

## CONTRATTO

TRA AUSL DELLA ROMAGNA E LA COOPERATIVA LUCE SUL  
MARE s.c. Soc a r.l. PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI  
RAPPORTI DI FORNITURA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA

AMBULATORIALE DA EROGARSI PRESSO:

- LA SEDE ACCREDITATA DI BELLARIA – IGEA MARINA

PER IL PRIMO TRIMESTRE 2020;

- IL POLIAMBULATORIO MALATESTA DI RIMINI

BIENNIO 2020-2021 PARTE NORMATIVA

ANNO 2020 PARTE ECONOMICA

Tra le Parti :

- **AUSL della Romagna (di seguito Azienda- Committente)**, con sede legale in Ravenna in via De' Gasperi n. 8, CF e P. IVA 02483810392 rappresentata dalla Dott.ssa Manuela Manini, Direttore U.O. Acquisizione Prestazioni Sanitarie da Erogatori Esterni, ai sensi della deliberazione del Direttore Generale AUSL Romagna n. 342 del 20/09/2018; PEC : [azienda@pec.auslromagna.it](mailto:azienda@pec.auslromagna.it)

e

- La Cooperativa Luce sul Mare s.c. soc a r.l. **(di seguito il Fornitore)** con sede legale in Bellaria Igea Marina (RN) Viale Pinzon, 312/314 C/F /P.IVA 01231970409, rappresentato legalmente dal Dott. Sig. Massimo Marchini

PEC : [lucsulmare@legalmail.it](mailto:lucsulmare@legalmail.it)

Richiamati, in particolare:

- il D.lgs 502/92 e s.m.i ed in particolare gli artt. 8 bis “autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali”; 8 quater “accreditamento istituzionale”, 8 quinquies “accordi contrattuali”, 8 sexies “remunerazione” e 8 octies “controlli”;
- il DPCM 12 gennaio 2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7 del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502”;
- la DGR Emilia Romagna n° 426/2000 “Linee guida e criteri per la definizione degli accordi e la stipula dei contratti ai sensi D.Lgs n° 502/92, così come modificato dal D.Lgs n° 229/ 99 e della Legge regionale n° 37/98: “Primi adempimenti” che ha attribuito alle Aziende Sanitarie la competenza alla stipula dei predetti accordi contrattuali a favore dei assistito nel proprio ambito territoriale, in coerenza con gli indirizzi regionali in materia;
- l’Accordo tra la Regione Emilia Romagna - Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - e Centri Riabilitativi (ex art 26) 2016-2018 ( DGR n. 5 del 11.1.2017);
- La DGR n. 1943 del 04/12/2017 avente ad oggetto “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie”, la quale conferma l’accreditamento in essere, per le strutture sanitarie che abbiano presentato una valida domanda, nelle more dell’adozione del provvedimento di rinnovo. Tali strutture possono pertanto, continuare a svolgere in regime di accreditamento le medesime attività già accreditate e le Aziende e gli Enti del SSR possono mantenere e stipulare contratti con esse al fine di non

creare sospensione nella erogazione dei servizi;

- La DGR n. 2075 del 03.12.2018 avente ad oggetto “Rimodulazione delle modalità di compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria nella Regione Emilia-Romagna”;

- La DRG n. 2076 del 03.12.2018 avente ad oggetto “Revisione delle modalità di compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria a favore delle famiglie con almeno 2 figli a carico”;

- il D.lgs 159/2011 “Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione” e s.m.i, nonché nuove disposizioni in materie di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136” ed in particolare il libro II recante “ Nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia”, così come modificato e integrato dal d.lgs 2018/2012 e dal d.lgs 153/2014 e s.m.i.;

- La legge n. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica Amministrazione” ed in particolare l’art. 1 comma 42 lett. L che modifica l’art. 53 del d.lgs 165/2001, aggiungendo il comma 16-ter e che disciplina il cosiddetto “revolving doors” o “pantouflage” per evitare che si creino situazioni di conflitto di interessi nel conferimento di incarichi;

- la DGR n° 354/2012 “Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna. Aggiornamento”;

- La Determinazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della regione Emilia Romagna 29 maggio 2018, n. 8104 “Piano annuale dei controlli (PAC) ex delibera di giunta regionale n. 354/2012 – anno 2018”;
- Il Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario, di cui alla DGR 410/1997 e successive modifiche ed integrazioni (DGR 262/2003; DGR n° 1108/2011; DGR 1906/2011; DGR 145/2013; DGR 253/2015);
- La DGR n. 603 del 15.04.2019 “ Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021”;
- La deliberazione n. 333 del 26.07.2017 Committenza sanitaria per attività di specialistica ambulatoriale - Approvazione modello organizzativo, con la quale in particolare si è istituito il Tavolo operativo per la Committenza sanitaria della Specialistica ambulatoriale e descritto relativi ruoli e aree di responsabilità, oltre alla nota prot. n. 197263 del 07/09/2017 e nota prot. n. 0096103/P del 16.4.2018 del 16/04/2018 con la quale il Direttore sanitario ha nominato i componenti del tavolo suddetto;
- la comunicazione e mail del Direttore Generale prot. n. 0080879/P del 31/03/2020 con la quale, in relazione al prolungamento dell'assenza della Dott.ssa titolare ( fino al 31.8.2020), si conferma per la funzione di coordinamento del Tavolo della Committenza Specialistica Ambulatoriale nonché per la sottoscrizione di schede di committenza che nel frattempo si dovessero rendere necessarie per

l'ambito territoriale di Rimini ai fini del contenimento dei tempi di attesa, la Dott.ssa Francesca Righi – Direttore Distretto Cesena–Valle del Savio-Rubicone, già responsabile committenza sanitaria specialistica ambulatoriale ambito di Cesena-Forlì;

- La procedura PA 103 e s.m.i. “procedura acquisti di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, diagnostica strumentale, riabilitazione ambulatoriale e domiciliare da strutture private accreditate”;

- Il programma attuativo AUSL Romagna ai sensi della DGR n. 603 del 15.04.2019 avente per oggetto il “Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021” inviato alla Regione Emilia-Romagna in data 20.06.2019 nelle more dell’approvazione della Conferenza Territoriale Socio Sanitaria avvenuta in data 24.10.2019;

#### CONSIDERATO CHE

questa Azienda ha necessità di avvalersi del privato accreditato per l’attuazione del “Programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali” ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 603 del 14.04.2019 “piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021”.

Per l’attuazione di tale Programma e segnatamente del governo della domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale al fine di rispettare gli indici di performance assegnati dalla Regione Emilia-

Romagna:

- per le prestazioni in urgenza (U) da eseguire nel più breve tempo possibile e , comunque , entro 72 ore;
- per le prestazioni in classe di priorità B( urgenza breve) da eseguire entro 10 giorni ;
- per le prestazioni in classe di priorità D ( differibile) entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per la diagnostica;
- per le prestazioni in classe di priorità P( programmata) entro max. 120 giorni

è necessario il concorso e la fattiva collaborazione del privato accreditato, soggetto organizzativo che trae proprio la sua fonte di legittimazione primaria dall'essere stato riconosciuto , all'atto dell'accreditamento istituzionale, come soggetto in grado di rispondere alla programmazione sanitaria del territorio aziendale di riferimento.

Da diversi anni la Cooperativa Luce sul Mare s.c. soc a r.l. (RN) eroga prestazioni ambulatoriali e diagnostico-strumentali prima per conto dell'Azienda USL di Rimini e poi Azienda Usl della Romagna e ha contribuito a creare un sistema integrato mirato al soddisfacimento del fabbisogno regionale e locale di assistenza specialistica.

L'obiettivo del contratto è quello di consolidare la rete integrata pubblico/privato fondata sulla collaborazione continuativa con le Strutture private accreditate che da anni concorrono al soddisfacimento del bisogno di assistenza specialistica e al

contenimento dei tempi di attesa secondo le indicazioni e standard regionali.

### **CONCORDANO QUANTO SEGUE:**

Quanto in premessa e qui allegato costituisce parte essenziale ed integrante del presente atto.

#### **ART. 1 OGGETTO DELL'ACCORDO**

Il presente Accordo regola i rapporti tra L'Azienda Usl della Romagna (**Azienda e/o Committente**) e la Cooperativa accreditata Luce sul Mare s.c. Soc. a r.l. di Bellaria Igea Marina (RN) (**Fornitore**) per la fornitura di prestazioni di specialistica ambulatoriale e domiciliare oggetto di accreditamento e individuate dal punto di vista qualitativo nell'allegato piano di Committenza di cui al successivo art. 4, da rendersi a favore di assistiti residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda Usl della Romagna con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale erogate presso le seguenti sedi:

- Cooperativa Luce sul Mare s.c. Soc. a r.l. Viale Pinzon, 312/314 - Bellaria Igea Marina (RN) accreditato con determinazioni della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna n. 3637 del 01/04/2011 e successive proroghe con determinazione n°6416 del 22/05/2015 e deliberazione n°1604 del 26/10/2015.
- Poliambulatorio Malatesta Via Marecchiese, 173 - Rimini accreditato con determinazioni della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna n. 3610 del 26/03/2015 e determina n. 9357 del 14/06/2017.

## **ART. 2 REQUISITI OGGETTIVI, SOGGETTIVI E DOCUMENTAZIONE ANTIMAFIA**

Si dà atto che il Fornitore ha autocertificato di aver presentato valida domanda per il rinnovo dell'accreditamento e che, pertanto, ai sensi della DGR n. 1943 del 04.12.2017, nelle more dell'adozione del provvedimento di rinnovo, la struttura può continuare a svolgere, in regime di accreditamento, le medesime attività già accreditate e le Aziende e gli Enti del SSR possono mantenere e stipulare contratti con esse al fine di non creare sospensione nella erogazione dei servizi.

Il possesso dei requisiti soggettivi è autocertificato mediante dichiarazione sostitutiva, agli atti dell'Azienda, in conformità alle previsioni del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, sottoscritta con modalità di cui all'art. 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445.

L'Azienda Committente procede ai controlli in merito al possesso dei requisiti autocertificati.

Il Fornitore è soggetto alla informazione Antimafia ai sensi degli artt.82 e ss. D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. Si dà atto che in data 06.09.2019 è pervenuta a questa Azienda la documentazione antimafia ai sensi del D. Lgs. n. 159/2011 (informazione liberatoria) in data 28 maggio 2019 con validità annuale.

Poiché sussiste l'urgenza di stipulare il contratto, correlata alla necessità di garantire senza soluzione di continuità l'erogazione di



prestazioni sanitarie contraddistinte dal carattere di indifferibilità e di urgenza, resta inteso che il Committente si riserva il diritto di recesso dal presente contratto nell'ipotesi in cui emerga che la struttura sia soggetta a qualsiasi provvedimento (anche interdittivo o cautelare) derivante dall'applicazione della normativa antimafia o venga accertata l'esistenza di infiltrazioni mafiose.

### **ART. 3 DURATA E VALIDITA' DELL'ACCORDO**

Il presente Accordo, **per la sede Poliambulatorio Malatesta Via Marecchiese, 173 - di Rimini**, ha durata biennale dal **01.01.2020 al 31.12.2021 per la parte normativa ed annuale dal 01.01.2020 al 31.12.2020 per la parte economica da rinegoziarsi con nuovo piano di committenza per l'anno 2021, che sarà formulato e validato dal Direttore del Distretto responsabile della programmazione sanitaria.**

**Per quanto riguarda la sede Cooperativa Luce sul Mare s.c. Soc. a r.l. Viale Pinzon, 312/314 – Bellaria Igea Marina (RN), preso atto della volontà della Cooperativa Luce sul Mare di cessare l'attività svolta presso la sede di Bellaria Igea Marina (PEC del 24/12/2019), la durata è limitata al 1° trimestre 2020. Si riconosce che la presente committenza si è resa necessaria per il completamento dei cicli di trattamenti riabilitativi mutuati dal 2019.**

Il presente Accordo potrà essere concordemente modificato ed integrato in ogni momento, qualora intervengano elementi di valutazione nuovi, sia in ordine agli aspetti sanitari, sia in ordine agli

aspetti economici in esito alle verifiche periodiche e/o in conseguenza di nuove e diverse disposizioni programmatiche, tariffarie, normative (nazionali, regionali e/o locali).

Le eventuali modificazioni e le integrazioni concordate tra le parti e/o che si rendessero necessarie a seguito di nuove disposizioni Aziendali, dovranno essere formalizzate per iscritto, mentre saranno applicate di diritto tutte le disposizioni normative nazionali e regionali che dovessero intervenire nel corso di esecuzione del contratto.

Il possesso dei requisiti di accreditamento e dei requisiti soggettivi è condizione legittimante la stipula del presente contratto. La validità dell'accordo è condizionata alla permanenza, per tutta la sua durata, dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della struttura, nonché dei requisiti soggettivi. Pertanto, anche al fine di consentire all'Azienda Committente la verifica del possesso continuativo dei suddetti requisiti, è onere del Fornitore comunicare tempestivamente all'Azienda Committente:

a) ogni eventuale sopravvenuta variazione dei dati e/o informazioni indicate nelle dichiarazioni sostitutive rese ed attestanti il possesso dei requisiti oggettivi e soggettivi, fornite all'Azienda Committente ai fini della stipula del presente accordo contrattuale, nonché per la valutazione della congruità dei servizi offerti agli assistiti;

b) ogni modifica intervenuta negli assetti proprietari, nella struttura d'impresa e negli organismi tecnici e amministrativi.

#### **ART. 4 PIANO DI COMMITTENZA.**

La tipologia e la quantità di prestazioni specialistiche oggetto del

presente contratto e la relativa valorizzazione economica sono determinate nel piano di committenza, definito dal Direttore di Distretto competente, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente contratto ( **ALL. 1 e ALL.1 bis**).

Il piano di committenza è articolato in sezioni rispondenti a:

**1) Committenza ordinaria**: con la quale si definisce una produzione con caratteristiche quali – quantitative di norma consolidate nel tempo, con una valenza temporale che copre l'intero anno di riferimento del piano di committenza.

**2) Committenza percorsi di garanzia**:

(Prevista per il solo poliambulatorio Malatesta)

con la quale si definisce una offerta di agende dedicate a garantire il mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard regionali richiesti.

**3) Committenza integrativa**:

(Prevista per il solo poliambulatorio Malatesta)

con la quale si definisce una ulteriore quota di produzione (rispetto a quella di cui ai punti 1 e 2) legata a situazioni contingenti di fabbisogno che dovessero insorgere – per determinate tipologie prestazionali o, in ogni caso, destinata al mantenimento dei livelli di offerta utili ad assicurare le performance raggiunte. Nel rispetto della programmazione economica, tale committenza può essere effettuata per uno o più periodi nel corso dell'anno e può avere come oggetto prestazioni che possono variare nella loro tipologia in relazione alla natura del fabbisogno contingente definito. Il Fornitore si obbliga a

ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria, di garanzia (eventuale) nonché quella di tipo integrativo, così come indicato nel piano di committenza. Qualora problemi contingenti del Fornitore possano inficiare la regolarità della fornitura e la sua conformità al piano di committenza, il Fornitore è tenuto a darne comunicazione preventiva al committente per concordare le soluzioni, se possibile, o dare al committente la possibilità di mettere tempestivamente in atto soluzioni alternative.

Il Fornitore non è autorizzato a compensare la eventuale sottoproduzione di alcune branche aumentando in modo discrezionale la offerta su altre, fatto salvo, quale margine di flessibilità, una compensazione tra branche nel range del 10%, nel rispetto del budget complessivo negoziato.

Al di sopra di tale range il reinvestimento di sottoutilizzi, dovrà essere formalmente autorizzato dal committente, nel corso dell'anno, in esito al monitoraggio della produzione. Eccessi di produzione non autorizzati o differenze tra erogato e commissionato superiori al 10% di flessibilità sopra specificata in sede di consuntivo saranno oggetto di richieste di note di credito, se non espressamente autorizzati dal Direttore di Distretto competente, quale soggetto preposto alla formulazione del fabbisogno prestazionale.

#### 4) **Budget altri territori**

Nel piano di committenza suddetto è, altresì, indicata la quota forfettaria destinata ad utenti residenti in altri territori della AUSL rispetto ai quali, nelle more dell'attivazione di un unico centro di

prenotazione a valenza aziendale, si rimanda alle modalità di accesso definite nell'art. 5.

A tal proposito è opportuno precisare quanto segue:

Considerati i tempi della implementazione progressiva per tipologia di prestazioni di specialistica ambulatoriale del CUP Unico-Romagna la quota assegnata di budget per residenti in altri territori è fissata al momento fino al **30.06.2020, salvo proroghe legate ai tempi Cup unico Romagna.**

La struttura è tenuta ad accogliere una domanda ad accesso diretto entro i limiti del budget e prestazioni definite in scheda di committenza fino al completamento del passaggio su CUP Unico-Romagna.

I livelli di committenza integrativa annualmente commissionati e/o di committenza di agende di garanzia non preconstituiscono vincolo per l'Azienda per un consolidamento in sede di futuri accordi, sia per entità economica che per tipologie prestazionali, essendo la natura stessa dei due filoni di committenza strettamente collegata in modo flessibile all'andamento dei tempi di attesa.

#### **ART. 5 ACCESSO ALLE CURE**

Tutti gli assistiti della Romagna possono accedere alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dal Fornitore con oneri a carico del SSN solo nell'ambito delle branche connesse al loro accreditamento e solo con riguardo al piano di committenza sanitario contrattato con l'Azienda.

Al di fuori dell'Accordo di fornitura ex art. 8 quinquies D. Lgs 502/92

l'Azienda non è tenuta a riconoscere le prestazioni erogate, ancorchè fatturate dal Fornitore.

Le forme di accesso alle prestazioni specialistiche erogate in regime SSN sono:

**a) Forma ordinaria:** è quella del **Centro Unico di Prenotazione**. Il Fornitore accetta il paziente munito di **prescrizione SSN**. Il Fornitore dovrà accertare la correttezza dei dati identificativi dell'assistito con utilizzo della tessera sanitaria e il rispetto delle disposizioni normative in materia.

**b) Forma straordinaria e transitoria (Budget Altri Territori):** nelle more della attivazione **del Centro Unico di prenotazione AUSL Romagna** l'assistito, qualora residente in ambito territoriale della Azienda UsI della Romagna diverso da quello in cui è ubicato il Fornitore e qualora munito delle prescrizioni mediche di cui alla lettera a) al solo fine di esercitare libertà di scelta, può accedere alla Struttura prescelta tramite prenotazione diretta presso la medesima purché la prestazione richiesta rientri tra quelle oggetto del piano di committenza di cui all'art. 4. Tale modalità rimarrà operativa in relazione al piano di implementazione del Cup Unico Romagna nei limiti economici della quota che sarà riservata allo scopo e pertanto solo per le prestazioni che saranno rimaste pertanto ad accesso diretto.

**c) Percorsi semplificati:** il **piano di committenza** definisce le tipologie di prestazioni "di completamento" a quelle figuranti nella impegnativa che ha dato luogo all'accesso presso la struttura tramite

regolare prenotazione CUP e che, nell'ottica della semplificazione/completamento dell'iter diagnostico/terapeutico, siano di natura strettamente complementare a quest'ultima; pertanto le prestazioni inserite nel percorso semplificato potranno essere erogate:

- in assenza di prescrizione SSN e di prenotazione CUP ma a fronte della compilazione di specifica modulistica (opportunamente da aggiornare con l'anno di riferimento) e delle relative istruzioni operative fornite a suo tempo con Nota Prot. n. 57229 del 05.03.2019 dall'Azienda Committente;
- solo a favore degli **assistiti** dell'AUSL Romagna;
- solo se coincidono con le prestazioni espressamente esplicitate nel piano di committenza con relativo codice nomenclatore e nei limiti quantitativi ivi definiti pur ammettendo un livello di flessibilità in primis all'interno della branca .

#### **ART 6. ARTICOLAZIONE OFFERTA**

La forma di accesso alle prestazioni specialistiche erogate in regime SSN è quella del Centro unico di prenotazione ad eccezione dei trattamenti riabilitativi come già definito al **punto 11**.

Il Fornitore deve inviare all'ufficio agende del territorio di riferimento le richieste di aperture delle agende riferite alle prestazioni oggetto del piano di committenza, salvo minori termini per urgenze, **entro un termine massimo di 7 giorni** dal ricevimento del Piano di committenza stesso, anticipato per le vie brevi dal Direttore del Distretto competente e/o Referente di supporto tecnico-operativo e

deve attenersi alla modalità di apertura delle stesse.

In caso di omessa e/o parziale richiesta di aperture delle agende CUP nel termine sopra previsto l'Azienda Usl **si riserva** il diritto di rideterminare il piano di committenza e di rivolgersi ad altro Fornitore privato accreditato, al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa secondo gli standard regionali e di applicare una penalità pari a **100,00 €** per ogni non conformità rilevata tra piano di committenza e tempi attivazione agende rilevata dall'Ufficio agende della competente U.O. Piattaforma amministrativa AUSL.

Il Fornitore è **tenuto ad inserire nella rete CUP la totalità della produzione prevista nel piano di committenza**, al netto di quella espressamente assoggettata alla modalità dei percorsi semplificati e di quella afferente all'accesso diretto da parte di utenti di altri territori. Il Fornitore inoltre è tenuto a biffare nella procedura onit cup la mancata presentazione da parte dell'utente per consentire all'Azienda l'emissione della sanzione.

Il Fornitore si impegna a garantire l'offerta delle agende di prenotazione nel rispetto della programmazione sanitaria negoziata, mantenendo nel corso di validità del contratto una fornitura costante e stabile.

Il Fornitore nel caso in cui sia impossibilitato a garantire l'offerta continuativa dovrà segnalarlo immediatamente al Committente fornendo un'adeguata motivazione impegnandosi, concordemente con il committente, al possibile recupero dell'offerta.

Fermo restando il tetto massimo di prestazioni concordate



formalmente nel piano di committenza, il committente si riserva la facoltà di intervenire in corso d'opera sulla programmazione delle agende facenti parte della committenza ordinaria, in accordo con il fornitore, qualora particolari criticità dei tempi di attesa su una o più prestazioni mostri la opportunità di sviluppare un mix quali-quantitativo diverso da quello inizialmente formulato ad inizio anno; ciò comporterà una coerente revisione del piano.

#### **ART. 7 TARIFFE, BUDGET E QUOTA DI COMPARTICIPAZIONE**

Alle prestazioni negoziate sono applicate le tariffe riportate nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario <sup>1</sup>.

In caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, il volume massimo di prestazioni remunerate, si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di Budget annuali, fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato, come previsto dall'art.8 quinquies del D.Lgs.502/1992.

Il Fornitore potrà erogare prestazioni fino al volume economico annuale massimo previsto dai piani di committenza; in caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero di produzione alla struttura non verrà riconosciuto alcun valore

---

<sup>1</sup> Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario approvato, di cui alla DGR 410/1997 e successive modifiche ed integrazioni ( DGR 263/2003 ; DGR n° 1108/2011; DGR 1906/2011;DGR 145/2013; DGR 253/2015).

economico aggiuntivo, salvo quanto previsto in eventuali integrative commissionate ed autorizzate dal Direttore del Distretto competente.

Il Budget complessivo del Piano di Committenza ambulatoriale, è definito al lordo del ticket (riscosso direttamente dal Fornitore in nome e per conto del Committente) e dello sconto convenzionalmente pattuito dettagliato nel piano di committenza, **comunque non inferiore al 2% delle tariffe del Nomenclatore Tariffario Regionale vigente per le prestazioni di specialistica ambulatoriale** definite nel piano di committenza di cui all'art. 4.

La riscossione della quota di partecipazione dell'assistito alla spesa sanitaria (ticket) deve avvenire direttamente presso il Fornitore secondo le modalità vigenti.

Lo sconto si applica anche alle prestazioni erogate a paganti in toto la prestazione che accedono alla Struttura sulla base di prescrizione del SSN.

#### **ART. 8 DEBITO INFORMATIVO NEI CONFRONTI DELL'AZIENDA COMMITTENTE**

Il Fornitore è tenuto al rispetto degli adempimenti connessi al debito informativo per il monitoraggio degli accordi contrattuali, fornendo mensilmente all'Azienda il flusso ASA, secondo le modalità stabilite dalla Circolare n. 2 del 16/02/2011 e s.m.i. tra cui la Nota regionale PG/2019/0908562 del 13/12/2019 avente ad oggetto "Specifiche tecniche per la trasmissione del Flusso ASA relative all'attività erogata nell'anno 2020".

In particolare, il fornitore è tenuto a trasmettere all'Azienda

committente la documentazione relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, distinguendo fra quelle rientranti nella committenza ordinaria, percorso di garanzia (eventuale) e committenza integrativa, fra quelle erogate a favore dei cittadini residenti nell'ambito territoriale aziendale e negli ambiti territoriali extra rer.

Il Fornitore deve inserire nel flusso ASA i dati di fatturato al lordo (importo Nomenclatore Tariffario Regionale) e al netto della compartecipazione alla spesa sanitaria, inserendo gli eventuali ticket riscossi in nome e per conto dell'AUSL.

Tale previsione comprende anche quelle prestazioni integralmente remunerate dai ticket (paganti in toto la prestazione SSN); l'inadempimento a tale obbligo informativo comporterà la restituzione, da parte del Fornitore, delle corrispondenti somme di ticket versate dall'assistito e incassate in nome e per conto di questa AUSL.

L'invio del supporto informatico, la sua correttezza e completezza costituiscono presupposti necessari per il riconoscimento degli oneri relativi all'attività erogata a carico del SSN, nel rispetto dei budget negoziati, in quanto solo le prestazioni accettate nelle banche dati regionali possono giustificare le transazioni economiche ed essere titolo indispensabile per il pagamento delle stesse.

L'Azienda si riserva di richiedere altri dati che ritenga necessari e che il Fornitore è tenuto a fornire.

Il Fornitore è in ogni caso tenuto a comunicare tempestivamente le

variazioni intervenute nei modelli di anagrafe sanitaria delle strutture (ministeriale/regionale) nonché ogni altra rilevazione ricompresa nel N.S.I.S.

In conformità a quanto previsto nel “Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa 2019-2021”. il Fornitore si impegna ad aderire, con oneri a proprio carico , alla rete Regionale “Sole” implementando le funzionalità necessarie per trasmettere i referti di cui alle prestazioni del SSN verso il fascicolo sanitario elettronico e favorire la condivisione dei pazienti che accedono alla Struttura; inoltre dovrà implementare le funzionalità necessarie alla visualizzazione della ricetta dematerializzata secondo le regole previste dal Flusso Ministeriale.

## **ART 9 FATTURAZIONE**

Il Fornitore ha l’obbligo di conformarsi a quanto prescritto dall’art. 1 , commi da 209 a 213 , Legge 24 dicembre 2007 n.244 e dal regolamento in materia di emissione, trasmissione, e ricevimento della fattura elettronica da applicarsi alle amministrazioni pubbliche di cui al decreto Ministero dell’Economia e delle Finanze 3 aprile 2013, n. 55.

In specifico, il Fornitore dovrà inviare le fatture in formato elettronico XML , attraverso il sistema di interscambio (SDI) all’Azienda Usl della Romagna-Via de Gasperi 8-48121 Ravenna C.F. e P.IVA :02483810392 CODICE IPA 0L06J9 e nel campo TAG XML1.2.6 “ Riferimento Amministrazione “ COMRN.

Il Fornitore addebiterà all’AUSL soltanto le prestazioni sanitarie

validate dalla banca dati regionale e, a tal fine, è tenuto ad emettere fatture mensili uniche a livello aziendale per prestazioni rese nell'arco del mese precedente a favore dei pazienti residenti AUSL Romagna entro al massimo il 20 del mese successivo a quello di competenza.

Alla fattura vanno allegati i due files in formato txt contenenti i dati previsti per il flusso ASA di cui all'articolo 8.

La fattura ed i relativi allegati dovranno evidenziare, per ciascuna branca specialistica le quantità erogate per ogni tipologia di prestazione, il relativo importo risultante dalla Tariffa del Nomenclatore Tariffario Regionale in essere per branca specialistica, con separata evidenza sia dell'importo lordo di fatturato - dedotta l'eventuale compartecipazione alla spesa sanitaria e gli sconti negoziati - sia del conseguente fatturato netto.

Qualora si tratti di ricetta dematerializzata, dovrà essere allegato un modulo sostitutivo con indicazione della prestazione erogata, data, eventuale ticket riscosso e firma del paziente per avvenuta erogazione della prestazione.

Per ogni altra specifica modalità, ivi compresi gli accorgimenti operativi in osservanza della normativa Privacy si rinvia alla nota dell'Azienda committente Prot. n. 0014700/P del 18.01.2019.

Le prestazioni erogate a favore di assistiti residenti in regione (**infrarar**) sono fatturate alla Azienda Usl ove il paziente risiede sulla base del dato anagrafico risultante dalla prescrizione medica e tessera sanitaria.

Le prestazioni erogate a favore di assistiti non residenti in Regione

(**extrarar**) sono fatturate all'Azienda UsI dove ha sede territoriale la Struttura privata accreditata erogatrice con indicazione del codice fiscale del soggetto beneficiario, della regione e/o Stato estero di residenza. L'Azienda USL procederà alla liquidazione entro i tetti indicati dalla Regione Emilia Romagna nelle more della chiusura della mobilità interregionale.

Le eventuali prestazioni erogate in favore di **stranieri** dovranno essere fatturate all'Azienda AUSL della Romagna separatamente rispetto alle prestazioni emesse per gli altri assistiti.

#### **Art. 10 PAGAMENTI**

Le prestazioni rese saranno saldate **entro 60 giorni** dalla data di ricevimento della fattura entro il limite del budget complessivo indicato nel Piano di Committenza e soltanto nella misura validata nella banca dati regionale ASA in quanto il flusso ASA costituisce l'unico modello di rilevazione valido per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse. Pertanto tutti i pagamenti avranno valore di acconto salvo conguaglio a consuntivo (validato ASA) ed espletamento dei controlli di coerenza con la **produzione** commissionata e validata dalla banca regionale.

Eventuali prestazioni riepilogative senza prescrizione medica su ricettario SSN (salvo i casi in cui sia previsto l'utilizzo della modulistica percorso semplificato) o in data antecedente a quella riportata sulla ricetta non daranno titolo al riconoscimento economico a carico del SSN.

La liquidazione e/o avvenuto pagamento non pregiudicano in alcun modo la ripetizione di somme che, anche in esito ai controlli amministrativi e di appropriatezza sulle prestazioni sanitarie erogate previsti al successivo art. 12, risultassero indebitamente fatturate, non dovute o dovute in parte.

Resta salva la possibilità per l'Azienda di avvalersi della compensazione di cui all'art. 1241 c.c..

Il mancato pagamento entro i termini previsti non dà diritto al fornitore a sospendere l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto.

#### **ART. 11 OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEL SERVIZIO RESO**

Il Fornitore è tenuto a garantire appropriati percorsi assistenziali e riabilitativi, secondo procedure operative condivise .

In particolare, Il Fornitore è tenuto all'applicazione delle indicazioni relative alla appropriatezza dei percorsi riabilitativi in regime ambulatoriale, e domiciliare, nonché a proseguire l'applicazione delle indicazioni prescrittive per visita fisiatrica (ambulatoriale e domiciliare) contenute nei documenti sotto specificati in ragione della loro valenza di "sistema" che coinvolge tutti gli attori (pubblici, privati accreditati, MMG):

- 1) Percorsi appropriati di riabilitazione ambulatoriale;
- 2) Indicazioni visita fisiatrica ambulatoriale;

**già trasmessi con nota prot. 22975/P del 2 febbraio 2017 .**

Il Fornitore, in relazione alle prestazioni oggetto del presente

contratto, si obbliga a:

- porre in essere ogni utile iniziativa al fine di evitare disagi all'utenza in termini di accessibilità ai servizi, adoperandosi, ove ciò sia compatibile con le condizioni cliniche del paziente, per ridurre al massimo il numero degli accessi;
- a fornire le attività programmate nel rispetto di requisiti prescritti dalla vigente legislazione, sotto i diversi aspetti igienico-sanitario, protezionistico, di sicurezza strutturale, ambientale, tecnologica, di professionalità e di qualità globale. L'attività contrattata sarà, infatti, immediatamente sospesa anche parzialmente, nel caso di accertate e comprovate gravi carenze professionali e tecnologiche che possano precludere la sicurezza degli assistiti. A tale scopo l'Azienda invierà contestazione formale motivata e circostanziata con fissazione di un termine per la rimozione delle stesse o il ripristino delle condizioni carenti, salvo che si verificano più gravi inadempienze che configurino fattispecie previste esplicitamente dalla normativa vigente come cause di risoluzione dell'Accordo di fornitura;
- a concordare ed attuare protocolli operativi in quelle discipline in cui siano poste in atto indicazioni e linee guida approvate in sede regionale e/o aziendale;
- garantire la piena attuazione degli impegni assunti nella Carta dei Servizi. In caso di reclamo di un utente, il Fornitore si impegna a fornire tempestivamente adeguata risposta



**all'Azienda entro i termini richiesti;**

- rispettare la normativa vigente in materia di consenso informato.

**ART. 12 MONITORAGGIO DEL CONTRATTO LOCALE,  
CONTROLLI AMMINISTRATIVI, SANITARI E DI  
APPROPRIATEZZA**

Il contratto sarà sottoposto al monitoraggio delle tipologie e volumi contrattati **con cadenza periodica**. Il controllo della produzione riguarderà:

- la corrispondenza tra il piano di committenza e quanto effettivamente erogato dal fornitore nell'arco temporale oggetto di monitoraggio. In ipotesi di scostamento saranno effettuati rilievi o convocati incontri ad hoc per l'analisi delle cause e le azioni correttive funzionali al soddisfacimento del fabbisogno sanitario dell'Azienda USL e alla rispondenza agli obiettivi di programmazione previo accordo con la Direzione Distrettuale competente;
- il rispetto degli obblighi in materia di prenotazione ed agende di cui all'art. 6 ( controllo dei competenti Uffici agende UU.OO. Piattaforme amministrative Azienda committente).

Il Fornitore è tenuto in ogni caso al governo della propria produzione al fine di renderla coerente ai livelli quali-quantitativi negoziati.

L'Azienda Committente, inoltre, effettua controlli finalizzati a verificare l'esatto adempimento delle condizioni contrattuali e il corretto utilizzo delle risorse finanziarie. In particolare sono previsti:

1) **Controlli amministrativi** ovvero:

A) Controlli anagrafici (residenza del cittadino): L'Azienda effettuerà opportune verifiche atte ad accertare l'effettiva residenza dell'assistito e il conseguente corretto addebito della prestazione alla Committente;

B) Controlli volti a verificare la congruenza tra importo fatturato e importo validato dalla RER;

C) Controlli finalizzati a monitorare il rispetto dei tetti economici;

D) Controlli di coerenza tra la tipologia di prestazioni erogate e la configurazione di accreditamento, volti a verificare se le prestazioni fatturate corrispondano a quelle rientranti nel provvedimento di accreditamento.

Qualora in esito ai suddetti controlli amministrativi emerga che talune prestazioni siano state indebitamente fatturate dal Fornitore e/o indebitamente remunerate da parte dell'Azienda, quest'ultima procederà alla relativa contestazione scritta e a richiedere al Fornitore l'emissione di nota di credito contestualmente al blocco del pagamento fino all'ammontare dell'importo contestato.

Il Fornitore è tenuto ad emettere nota di credito nel termine massimo di 30 gg dal ricevimento della richiesta.

2) **Controlli di appropriatezza:** l'Azienda potrà effettuare, in qualunque momento controlli e/o ispezioni tendenti a verificare sia l'appropriatezza delle prestazioni rese, sia la congruenza tra prescrizioni, prestazioni erogate e relative tariffe, ai sensi della normativa vigente.

Nel caso di riscontrate incongruenze l'Azienda procederà alla formale contestazione scritta. Le eventuali controdeduzioni del Fornitore dovranno pervenire nel termine di 30 giorni, corredate di adeguati ed oggettivi riscontri giustificativi che in ogni caso l'Azienda si riserva di valutare.

La mancata controdeduzione alla contestazione implica accettazione della contestazione stessa ed in tal caso è fatto obbligo al Fornitore emettere nota di credito per un importo corrispondente a quello contestato.

Le parti convengono che la conservazione della totalità delle ricette mediche relativa alle prestazioni erogate in esecuzione del presente contratto, resterà in carico al Fornitore il quale, a tal fine, dovrà adottare ogni accorgimento per garantire la tutela della Privacy in relazione ai dati personali, anche sensibili, contenuti nelle ricette medesime e garantirne la conservazione e l'integrità per la durata temporale di almeno cinque anni, secondo il massimario di scarto aziendale, anche ai fini dei controlli ed ispezioni sopra elencati.

Sarà cura dell'Azienda fornire le specifiche in merito allo scarto con specifica nota formale.

### **ART. 13 CODICE DI COMPORTAMENTO, INCOMPATIBILITÀ E NORMATIVA ANTICORRUZIONE**

Il Fornitore dovrà attenersi, personalmente e tramite il personale preposto, agli obblighi di condotta, per quanto compatibili, previsti dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato con DPR 62/2013, dal Codice di comportamento dell'Azienda USL della

Romagna come da ultimo adottato con deliberazione n. 209/2018 e smi scaricabile dal link <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/codice-disciplinare-condotta> nonché dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2020-2022, come da ultimo aggiornato con Deliberazione del Direttore n. 34 del 31.1.2020 scaricabile dal link <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza> che il Fornitore dichiara di accettare e di aver già visionato con la sottoscrizione del presente accordo.

Il Fornitore, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni dei Codici di comportamento (nazionale e aziendale) e del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuto ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità e le eventuali conseguenze negative nonché a prevenire la reiterazione delle violazioni del Codice.

La violazione degli obblighi derivanti dai citati codici, comporterà la risoluzione dell'accordo, previa istruttoria e conclusione del procedimento in contraddittorio con l'Azienda ed applicazione della procedura prevista dall'art. 17 a garanzia del diritto di difesa.

Ai sensi dell'art. 4, comma 7 della legge n. 412/1991 e successiva normativa emanata in materia, in particolare dall'art. 1 della Legge

n.662/1996, si conferma l'incompatibilità assoluta del personale del SSN, nonché del restante personale che comunque intrattiene rapporti con il SSN a titolo convenzionale o anche libero professionale a prestare la propria attività nei confronti del Fornitore. Pertanto è vietato per il Fornitore avere nel proprio organico, in qualità di consulente o prestatore d'opera, personale che intrattenga un rapporto di dipendenza/convenzionale con il SSN.

Il Fornitore assicura gli adempimenti finalizzati a prevenire conflitti di interesse anche potenziali; in ogni caso il Fornitore che dimostri buona fede non risponde in ordine a false dichiarazioni rilasciate dai professionisti.

Il Fornitore con la sottoscrizione del presente contratto dichiara che in capo al proprio personale non sussistono situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente.

Il Fornitore dovrà altresì attenersi agli obblighi di cui all'art. 53, comma 16-ter del D. Lgs. 165/2001 introdotto dalla L.190/2012, relativo al divieto di concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o di attribuire incarichi ad ex dipendenti dell'Ausl della Romagna che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda nei confronti del contraente, nel triennio successivo alla cessazione del loro rapporto di lavoro. La violazione di tale obbligo comporta la risoluzione automatica del contratto e il divieto del fornitore di contrarre con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto

sopra previsto sono nulli con l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti. L'onere di verifica della veridicità di quanto dichiarato dal collaboratore nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio da esso rilasciato preventivamente alla stipula del contratto di lavoro è in capo al Fornitore.

#### **ART. 14 ADEMPIMENTI AI SENSI DELLA NORMATIVA PRIVACY**

Le prestazioni sanitarie devono essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari nazionali, regionali e delle linee guida aziendali reperibili e applicabili in materia di Privacy, nonché conformemente al Regolamento Europeo n. 679/2016 sulla protezione dei dati (c.d. GDPR).

Si dà atto che l'Azienda USL, con riguardo ai ruoli che assumono gli operatori pubblici e privati, ha inoltrato specifica richiesta di chiarimento al DPO aziendale e Regionale finalizzata, nello specifico, a chiarire la qualificazione giuridica (titolare o responsabile esterno) del soggetto privato accreditato parte del presente rapporto contrattuale ex art. 8-quinquies D. Lgs. n. 502/1992, ai fini Privacy.

Si dà atto che il DPO regionale ha sottoposto al competente Tavolo regionale Privacy il quesito.

Tenuto conto delle indicazioni da ultimo comunicate dal Gruppo aziendale privacy, le parti concordemente, salvo diverse e/o nuove diverse disposizioni sopravvenute, a cui le parti firmatarie dovranno conseguentemente conformarsi con modifica dei contenuti del presente articolo, dichiarano di riconoscere in capo al Fornitore

Cooperativa Luce sul Mare s.c. soc a r.l. il ruolo di “ **Titolare del Trattamento**”, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo con conseguente assunzione da parte del Fornitore di tutti gli obblighi e adempimenti da ciò derivanti dandosi atto che lo stesso Fornitore , in ogni caso, con la sottoscrizione del presente contratto, dichiara e garantisce di essere in possesso di conoscenze specialistiche, affidabilità e risorse, funzionali all'adozione e attuazione di misure tecniche e organizzative adeguate, in modo tale che il trattamento dei dati soddisfi i requisiti del Regolamento Europeo n. 679/2016 (c.d. GDPR) e, in generale, la normativa vigente in materia di Privacy.

Il Fornitore è tenuto all'osservanza del Regolamento Europeo n. 679/2016 e a recepire, in ogni momento, ogni eventuale modifica ed integrazione in materia di Privacy in conseguenza di nuove e diverse disposizioni nazionali, regionali e aziendali.

#### **ART. 15 RISOLUZIONE CONTRATTO**

Il contratto è risolto di diritto, ai sensi dell'art. 1456 c.c., nei casi di :

- sospensione dell'esecuzione del servizio;
- violazione di patti di integrità e/o legalità adottati dall'Azienda Usl e sottoscritti dal Fornitore;
- violazione dell'obbligo di applicare ai pazienti residenti in Regioni diverse dall'Emilia-Romagna le medesime regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti residenti, rispettando in entrambi i casi i budget di riferimento;

- violazione delle prescrizioni in materia di incompatibilità e anticorruzione;
- sopravvenuta revoca/sospensione del requisito oggettivo dell'accreditamento;
- sopravvenuta perdita del requisito soggettivo auto-dichiarato;
- la reiterata mancata emissione della NC richiesta dall'Azienda a storno di importi indebitamente pagati e/o fatturati.

In tali casi l'Azienda procede con la contestazione scritta al Fornitore, comunicando che intende avvalersi della clausola risolutiva espressa di cui sopra .

Dalla ricezione della predetta comunicazione è fatto divieto al Fornitore di accettare nuovi pazienti, salvo che l'Azienda, su sua espressa indicazione, ritenga necessario evadere le prenotazioni ambulatoriali già fissate, limitatamente al tempo sufficiente affinché la Ausl della Romagna prenda in carico i pazienti prenotati, e/o appronti soluzioni allocative alternative del fabbisogno sanitario, al solo fine di scongiurare l'interruzione di servizio sanitario essenziale.

Sono fatte salve tutte le altre facoltà di risoluzione previste dal Codice Civile e, in generale, dalla normativa vigente.

#### **ART . 16 ASSICURAZIONE**

La copertura dei rischi di responsabilità civile verso terzi è a carico di del Fornitore, il quale assume in proprio, obbligandosi a tenere indenne l'AUSL della Romagna da ogni responsabilità per infortunio



o danni eventualmente subiti da terzi, in virtù delle prestazioni oggetto del presente contratto, ovvero in dipendenza di omissioni, negligenze o altre inadempienze relative all'esecuzione delle prestazioni contrattuali ad esso riferibili, anche se eseguite da parte di terzi.

Il Fornitore, pertanto, dichiara di aver stipulato, un'adeguata polizza assicurativa per l'intera durata del presente contratto. Si riconosce che l'esistenza, la validità ed efficacia della polizza assicurativa di cui al presente articolo è condizione essenziale, pena la risoluzione del contratto.

#### **ART. 17 FORO COMPETENTE**

In caso di controversia tra le parti rientrante nella giurisdizione del Giudice Ordinario, è competente a decidere in via esclusiva il Foro di Ravenna.

#### **ART. 18 REGISTRAZIONE E REGIME FISCALE**

Il presente accordo è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, parte I D.P.R. 26/10/1972 n. 642 e successive modificazioni ed è soggetta a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art.10 delle tariffe - parte 2° - del DPR 26/04/1986 n. 131.

Le spese di bollo sono a carico del Fornitore; le eventuali spese di registrazione sono a carico della parte che ha interesse a richiederla.

#### **ART. 19 NORMA DI RINVIO**

Per tutto quanto non previsto nel presente accordo si rinvia alle disposizioni previste dal Codice Civile, dalle specifiche norme nazionali e regionali in materia, dagli Accordi con la Regione Emilia

Romagna e le Associazioni rappresentative.

Sono fatte salve eventuali modificazioni e integrazioni conseguenti a sopravvenuti indirizzi e disposizioni aziendali compatibili con l'assetto negoziale regionale.

**ART. 20 CLAUSOLE ai sensi DELL'ART- 1341 c.c.**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 c.c. del codice civile, le parti dichiarano di avere preso visione e di accettare espressamente anche mediante la sottoscrizione di apposito file, le clausole di cui agli artt. 1 "Oggetto dell'accordo, 3 "Durata e Validita' Accordo", 4 "Piano di committenza", 5 "Accesso alle cure", 6 " Articolazione offerta", 7 "Tariffe, budget e quota di compartecipazione", 8 "Debito informativo nei confronti dell'Azienda Committente", 10 "Pagamenti", 11 "Obiettivi di appropriatezza e qualità del servizio reso", 12 "Monitoraggio del contratto, locale controlli amministrativi, sanitari e di appropriatezza, 13 " Codice di comportamento, incompatibilità e normativa anticorruzione", 15 "Risoluzione contratto", 16 "Assicurazione", 17 "Foro competente", 19 "Norma di rinvio".

**Allegati :**

- 1) Piano di Committenza 1°trimestre 2020 Luce sul Mare
- 1 bis) Piano di committenza 2020 Poliambulatorio Malatesta

Ravenna,

Per l'Azienda Usl Romagna

Direttore U.O. Acquisizione

Prestazioni Sanitarie da

Erogatori Esterni

Dott.ssa Manuela Manini\*

Per la "Cooperativa Luce sul

Mare s.c. soc. a.r.l."

(Il legale Rappresentante)

Dott. Massimo Marchini\*

\*Sottoscritto con firma digitale ai sensi del D.lgs. 82/05 e s.m.i.

Il presente accordo non è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 27 bis Allegato B, D.P.R. 26/10/1972 n. 642.