratto, avente ad oggetto nella sezione denominata *“PARTE I”* l’acquisto e l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG, con oneri da porre a carico del bilancio delle Aziende sanitarie della Regione – ANNO 2021, nella sezione denominata *“PARTE II”* l’acquisto e l’erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale per conto del SSR a favore di assistiti della Regione



FVG, con oneri da porre a carico del bilancio delle Aziende sanitarie della sulla base delle disposizioni contenute nell'apposito paragrafo rubricato "Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa" dell'Accordo triennale 2021-2023 approvato con DGR 1037/2021 e per l'utilizzo del finanziamento all'uopo finalizzato.

PARTE I

Acquisto ed erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG, con oneri da porre a carico del bilancio delle Aziende sanitarie della Regione – ANNO 2021, nella sezione denominata – BUDGET ORDINARIO

Articolo 1

Oggetto del contratto

La struttura si impegna ad erogare, in coerenza con i provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, a favore degli aventi diritto secondo la normativa statale e/o regionale vigente, nella sede indicata nei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, le prestazioni inerenti alle seguenti branche specialistiche:

Diagnostica per immagini di primo livello

- Radiografia con mezzo di contrasto
- Ecografia
- Risonanza magnetica nucleare osteoarticolare

Articolo 2

Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

1. Il budget assegnato alla Struttura per prestazioni a residenti FVG per l'anno 2021 è di complessivi € 461.855,67 per le quote di competenza relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
Si precisa che, in coerenza con quanto definito dalla DGR 1037/2021, eventuali prestazioni eccedenti il budget sono riconosciute fino a un massimo del 5% da detrarsi dal budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, vengono riassegnati per l'anno successivo sottoutilizzi di budget entro e non oltre il 5% del budget stesso entro il triennio di vigenza dell'accordo.
Come previsto ai successivi articoli 13 e 14 il suddetto budget può subire modifiche a seguito dell'applicazione dell'istituto della compensazione di cui al comma 6 dell'art.14 sulla base delle verifiche semestrali previste all'art.13
2. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività di seguito indicati:

Branca	Prestazione	n° prestazioni *	€ 461.855,67
Diagnostica per immagini	Rx toraco-scheletriche	5000	
	Ecografie**	4500	

*La priorità B, D e P verrà gestita direttamente dal Servizio Gestione Offerta Ambulatoriale, in funzione dei TDA di ASUGI e dell'evoluzione dell'emergenza COVID 19

** Si intende comprensivo di tutte le indagini ecografie (ecografia tessuti molli, muscolo scheletrica, tiroide, addominale etc)

Ai sensi della DGR 22.09.2017 n. 1783 “DPCM 12.01.2017: aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (EXTRA LEA)”, alcune prestazioni (laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia, esercizio assistito in acqua) sono erogabili esclusivamente per le indicazioni cliniche specificate nell'allegato 2 della precedente DGR 2747/2002 e solamente a residenti regionali (EXTRA LEA FVG).

- La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni.
- La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, approvato con DGR n. 1680 del 14.09.2018 e successive modifiche ed integrazioni, al netto del ticket.

Articolo 3

Prestazioni erogate a residenti extra regione

- Nelle more della definizione degli accordi fra le Regioni, l'attività di specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti presso altre regioni svolta dagli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia deve rispettare il tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore che stabilisce di fare riferimento all'erogato 2011.
- L'importo dell'erogato 2011 dalla Struttura per i cittadini residenti presso le altre regioni, pari ad € 3.742,67 (come desunto dalle Direttive regionali per la redazione del Bilancio di chiusura 2012 delle Aziende sanitarie), costituisce quindi il tetto per l'attrazione extraregionale.
- Eventuali accordi con altre Regioni sui flussi di mobilità extraregionale possono essere considerati ai fini dei conguagli definitivi.

Articolo 4

Condizioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie

- La Struttura si impegna a mantenere tutti i requisiti, strutturali, tecnologici ed organizzativi, generali e specifici, di autorizzazione e di accreditamento, relative alle prestazioni oggetto del presente contratto.

2. La Struttura garantisce che l'attività oggetto del presente contratto verrà svolta impiegando personale in possesso dei prescritti titoli abilitanti e che non si trovi in situazioni di incompatibilità.
3. L'eventuale accertamento di situazioni di incompatibilità determina gli effetti previsti dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996, qualora la Struttura non provveda ad eliminarle entro 30 giorni dal ricevimento della diffida da parte dell'Azienda.
4. La revoca o la sospensione dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità determina la risoluzione o la sospensione del presente contratto.
5. L'accertamento della non conformità ai requisiti di autorizzazione e/o di accreditamento determina la relativa comunicazione alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per gli adempimenti di competenza.
6. La Struttura si impegna a comunicare all'Azienda e alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità i periodi di sospensione di attività da qualsiasi causa determinate, specificandone la motivazione.
7. La Struttura si impegna a mantenere l'applicazione del CCNL di categoria e degli obblighi previdenziali conseguenti per tutta la durata del contratto.
8. La Struttura si impegna a trasmettere alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità i documenti relativi agli accordi con laboratori esterni per l'acquisto di prestazioni analitiche, con i riferimenti agli standard di qualità assicurati.

Articolo 5

Accesso utenza

1. L'accesso dell'utenza alle prestazioni erogate dalla Struttura avviene tramite proposta motivata del medico di fiducia dell'Assistito su ricettario S.S.N. o altro specialista autorizzato all'utilizzo del ricettario regionale. La Struttura garantisce la parità di trattamento tra utenti, senza alcuna discriminazione tra esenti e non esenti ticket, prevedendo una distribuzione dell'offerta nell'arco di dodici mesi. Al fine di semplificare l'accesso dei cittadini alle prestazioni ambulatoriali, la Struttura si impegna ad attivare e mantenere aggiornata la propria offerta a CUPweb e la disponibilità della prenotazione a Call Center regionale.
2. La Struttura è tenuta ad effettuare i controlli sulla regolarità delle prescrizioni mediche, in conformità alle norme in materia di quota di compartecipazione ed esenzioni, e a verificare e documentare la residenza dell'assistito (con codice fiscale alfanumerico), rilevandola opportunamente nei sistemi informativi. Non possono essere accettate in esenzione prescrizioni senza l'evidente identificazione del codice di esenzione riportato sulla ricetta dal medico prescrittore. Eventuali errori nelle prescrizioni saranno segnalati all'Azienda per gli adempimenti di pertinenza.
3. Le agende devono risultare sempre aperte con disponibilità, ossia in qualsiasi giorno dell'anno solare hanno almeno 12 mesi successivi di possibile offerta di prenotazione. Ogni condizione al di fuori di questa fattispecie è considerata agenda chiusa. Il verificarsi di motivate e riconosciute situazioni che impediscono l'erogazione di una prestazione sanitaria, deve essere comunicato alla Direzione dell'Azienda e alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità, secondo i criteri generali della D.G.R. 1815/2019 - Piano regionale di governo delle liste d'attesa - paragrafo 3.5.
4. Le agende di tutte le prestazioni di primo accesso devono essere articolate per classe di priorità (Breve, Differita, Programmata) come definito dalla D.G.R. 1815/2019 "Piano regionale di

governo delle liste d'attesa", assicurando adeguati livelli di collaborazione per il conseguimento degli obiettivi aziendali che prevedono la garanzia erogativa nei tempi previsti per il 90% delle prenotazioni. L'offerta ambulatoriale dovrà essere strutturata dando maggiore disponibilità per posti con priorità B e D.

Articolo 6

Controlli e debito informativo

1. La struttura, fino a realizzazione degli adeguamenti di interoperabilità con i programmi INSIEL, è tenuta a fornire i dati obbligatori, secondo gli standard indicati dall'INSIEL, per alimentare il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), comunicare le prescrizioni dematerializzate prese in carico ed inviare i dati relativi alle prestazioni effettuate entro il giorno 5 del mese successivo.
2. L'azienda, in attuazione della DGR 20.02.2015, n. 299, si attiva per mettere a disposizione delle strutture, che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, le agende informatizzate (G2 Strutture) e le prenotazioni su CUPWEB (G3 Sportello) con la supervisione e il supporto all'autonoma attività gestionale e di prenotazione da parte della propria Direzione del CUP;
3. Le modalità di prescrizione e prenotazione delle visite/prestazioni di controllo, di cui all'art. 3 piè di pagina, saranno rese esecutive a seguito dell'installazione dell'interfaccia con Insiel (G2-G3);
4. Il mancato o incompleto adempimento del debito informativo determina una diffida ad adempiere entro il termine di 30 giorni; il mancato adempimento dopo il decorso di tale termine può essere causa di risoluzione anticipata del contratto;
5. I costi relativi a modifiche sui propri programmi gestionali per l'interfacciamento con i programmi INSIEL sono a carico della struttura;
6. L'azienda, in attuazione della Legge 06.08.2008, n. 133 e s.m.i., e dei provvedimenti regionali attuativi, si riserva la richiesta di informazioni, di documentazione e l'effettuazione di accertamenti atti alla verifica del rispetto dell'accessibilità, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa sull'attività erogata, anche mediante sopralluoghi presso le sedi operative della struttura con le modalità operative riportate nella DGR 11.07.2014, n. 1321, come revisionata con DGR 02.02.2018, n. 182;
7. Gli importi recuperati con i controlli rimangono agli erogatori per l'effettuazione di nuove prestazioni, fino ad un massimo del 5% del budget annuale assegnato alla struttura; gli importi eccedenti il 5% rimangono alle aziende sanitarie e vengono trattenuti nel saldo finale relativo all'annualità;
8. Le contestazioni sull'appropriatezza effettuate dall'azienda, ancorché retroattive, hanno effetto sull'anno di esercizio nel quale è effettuata la contestazione.
9. Qualora l'ufficio Gestione reclami dell'URP ricevesse una segnalazione o un reclamo relativo a una prestazione della struttura accreditata, il trattamento della segnalazione/reclamo resta di competenza dell'Azienda e la Struttura Privata Accreditata invierà, entro i termini richiesti, una relazione sui fatti oggetto di contestazione alla struttura aziendale preposta.

Articolo 7

Rendicontazione e liquidazione dei corrispettivi

1. Si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 10 dell'Accordo di cui alla D.G.R. n. 1037/2021. Le prestazioni erogate a cittadini residenti extra Regione vengono escluse dalla determinazione dell'acconto, in quanto non comprese nel budget assegnato.

2. L'addebito delle prestazioni sarà effettuato all'Azienda con fatturazione distinta per Azienda regionale di residenza degli utenti, utenti extraregionali e stranieri.
3. Le emissioni delle fatture mensili in acconto trasmesse entro il 15 del mese saranno liquidate entro il 30 del mese stesso. In caso di trasmissione delle fatture dopo tale termine, il pagamento verrà effettuato entro i 15 gg. successivi alla data di ricevimento (protocollo d'arrivo). Le fatture a saldo saranno liquidate entro 90 giorni dal ricevimento.
4. Le fatturazioni di chiusura dell'anno 2021 saranno trasmesse entro e non oltre il 15 marzo 2022.

Articolo 8

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2021, con decorrenza a partire dal 1° gennaio e scadenza al 31 dicembre. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 1° gennaio 2022, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato.
2. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.
3. La validità del presente contratto è condizionata alla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura.
4. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia telematica alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.

Articolo 9

Risoluzione anticipata del contratto

1. Il presente contratto si risolve di diritto in caso di revoca dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.
2. Il contratto si intende risolto, su comunicazione dell'Azienda, qualora la Struttura realizzi una o più delle seguenti fattispecie che si configurano come grave inadempimento:
 - mancato adempimento degli obblighi informativi, ai sensi del comma 1, dell'art. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;
 - inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia della documentazione prevista dalla normativa sulle prestazioni erogate;
 - impedimento ai controlli esercitati dall'Azienda, ai sensi dell'art. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;
 - mancato mantenimento dei livelli erogativi programmati con garanzia dell'articolazione sulle dodici mensilità;
 - in tutti i casi in cui la risoluzione è prevista da disposizioni normative di settore.
2. L'inadempimento della Struttura determina il diritto dell'Azienda e della Regione al risarcimento dei danni.

PARTE II

Acquisto ed erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG, con oneri da porre a carico del bilancio delle Aziende sanitarie della Regione – nella sezione denominata finanziamento aggiuntivo per "Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa"

Articolo 10

Finalità dell'Accordo

1. In conformità e nei limiti del finanziamento specifico di cui alla DGR 1037 dd. 2.7.2021, il presente Accordo è finalizzato alla riduzione, con particolare riguardo ad alcune individuate branche specialistiche in base alle prestazioni analiticamente declinate al successivo art. 12 dei tempi di attesa e della conseguente mobilità extraregionale (fuga) degli utenti del S.S.R. FVG. Detta finalità viene realizzata mediante l'ampliamento dell'offerta di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale secondo l'incremento dell'offerta di cui al successivo art. 11.

Articolo 11

Oggetto del contratto

1. Per le finalità stabilite al precedente art. 10, la struttura si impegna ad erogare nella sede indicata nei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, a favore degli aventi diritto secondo la normativa statale e/o regionale vigente ed in coerenza con i provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, le prestazioni inerenti alle branche specialistiche di cui al successivo art. 12.
2. Le branche specialistiche individuate al comma 1 rientrano in quelle che, ex DGR n. 1763/2019, registrano una rilevante mobilità extraregionale.

Articolo 12

Volume di prestazioni erogabili e budget assegnato

1. Il budget assegnato alla Struttura, comunque non superiore al tetto massimo fissato per il budget straordinario, per l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente Accordo è specificato nella sotto riportata tabella nella quale è analiticamente individuato, allo stato, l'importo delle quote di competenza relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale per ciascuna annualità di riferimento e di vigenza del presente Accordo:

Branca	Prestazione	n° prestazioni *	€ 100.000
	<i>RMN – colonna e muscolo scheletrica</i> (cod. 88.93 e 88.94.1)	550	

2. La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività e relativo ammontare sopra indicati con relativa riduzione dei volumi di attività e valore economico della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa.
3. La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni.
4. La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, approvato con DGR n. 1680 del 14.09.2018 e successive modifiche ed integrazioni, al netto del ticket.

Articolo 13

Rendicontazione delle prestazioni e verifica della riduzione dei volumi di attività ed economici della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa

1. In conformità all'Accordo approvato con DGR n. 1037/2021, le prestazioni di cui all'art. 12 sono oggetto di apposita separata e analitica rendicontazione rispetto all'utilizzo del finanziamento specifico finalizzato ed entro i limiti del budget individuato al medesimo art. 12.
2. La Struttura s'impegna trimestralmente a fornire all'Azienda apposita rendicontazione analitica delle prestazioni effettuate di cui all'art. 12.
3. Sulla base dei dati derivanti dalle rendicontazioni, l'Azienda provvede a verificare la congruità delle prestazioni erogate rispetto alle condizioni stabilite nel presente Accordo e l'effettiva riduzione della mobilità passiva extraregionale, in termini di volumi di attività e valore economico e dei tempi di attesa complessivamente considerata ed oggetto del presente Accordo sulla base dei dati forniti da Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità e da ARCS.
4. Al fine di monitorare l'andamento del raggiungimento degli obiettivi prefissati di riduzione progressiva della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa, di cui ai commi precedenti le parti concordano di fare riferimento, in via provvisoria, all'analisi dei dati relativi alla fuga extraregionale forniti dalla Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità e da ARCS in sede di incontri fissati semestralmente, il primo con cadenza a un anno dalla sottoscrizione del presente accordo, quindi nel mese di ottobre 2022 e così nei semestri successivi.
5. A fronte dell'effettuato controllo periodico, l'Azienda s'impegna di concerto con l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute e la Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità a fissare gli incontri di cui al comma 4 per l'analisi e la verifica congiunta con la Struttura privata accreditata della concreta efficacia della progettualità oggetto del presente Accordo. Qualora sulla base dei dati oggettivi rilevati, oltreché degli esiti degli appositi incontri infrannuali, come previsto nell'Accordo Regionale, emerga una parziale o totale inefficacia della progettualità oggetto del presente Accordo, avendo particolare riguardo al raggiungimento degli obiettivi prefissati di riduzione progressiva dei tempi di attesa e della connessa mobilità passiva extraregionale, la Regione, previo confronto con Asugi e gli erogatori privati accreditati, potrà adottare le necessarie azioni e determinazioni volte a rimodulare, limitare e/o sospendere la medesima progettualità ed il relativo finanziamento, anche con l'eventuale utilizzazione della quota parte del budget ordinario non ancora utilizzato.

Articolo 14

Liquidazione del corrispettivo

1. Non sono oggetto di remunerazione alcuna le seguenti prestazioni e, precisamente:
 - quelle erogate a cittadini non residenti in Regione FVG;
 - quelle non ricomprese nelle branche specialistiche e nelle tipologie prestazionali individuate analiticamente al precedente art. 12;
 - quelle che, seppur ricomprese nelle branche specialistiche e nelle tipologie prestazionali individuate analiticamente al precedente art. 12, superano per valore economico il budget concretamente attribuito di cui al medesimo articolo;
 - quelle non rendicontate secondo le specifiche modalità stabilite al precedente art. 13.
2. L'addebito delle prestazioni sarà effettuato all'Azienda con fatturazione dalla quale emerga il costo riconducibile alle prestazioni erogate e suddivise per ciascuna prestazione specialistica e allegata rendicontazione analitica e dettagliata. Per l'anno 2021, ai sensi dell'art. 2 dell'accordo approvato con DGR n.1037/2021, vengono considerate, ai fini dell'utilizzo del budget

straordinario le prestazioni rese a far data dall'1 gennaio 2021, nelle more del perfezionamento dell'accordo stesso.

3. L'Azienda, riconosce un acconto mensile da considerarsi quale anticipazione finanziaria sul fatturato nella misura del 70% del budget assegnato di cui all'art. 12 riproporzionato su base mensile.
4. Sulla base della verifica e del confronto previsti al precedente art.13, l'Azienda eroga il saldo delle prestazioni straordinarie effettuate in conformità con le determinazioni assunte dalla Regione ai sensi del medesimo articolo 13, utilizzando, in caso di un valore economico della fuga recuperata inferiore al budget straordinario pagato, la quota parte del budget ordinario non ancora utilizzato, riconosciuto alla Struttura in base agli accordi regionali nel tempo vigenti. A tal fine, viene riprogrammata la commessa determinata in relazione al budget ordinario annuale utilizzato.
5. All'esito delle verifiche e dei confronti di cui al precedente art. 13, nei semestri successivi, previ appositi incontri tecnici fra le Parti anche ai fini della riprogrammazione delle attività, vengono effettuate le conseguenti compensazioni in base al valore economico della fuga recuperata e delle liste d'attesa, ma comunque sempre entro i limiti dei budget ordinari e straordinari determinati nei termini di cui al presente accordo. L'Azienda provvede alle conseguenti registrazioni contabili ai fini di assicurare la clausola dell'invarianza finanziaria.
6. Qualora a seguito della definitiva verifica, rispetto alle somme percepite dalla Struttura in base ai precedenti commi 4 e 5 non consegua un'effettiva e corrispondente riduzione in termini economici del valore del costo aziendale della mobilità extraregionale, la Struttura stessa acconsente all'applicazione dell'istituto della compensazione di cui all'art. 1241 c.c. sul budget ordinario non ancora utilizzato, riconosciuto alla struttura in base agli accordi regionali nel tempo vigenti.
7. Atteso che l'applicazione dei commi 4, 5 e 6 del presente articolo potrebbe comportare una significativa riduzione della commessa del budget storico ordinario di cui alla Parte I del presente accordo, con importanti ricadute sull'andamento dei tempi di attesa, detta applicazione è subordinata al previo confronto e alle conseguenti determinazioni della Regione all'esito delle verifiche di cui al precedente art. 13.
Sono fatti salvi eventuali accordi regionali che prevedano specifici finanziamenti integrativi finalizzati alla progettualità di cui alla presente parte.
8. Le fatture emesse saranno liquidate entro 60 giorni dal ricevimento.

Articolo 15

Condizioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie

1. La Struttura si impegna a mantenere tutti i requisiti, strutturali, tecnologici ed organizzativi, generali e specifici, di autorizzazione e di accreditamento, relative alle prestazioni oggetto del presente Accordo.
2. La Struttura garantisce che l'attività oggetto del presente Accordo verrà svolta impiegando personale in possesso dei prescritti titoli abilitanti e che non si trovi in situazioni di incompatibilità.
3. L'eventuale accertamento di situazioni di incompatibilità determina gli effetti previsti dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996, qualora la Struttura non provveda ad eliminarle entro 30 giorni dal ricevimento della diffida da parte dell'Azienda.

4. La revoca o la sospensione dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità determina la risoluzione o la sospensione del presente contratto.
5. L'accertamento della non conformità ai requisiti di autorizzazione e/o di accreditamento determina la relativa comunicazione alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per gli adempimenti di competenza.
6. La Struttura si impegna a comunicare all'Azienda e alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità i periodi di sospensione di attività da qualsiasi causa determinate, specificandone la motivazione.
7. La Struttura si impegna a mantenere l'applicazione del CCNL di categoria e degli obblighi previdenziali conseguenti per tutta la durata del contratto.
8. La Struttura si impegna a trasmettere alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità i documenti relativi agli accordi con laboratori esterni per l'acquisto di prestazioni analitiche, con i riferimenti agli standard di qualità assicurati.

Articolo 16

Accesso utenza

1. L'accesso dell'utenza alle prestazioni erogate dalla Struttura avviene tramite proposta motivata del medico di fiducia dell'Assistito su ricettario S.S.N. o altro specialista autorizzato all'utilizzo del ricettario regionale. La Struttura garantisce la parità di trattamento tra utenti, senza alcuna discriminazione tra esenti e non esenti ticket, prevedendo una distribuzione dell'offerta nell'arco di dodici mesi. Al fine di semplificare l'accesso dei cittadini alle prestazioni ambulatoriali, la Struttura si impegna ad attivare e mantenere aggiornata la propria offerta a CUPweb e la disponibilità della prenotazione a Call Center regionale.
2. La Struttura è tenuta ad effettuare i controlli sulla regolarità delle prescrizioni mediche, in conformità alle norme in materia di quota di compartecipazione ed esenzioni, e a verificare e documentare la residenza dell'assistito (con codice fiscale alfanumerico), rilevandola opportunamente nei sistemi informativi. Non possono essere accettate in esenzione prescrizioni senza l'evidente identificazione del codice di esenzione riportato sulla ricetta dal medico prescrittore. Eventuali errori nelle prescrizioni saranno segnalati all'Azienda per gli adempimenti di pertinenza.
3. Le agende devono risultare sempre aperte con disponibilità, ossia in qualsiasi giorno dell'anno solare hanno almeno 12 mesi successivi di possibile offerta di prenotazione. Ogni condizione al di fuori di questa fattispecie è considerata agenda chiusa. Il verificarsi di motivate e riconosciute situazioni che impediscono l'erogazione di una prestazione sanitaria, deve essere comunicato alla Direzione dell'Azienda e alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità, secondo i criteri generali della D.G.R. 1815/2019 - Piano regionale di governo delle liste d'attesa - paragrafo 3.5.
4. Le agende di tutte le prestazioni di primo accesso devono essere articolate per classe di priorità (Breve, Differita, Programmata) come definito dalla D.G.R. 1815/2019 "Piano regionale di governo delle liste d'attesa", assicurando adeguati livelli di collaborazione per il conseguimento degli obiettivi aziendali che prevedono la garanzia erogativa nei tempi previsti per il 90% delle prenotazioni. L'offerta ambulatoriale dovrà essere strutturata dando maggiore disponibilità per posti con priorità B e D.

Articolo 17

Controlli e debito informativo

1. La struttura, fino a realizzazione degli adeguamenti di interoperabilità con i programmi INSIEL, è tenuta a fornire i dati obbligatori, secondo gli standard indicati dall'INSIEL, per alimentare il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), comunicare le prescrizioni dematerializzate prese in carico ed inviare i dati relativi alle prestazioni effettuate entro il giorno 5 del mese successivo.
2. L'azienda, in attuazione della DGR 20.02.2015, n. 299, si attiva per mettere a disposizione delle strutture, che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, le agende informatizzate (G2 Strutture) e le prenotazioni su CUPWEB (G3 Sportello) con la supervisione e il supporto all'autonoma attività gestionale e di prenotazione da parte della propria Direzione del CUP.
3. Le modalità di prescrizione e prenotazione delle visite/prestazioni di controllo, di cui all'art. 3 piè di pagina, saranno rese esecutive a seguito dell'installazione dell'interfaccia con Insiel (G2-G3).
4. Il mancato o incompleto adempimento del debito informativo determina una diffida ad adempiere entro il termine di 30 giorni; il mancato adempimento dopo il decorso di tale termine può essere causa di risoluzione anticipata del contratto.
5. I costi relativi a modifiche sui propri programmi gestionali per l'interfacciamento con i programmi INSIEL sono a carico della struttura.
6. L'azienda, in attuazione della Legge 06.08.2008, n. 133 e s.m.i., e dei provvedimenti regionali attuativi, si riserva la richiesta di informazioni, di documentazione e l'effettuazione di accertamenti atti alla verifica del rispetto dell'accessibilità, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa sull'attività erogata, anche mediante sopralluoghi presso le sedi operative della struttura con le modalità operative riportate nella DGR 11.07.2014, n. 1321, come revisionata con DGR 02.02.2018, n. 182.
7. Gli importi recuperati con i controlli rimangono agli erogatori per l'effettuazione di nuove prestazioni, fino ad un massimo del 5% del budget annuale assegnato alla struttura; gli importi eccedenti il 5% rimangono alle aziende sanitarie e vengono trattenuti nel saldo finale relativo all'annualità.
8. Le contestazioni sull'appropriatezza effettuate dall'azienda, ancorché retroattive, hanno effetto sull'anno di esercizio nel quale è effettuata la contestazione.
9. Qualora l'ufficio Gestione reclami dell'URP ricevesse una segnalazione o un reclamo relativo a una prestazione della struttura accreditata, il trattamento della segnalazione/reclamo resta di competenza dell'Azienda e la Struttura Privata Accreditata invierà, entro i termini richiesti, una relazione sui fatti oggetto di contestazione alla struttura aziendale preposta.

Articolo 18

Decorrenza e durata

1. Il presente Accordo decorre dall'1 gennaio 2021 e scade al 31 dicembre 2023.
2. Le clausole del presente Accordo possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.

Articolo 19

Risoluzione anticipata del contratto

1. Il presente Accordo si risolve di diritto in caso di revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento disposto con decreto della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.

2. Avendo particolare riguardo agli obiettivi prefissati di riduzione progressiva della mobilità extraregionale, l'Accordo s'intenderà altresì risolto in presenza di una valutazione negativa dell'efficacia della progettualità oggetto dello stesso effettuata con le modalità stabilite al precedente art. 13.
3. L'Accordo si intende, altresì, risolto, su comunicazione dell'Azienda, qualora la Struttura realizzi una o più delle seguenti fattispecie che si configurano come grave inadempimento:
 - mancato adempimento degli obblighi informativi, ai sensi del comma 1, dell'art. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;
 - inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia della documentazione prevista dalla normativa sulle prestazioni erogate;
 - impedimento ai controlli esercitati dall'Azienda, ai sensi dell'art. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;
 - in tutti i casi in cui la risoluzione è prevista da disposizioni normative di settore.
4. L'inadempimento della Struttura determina il diritto dell'Azienda e della Regione al risarcimento dei danni.

DISPOSIZIONI FINALI E GENERALI

Articolo 20

Tutela privacy

1. La struttura è tenuta ad osservare le disposizioni di cui al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.
2. Nell'effettuare le operazioni di trattamento dei dati personali e sanitari correlate all'erogazione delle prestazioni nell'ambito dei compiti assegnati quali in particolare previsti dagli artt. 6 (Visibilità e prenotazione tramite il CUP regionale FVG) e 9 (Controlli e debito informativo) la struttura è nominata Responsabile al Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 30 del Regolamento (UE) 2016/679.
3. In particolare, tenendo conto delle particolari esigenze ed obblighi di tutela dei dati sensibili concernenti la salute, si impegna ad adottare le misure di sicurezza, idonee a custodire e controllare i dati, in maniera tale da evitare un incremento dei rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta come di seguito precisato con riferimento agli adempimenti di cui ai citati artt.6 e 9 del presente atto:
 - a) a trattare i dati personali soltanto su istruzione documentata del titolare del trattamento;
 - b) a garantire che le persone autorizzate al trattamento dei dati personali si siano impegnate alla riservatezza o abbiano un adeguato obbligo legale di riservatezza;
 - c) ad adottare tutte le misure richieste ai sensi dell'articolo 32 del Regolamento (UE) 2016/69 per il Responsabile;
 - d) a non ricorrere ad un altro ulteriore responsabile senza previa autorizzazione scritta, specifica o generale, del titolare del trattamento. Nel caso di autorizzazione scritta generale, ad informare il titolare del trattamento di eventuali modifiche previste riguardanti l'aggiunta o la sostituzione di altri responsabili del trattamento, dando così al titolare del trattamento l'opportunità di opporsi a tali modifiche;

- e) tenendo conto della natura del trattamento, ad assistere il titolare del trattamento con misure tecniche e organizzative adeguate, nella misura in cui ciò sia possibile, al fine di soddisfare l'obbligo del titolare del trattamento di dare seguito alle richieste per l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui al capo III del medesimo Regolamento;
- f) ad assistere il titolare del trattamento nel garantire il rispetto degli obblighi di cui agli articoli da 32 a 36 del Regolamento, tenendo conto della natura del trattamento e delle informazioni a disposizione del responsabile del trattamento;
- g) su scelta del titolare del trattamento, a cancellare o restituire tutti i dati personali dopo che è terminata la prestazione dei servizi relativi al trattamento e a cancellare le copie esistenti, salvo che non ne sia prevista la conservazione a norma di legge;
- h) a mettere a disposizione del titolare del trattamento tutte le informazioni necessarie per dimostrare il rispetto degli obblighi citati e a consentire e contribuire alle attività di revisione, comprese le ispezioni, realizzate dal titolare del trattamento o da un altro soggetto da questi incaricato. Il responsabile del trattamento informerà prontamente e non oltre le 36 ore dal momento nel quale è venuto a conoscenza del fatto il titolare del trattamento qualora, a suo parere, un'istruzione violi il presente regolamento o altre disposizioni, nazionali o dell'Unione, relative alla protezione dei dati. Le comunicazioni ad ASUGI relativamente a questioni rilevanti in tema di privacy andranno fatte all'indirizzo di PEC asugi@certsanita.fvg.it.

Nell'ipotesi che la struttura ricorra a un ulteriore responsabile del trattamento per l'esecuzione di specifiche attività di trattamento per conto del titolare del trattamento, su tale altro responsabile del trattamento dovrà imporre, mediante un contratto o un altro atto giuridico gli stessi obblighi in materia di protezione dei dati contenuti nel presente atto tra il titolare del trattamento e il responsabile del trattamento prevedendo in particolare garanzie sufficienti per mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti del Regolamento (UE) 20167679. Qualora l'ulteriore responsabile del trattamento ometta di adempiere ai propri obblighi in materia di protezione dei dati, Studio Radiologico Catania Srl conserva nei confronti di ASUGI, titolare del trattamento, l'intera responsabilità dell'adempimento degli obblighi dell'altro responsabile.

- 4. In ogni caso la struttura si impegna espressamente a non effettuare operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento senza preventivo consenso, anche all'estero o mediante Internet.
- 5. La struttura assume invece la veste di titolare autonomo del trattamento dei dati personali con riferimento ai compiti relativamente ai quali assume decisioni e ne definisce l'organizzazione in piena autonomia, quali in particolare quelli previsti dagli artt. 8 (Accesso utenza), ed a tal fine dichiara di aver nominato un Responsabile della protezione dei dati personali (RPD) ai sensi degli artt. 37-39 del Regolamento (UE) 679/2016. Il dato di contatto del RPD di ASUGI è l'indirizzo di PEC asugi@certsanita.fvg.it. Il nominativo e i dati di contatto del RPD di Studio Radiologico Catania Srl saranno comunicati separatamente ad ASUGI, contestualmente alla sottoscrizione del presente accordo.

Articolo 21

Tracciabilità dei flussi finanziari

- 1. Con la sottoscrizione del presente accordo la Struttura assume gli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui alla legge 13 agosto 2010, n. 136, modificata dagli artt. 6 e 7 del D.L. 12 novembre 2010, n. 187, convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2010, n. 217; si



impegna ad utilizzare conti correnti bancari o postali, accesi presso banche o presso la Società Poste Italiane S.p.A., dedicati, sui quali sono registrati tutti i movimenti finanziari relativi a pubbliche commesse ed effettuati esclusivamente tramite bonifico bancario o postale (art. 3, comma 1, legge n. 136/2010).

2. La Struttura dichiara altresì di assumere l'onere di comunicare all'Azienda gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati entro sette giorni dalla loro accensione, nonché, nello stesso termine, le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi (art. 3, comma 7, legge n. 136/2010).

Articolo 22

Incompatibilità

1. E' fatto divieto alle strutture private accreditate di avere nel proprio organico o a livelli di consulenti, personale medico e non, in posizione di incompatibilità ex art.4 comma 7 della L n. 412 del 31.12.1991 e art. 1 della L.n.662 del 23.12.1996.
2. La Struttura si impegna a fornire all'Azienda l'elenco aggiornato del personale cui si avvale a qualsiasi titolo, comunicando semestralmente le variazioni intervenute.
3. A seguito dei controlli, l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità determina l'applicazione delle sanzioni previste dalla normativa vigente nonché la segnalazione alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per l'adozione delle determinazioni conseguenti.

Articolo 23

Incedibilità del contratto e cessione dei crediti

1. La Struttura si impegna ad eseguire direttamente le prestazioni oggetto del presente Accordo e, pertanto, il presente contratto non può essere ceduto in tutto o in parte.
2. La successione nella titolarità del contratto può avvenire solo a seguito del trasferimento della titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento, alle condizioni previste dai provvedimenti regionali in materia di autorizzazione e di accreditamento.
3. L'eventuale cessione dei crediti derivanti dal presente contratto ha efficacia dalla sua notificazione all'Azienda ai sensi dell'art. 1264 c.c.

Articolo 24

Registrazione e altri adempimenti

2. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia telematica alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.
3. Sono a carico della Struttura tutti gli oneri relativi alla stipula del presente Accordo. Il soggetto che beneficia dello stesso si accollerà l'imposta di bollo rimborsando all'Azienda il relativo importo. L'Azienda provvede ad assolvere all'imposta di bollo in modo virtuale - Autorizzazione dell'Agenzia delle Entrate – Ufficio Territoriale di Trieste n. 173/2020 del 2 gennaio 2020.
4. In relazione alla registrazione in caso d'uso l'onere è a carico di chi vi ricorre.

Articolo 25

Foro competente

1. Le parti stabiliscono che per ogni eventuale e futura controversia derivante dal presente contratto è competente il foro di Trieste.

Articolo 26



Norma di rinvio

1. Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio alle norme del codice civile e alla normativa di settore.
2. Nel caso di interventi normativi nazionali o regionali specifici aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni volte a fronteggiare la pandemia covid19, con conseguente relativo finanziamento specifico il presente accordo verrà conseguentemente integrato.

**Per l'Azienda Sanitaria Universitaria
Giuliano Isontina**

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott.
Antonio Poggiana)**

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
dott. Luigi CATANIA**

Le parti, letti e condivisi, accettano espressamente i contenuti degli artt. 9 e 19.

**Per l'Azienda Sanitaria Universitaria
Giuliano Isontina**

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott.
Antonio Poggiana)**

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
dott. Luigi CATANIA**