

CONTRATTO

TRA AUSL DELLA ROMAGNA E COMUNITA' SAN PATRIGNANO SOCIETA'
COOPERATIVA SOCIALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI DI
FORNITURA DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE - ANNO
2022

Tra:

- 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

e

- COMUNITA' SAN PATRIGNANO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE (di seguito
il Fornitore) con sede legale e sede operativa accreditata in Coriano (RN), Via San
Patrignano n. 53 (CF 91030420409), rappresentata legalmente dall'Amministratore
delegato sulle attività sanitarie del Poliambulatorio Centro Medico Polivalente San
Patrignano, Sig.ra Vittoria Pinelli, e dal Sig. Massimo Verlato, in qualità di
Consigliere; PEC: amministrazione@pec.sanpatrignano.org

PREMESSO CHE

- L'accordo è stipulato in conformità e attuazione della normativa vigente, in
particolare delle disposizioni di seguito elencate e loro successive modifiche e
integrazioni:

- degli artt. 8-bis, artt. 8-quater, 8-quinquies, 8-sexies ed 8-octies del D.Lgs. 30
dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma
dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";

- della legge regionale Emilia-Romagna n. 29 del 23/12/2013 - “Norme generali sull’organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale”;
- del D.Lgs. 06/09/2011, n. 159 - “Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizione in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136”;
- della legge regionale Emilia-Romagna n. 22 del 06/11/2019 - “Norme in materia di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14 gennaio del 1997”;
- della Deliberazione di Giunta Regionale dell’Emilia-Romagna n. 426 del 01/03/2000 -“Linee guida e criteri per la definizione degli accordi e la stipula dei contratti, ai sensi del D.Lgs 502/92, così come modificato dal D.Lgs. 229/99,e dalla legge regionale 34/98. Primi adempimenti”;
- della Deliberazione di Giunta Regionale dell’Emilia-Romagna n. 167 del 04/02/2019 -“Approvazione schema di accordo quadro tra regione Emilia-Romagna e associazione regionale istituzioni sanitarie ambulatoriali private (ANISAP Emilia Romagna) in materia di assistenza specialistica ambulatoriale per il quadriennio 2018-2021);
- della Deliberazione di Giunta Regionale Emilia-Romagna n. 849 del 13/07/2020 - “Approvazione di accordo integrativo dell'accordo già sottoscritto con ANISAP Emilia-Romagna, di cui alla propria deliberazione n.167/2019”.
- della Nota Prot. 01/03/2021.0212625.U del Direttore Pro Tempore della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna avente ad oggetto “Validità Accordo tra Regione Emilia-Romagna e ANISAP di cui alle DGR 167/2019 e 849/2020”.
- del DPCM 12 gennaio 2017 - “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di

assistenza, di cui all'art. 1 comma 7 del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502”;

- della Delibera di Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n. 2076 del 03.12.2018 - “Revisione delle modalità di compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria a favore delle famiglie con almeno 2 figli a carico”;
- della Delibera di Giunta Regionale Emilia-Romagna n. 1044 del 24/08/2020 - “Abolizione della quota fissa sulle ricette di specialistica ambulatoriale e sui farmaci di fascia A per gli assistiti non esenti, di cui alla proprie deliberazioni n. 1190/2001 e n. 2075/2018, ai sensi dell'articolo 1, commi 446-448 della legge n. 160/2019;
- della legge n. 190/2012 - “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica Amministrazione”;
- della Delibera di Giunta Regionale Emilia-Romagna 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” e s.m.i;
- la Determinazione della Direzione Generale Cura della Persona, salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna 12/01/2022, n. 335 “Piano annuale dei controlli (PAC) ex delibera di giunta regionale n. 354/2012 – anno 2022”;
- la D.G.R n. 2678/2004 “ Assistenza odontoiatrica nella regione Emilia-Romagna: Programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione di livelli aggiuntivi “ e la successiva D.G.R. n. 374/2008 e s.m.i.”;
- della Delibera di Giunta Regionale Emilia-Romagna n. 410 del 25/03/1997 - “Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoria e relative tariffe”
- L'Azienda U.S.L. della Romagna ha necessità di avvalersi del privato accreditato per dare esecuzione al “Programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali” di cui alla Delibera di Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n. 603 del 15.04.2019 “Piano regionale di governo

delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021” e il rispetto delle tempistiche delle classi di priorità U = urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore), B = breve entro 10 gg., D = differita entro 30 gg. (visite) e entro 60 gg. (prestazioni strumentali), P = programmata (con tempistica: 120 gg.).

- Il Poliambulatorio Privato Centro Medico Polivalente San Patrignano (RN) eroga prestazioni ambulatoriali e diagnostico-strumentali e contribuisce al sistema integrato pubblico/privato, mirato al soddisfacimento del fabbisogno regionale e locale di assistenza specialistica e, con espresso riferimento alla specialistica oculistica al contenimento dei tempi di attesa secondo le indicazioni e standard regionali ed è legittimato a sottoscrivere il presente Accordo di Fornitura in quanto:

- è in possesso di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie previste nel presente Accordo;

- è accreditato in base alla normativa nazionale e regionale, da ultimo con Determinazioni del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 660 del 16/01/2020 e n. 3736 del 01/02/2022;

è in fase istruttoria la richiesta di comunicazione antimafia inserita in BDNA il 09/02/2022.

In considerazione della necessità di procedere al contratto si conviene di procedere nelle more dell'acquisizione della comunicazione antimafia. Nell'ipotesi in cui sia emessa una comunicazione antimafia interdittiva, AUSL della Romagna recede ai sensi dell'art. 92 del D.lgs 159/2011;

- ha attestato mediante autocertificazione il possesso dei requisiti oggettivi e soggettivi così come previsto dalle disposizioni nazionali e regionali vigenti;

- accetta il sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie secondo le tariffe della Regione Emilia Romagna e la possibilità di applicare sconti sulle prestazioni

effettuate;

- accetta di attenersi alle indicazioni sull'esecuzione dell'accordo fornite da AUSL della Romagna, anche se date dopo la sottoscrizione del presente contratto. In particolare al rispetto delle disposizioni sulla prevenzione e gestione del rischio infettivo sanitario, sulle modalità dell'apertura delle agende e di accesso alle prestazioni sanitarie, sulla tipologia e modalità di trasmissione della refertazione (adesione con oneri a proprio carico alla rete Regionale "Sole" e implementazione delle funzionalità necessarie alla visualizzazione della ricetta dematerializzata secondo le regole previste dal Flusso Ministeriale), della documentazione sanitaria e amministrativa-contabile a supporto della fatturazione.

Il Fornitore condivide con AUSL della Romagna i seguenti presupposti, obiettivi e principi:

- a) attuare una collaborazione pubblico-privato volta a migliorare modalità, qualità e tempi di risposta alla domanda di prestazioni sanitarie, attraverso integrazioni e partecipazioni sinergiche;
- b) salvaguardare il principio di libera scelta del luogo di cura in coerenza con quanto dettato dai Livelli Essenziali di Assistenza in termini di prestazioni appropriate da garantire alla popolazione;
- c) razionalizzare l'uso delle risorse disponibili nel rispetto dei limiti di spesa programmati dalla Regione Emilia Romagna per le proprie Aziende.

CONCORDANO QUANTO SEGUE:

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

ART.1 OGGETTO E VALIDITA' DELL'ACCORDO

Il presente Accordo regola per l'anno 2022 i rapporti di fornitura di prestazioni di

specialistica ambulatoriale, oggetto di accreditamento, da erogarsi dal Centro Medico Polivalente San Patrignano sito presso la sede del Fornitore in Via San Patrignano 53, Coriano (RN), con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, da rendersi:

- a favore di assistiti residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda Usi della Romagna che siano inseriti presso la Comunità di San Patrignano con un programma terapeutico e/o di recupero per persone affette da dipendenze patologiche con particolare riferimento alla dipendenza da sostanze stupefacenti;
- limitatamente alla prestazione di visita oculistica, a favore di assistiti esterni alla Comunità San Patrignano e prenotati a CUP residenti nell'AUSL della Romagna.

Le parti convengono che le prestazioni di specialistica ambulatoriale, oggetto di fornitura, sono individuate dal punto di vista quali-quantitativo nell'allegato piano di Committenza formulato e validato dal Responsabile aziendale della programmazione sanitaria.

Quest'accordo ha validità dal 01.01.2022 al 31.12.2022 e potrà essere concordemente modificato e integrato qualora intervengano ulteriori o diversi elementi di valutazione, di natura sanitaria o economica, all'esito delle verifiche periodiche e/o in conseguenza di nuove disposizioni programmatiche, tariffarie, normative (nazionali, regionali e/o locali). Ogni modifica o integrazione, comprese quelle di cui sopra, dovrà soddisfare i requisiti anche di forma richiesti per la validità del presente accordo. Saranno applicate di diritto tutte le disposizioni normative nazionali e regionali che dovessero intervenire nel corso di esecuzione del contratto.

ART. 2 COMPORTAMENTO SECONDO BUONA FEDE

Entrambe le parti, una per la propria veste pubblica, e l'altra in quanto concessionaria di pubblico servizio essenziale, si impegnano a tenere, quale elemento essenziale dell'accordo, valutabile anche ai fini dell'applicazione degli

articoli successivi ed in particolare dell'art.16, un comportamento diligente, improntato ai principi di buona fede, lealtà e trasparenza.

ART. 3 REQUISITI OGGETTIVI E SOGGETTIVI

Il possesso dei requisiti di accreditamento e dei requisiti soggettivi è condizione legittimante la stipula del presente contratto e la loro perdita, successivamente alla stipula e sino al termine della sua validità, determina la sua risoluzione.

Il Fornitore, anche nel rispetto della lealtà e correttezza richiesta ad un concessionario di servizio pubblico, si impegna a comunicare all'Azienda Committente entro 30 (trenta) giorni dal verificarsi del fatto o dell'atto ogni sopravvenuta variazione dei dati autocertificati ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ogni altra modifica 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 per l'anno 2022 nel piano di committenza, definito dal Responsabile Sanitario Aziendale allegato quale parte integrante e sostanziale del presente contratto (ALL. 1).

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 (**TAB1 e TAB 1/A di cui ALL.1**).

2) Committenza integrativa commissionata in corso d'anno (oltre all'integrativa già prevista nel piano di committenza annuale, **TAB 1/B**).

Nel corso dell'anno possono essere commissionate eventuali ulteriori prestazioni quali:

- Committenza percorsi di garanzia: con la quale si definisce una produzione vincolata alla messa in opera di agende dedicate che soggiacciono ad una penetrabilità subordinata alla disponibilità da parte del cittadino di ottenere una prestazione di primo accesso entro 30 o 60 giorni (rispettivamente per visite e diagnostica).

La committenza di agende di garanzia e di eventuali agende di committenza integrativa, non precostituiscono vincolo per l'Azienda per un consolidamento in sede di futuri accordi; questo 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.

Il Fornitore deve monitorare costantemente la qualità e quantità delle prestazioni erogate e non è autorizzato a compensare l'eventuale sottoproduzione di alcune branche aumentando in modo discrezionale l'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 Responsabile Sanitario Aziendale 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, se non espressamente autorizzati dal Responsabile Sanitario Aziendale, dovranno essere regolati dal Fornitore con emissione di nota di credito a semplice richiesta dell'Azienda Committente effettuata in seguito a consuntivo.

ART. 5 ACCESSO ALLE CURE

Gli assistiti dall'Ausl della Romagna inseriti nei programmi terapeutico/riabilitativi presso la Comunità di San Patrignano possono accedere a tutte le prestazioni di

specialistica ambulatoriale indicate nel piano di committenza (Allegato 1).

Gli assistiti dall'Ausl della Romagna esterni alla comunità, possono accedere alle sole prestazioni del piano di committenza inserite nelle Tab. 1/A e 1/B.

Al fine di consentire la maggior compliance e personalizzazione possibile tra i bisogni clinici degli utenti (siano essi emergenti o collegati ai programmi terapeutico/riabilitativi) e la tempistica di erogazione più opportuna, le parti convengono, a prescindere dalla residenza anagrafica dell'utente, di applicare le regole che seguono:

A) Visite specialistiche e diagnostica:

La struttura gestisce le prenotazioni direttamente su presentazione di prescrizione compilata su ricettario SSN (ricetta rossa o dematerializzata) e deve consegnare all'assistito la stampa del foglio di prenotazione e trasmetterne copia con la fatturazione. La comunità di San Patrignano, appunto, è già stata dotata dell'applicativo di prenotazione in dotazione al Cup Aziendale, con possibilità di accesso alle sole agende riguardanti le tipologie di prestazioni previste nel piano di committenza. Le parti riconoscono e convengono che la gestione flessibile delle agende, attribuita al Fornitore, trova la propria ragione e limite nella necessità di rispettare il codice priorità inserito nelle ricette e di modulare l'offerta con il numero degli inserimenti e/o dimissioni dalla struttura di assistiti inclusi nei programmi terapeutici/riabilitativi.

La flessibilità, accordata alla struttura, nella gestione delle agende non esclude la doverosità di una programmazione, iniziale di base delle stesse, da sottoporre all'Ufficio agende – sede di Rimini cui è riservato il potere della sua modifica su richiesta motivata del Fornitore.

Resta fermo il diritto di libera scelta del luogo di cura da parte degli assistiti nella Comunità San Patrignano, che può essere esercitato utilizzando i canali di prenotazione tradizionali CUP, Cup tel, Farmacup.

La prenotazione e la conseguente erogazione di prestazioni per utenti residenti in Romagna in numero superiore ai volumi figuranti nel piano di committenza, per quanto sempre possibile anche in ragione della sopra citata flessibilità operativa, non vincola in alcun modo l'Azienda a corrispondere il compenso oltre ai tetti pattuiti nel piano di committenza.

B) Attività di punto prelievi:

Per l'attività di prelievo venoso l'accesso si intende diretto e cioè senza prenotazione ma con prescrizione medica SSN che rimane obbligatoria.

L'attività commissionata è rivolta ai soli pazienti ambulatoriali e pertanto esclude gli utenti inseriti presso le strutture assistenziali presenti nella "Comunità San Patrignano" riservate a pazienti affetti da AIDS e patologie correlate in fase terminale, sia in regime diurno che residenziale, in convezione con L'Azienda.

L'Azienda ha messo a disposizione l'apposito applicativo per la procedura informatizzata di "accettazione dei campioni" la cui processazione analitica rimane riservata al Laboratorio Unico Aziendale; i campioni ematici e gli eventuali campioni biologici dovranno essere consegnati dal Fornitore presso l'Ospedale di Rimini - Laboratorio a Risposta rapida, previa centrifugazione laddove previsto e successiva ricomposizione degli stessi in appositi contenitori (primari, secondari, terziari);

La stampa dei referti avverrà a cura del fornitore tramite accesso alla piattaforma informatica garantendone la consegna agli utenti.

C) Odontoiatria:

È previsto l'accesso al programma regionale odontoiatria -limitatamente a programmi di trattamento conservativo- e secondo le regole di cui alla normativa della Regione Emilia-Romagna, di riferimento su questo tipo di assistenza. Sono esclusi dalla committenza prestazioni rientranti nella assistenza protesica ivi compresi eventuali trattamenti odontoiatrici propedeutici all'impianto protesico e trattamenti di assistenza ortodontica;

L'accesso ai trattamenti può avvenire esclusivamente dopo visita odontoiatrica prescritta su ricettario SSN (o ricetta de materializzata) e regolarmente prenotata; a seguito di visita, qualora sussistano le condizioni cliniche per una trattamento conservativo e, contestualmente, le altre condizioni che ne legittimino la erogabilità da parte del SSN, andrà redatto un piano di trattamento personalizzato con evidenza delle prestazioni da erogare.

La prima visita deve essere fornita nel rispetto dei tempi di attesa stabiliti dalla Regione; la conclusione dei trattamenti deve avvenire secondo la tempistica prevista dalla DGR 2678/2004 e s.m.i..

Come evidenziato nel piano di Committenza verranno remunerate le sole visite che hanno dato seguito ad un piano terapeutico nel rispetto del limite budgetario definito.

Le prestazioni figuranti nel piano di committenza, di cui alle tabelle **1/A e 1/B** sono accessibili esclusivamente tramite la prenotazione all'interno della rete cup (sportelli Cup, Farmacup, Cuptel). 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.

In termini generali, ed a valere per la intera produzione resa di cui al complessivo piano di committenza, la riscossione della quota di partecipazione del cittadino alla

spesa sanitaria (ticket), qualora dovuta, e fino a diverse indicazioni in applicazione a disposizioni regionali o di legge avviene direttamente presso il Fornitore e secondo le modalità vigenti precisate nell'articolo 7.

La consegna del referto al paziente è a cura del Fornitore secondo le modalità in uso presso le medesime con obbligo di comunicare al Committente eventuali mancati ritiri.

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) 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 (opportunosamente da aggiornare con l'anno di riferimento) e delle relative istruzioni operative già fornite a suo tempo con Nota Prot. n. 0068422/P del 18.03.2019 dall'Azienda Committente;

- 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 - PENALE

Il Fornitore è tenuto a:

- inserire nella rete CUP la totalità della produzione prevista nei piani di committenza, al netto di quella espressamente assoggettata alla modalità dei percorsi semplificati e di quella afferente all'accesso diretto se previsto;
- 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;
- consentire all'ufficio agende del territorio di riferimento l'apertura delle agende per tutte le 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 Responsabile Sanitario Aziendale competente;
- attenersi alle modalità ricevute dal Responsabile Sanitario Aziendale competente e/o Referente di supporto tecnico-operativo per la gestione delle agende;
- segnalare immediatamente circostanze che possano incidere sulla sua capacità di garantire l'offerta continuativa fornendo un'adeguata motivazione;
- garantire il massimo impegno per concordare con l'Azienda il recupero dell'offerta;
- biffare nella procedura onit cup, se in dotazione, la mancata presentazione da parte dell'utente per consentire all'Azienda l'emissione della sanzione.

Le parti convengono che a fronte di omessa e/o parziale attivazione delle agende CUP, nel termine sopra previsto, l'Azienda Usl, ogni eccezione o doglianza preclusa al Fornitore, al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa secondo gli standard regionali, potrà rideterminare il piano di committenza e rivolgersi ad altro Fornitore privato accreditato. Ferma, in ogni caso, l'applicabilità di una penale pari a 100,00 €

per ogni non conformità rilevata tra piano di committenza e tempi di attivazione agende rilevata dal responsabile Ufficio agende competente della AUSL .

Le parti comunque convengono che, fermo restando il tetto massimo di prestazioni concordate formalmente nel piano di committenza, durante la vigenza contrattuale, il committente, in accordo con il fornitore, potrà modificare la programmazione delle agende già concordate, questo a fronte di particolari criticità dei tempi di attesa su una o più prestazioni, che evidenzia la necessità di sviluppare un mix qualitativo diverso da quello inizialmente formulato; con conseguente revisione del piano di committenza o reinvestimenti di eventuali sottoproduzioni rilevate in corso d'anno.

ART. 7 TARIFFE, BUDGET E QUOTA DI COMPARTICIPAZIONE

Il Fornitore potrà erogare prestazioni fino al volume economico annuale massimo previsto dai piani di committenza. Esuperi di produzione non daranno luogo a riconoscimento economico, fatta eccezione per le sole prestazioni previste da eventuali committenze integrative commissionate ed autorizzate dal Responsabile Sanitario Aziendale.

Alle prestazioni negoziate sono applicate le tariffe vigenti riportate nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario.

Il Budget complessivo del Piano di Committenza ambulatoriale, è definito al lordo del ticket e dello sconto convenzionalmente pattuito dettagliato nel piano di committenza, comunque non inferiore al 2% delle tariffe del Nomenclatore Tariffario Regionale vigente .Lo sconto di cui sopra si applica anche alle prestazioni erogate a paganti in toto la prestazione, che si rivolgono alla Struttura sulla base di prescrizione SSN .

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. 28 quinquies del D.Lgs.502/1992.

Il preventivo versamento della quota di partecipazione dell'assistito alla spesa sanitaria (ticket) deve essere verificato dal Fornitore al momento dell'erogazione della prestazione. La riscossione del ticket deve avvenire presso l'Azienda USL, utilizzando il codice a barre contenuto nel foglio di prenotazione, quando le prestazioni prenotate sono da erogarsi in parte da strutture pubbliche e in parte da strutture private accreditate, oppure da diverse strutture private accreditate. Diversamente, l'incasso del ticket è riscosso dalla struttura privata accreditata, con foglio di prenotazione senza codice a barre, quando la stessa deve erogare tutte le prestazioni prenotate. Il ticket incassato dal Fornitore verrà stornato in sede di addebito delle prestazioni erogate all'Azienda committente. Resta esclusa da tali indicazioni la modalità di pagamento del ticket attraverso il canale Pago PA.

ART. 8 DEBITO INFORMATIVO NEI CONFRONTI DELL'AZIENDA COMMITTENTE

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.

Il Fornitore è tenuto al rispetto degli adempimenti connessi al debito informativo per il

monitoraggio degli accordi contrattuali, fornendo mensilmente all'Azienda USL il flusso ASA, secondo le modalità stabilite dalla Circolare n. 2 della Regione Emilia-Romagna del 16/02/2011 e s.m.i. .

In particolare, il fornitore è tenuto:

- a trasmettere all'Azienda committente la documentazione riepilogativa relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogata a pazienti residenti, distinguendo le prestazioni previste nella committenza ordinaria, nel percorso di garanzia e nell'integrativa. Le prestazioni erogate a favore dei cittadini e residenti fuori regione dovranno essere riepilogate separatamente;

- inserire nel flusso ASA le prestazioni valorizzate 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. Nel caso di ticket riscossi direttamente dalla AUSL, la struttura dovrà indicare nel flusso ASA "Ticket riscosso da altri".

L'obbligo riguarda anche le prestazioni integralmente remunerate dal ticket (paganti in toto la prestazione SSN).

L'inadempimento al dovere informativo determina la contestazione della prestazione addebitata oltre alla restituzione, da parte del Fornitore, delle corrispondenti somme di ticket versate dall'assistito e incassate in nome e per conto dell'Azienda Committente .

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) e ogni altra rilevazione ricompresa nel N.S.I.S.

ART. 9 FATTURAZIONE – PENALE

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, ancorché fatturate dal Fornitore, fatta eccezione per quelle autorizzate dal Responsabile Sanitario Aziendale anche eventualmente quali prestazioni extrabudget.

Il Fornitore addebiterà all'Azienda soltanto le prestazioni sanitarie validate dalla banca dati regionale e, a tal fine, è tenuto ad emettere fatture elettroniche, mensili uniche a livello aziendale, contenenti il numero di ordine elettronico, 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. Le fatture emesse dovranno rispettare la medesima distinzione prevista all'Art. 8 "Debito informativo nei confronti dell'Azienda Committente" per la documentazione riepilogativa delle prestazioni (dovranno essere separate per: committenza ordinaria; garanzia; integrativa; fuori regione; stranieri ed eventuale committenza Inail se prevista).

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 deve rispettare, altresì, il Decreto del Ministero delle Finanze del 7/12/2018, come modificato dal D.M. 27/12/2019, che prevede per le prestazioni di

servizi l'obbligo di indicare gli estremi dell'ordine elettronico ricevuto dall'AUSL, secondo le modalità previste dalle Regole Tecniche Ministeriali, pena il respingimento delle fatture, nei termini di legge previsti per il rifiuto, in caso contrario verrà richiesta emissione di nota di credito e di nuova fattura corretta a decorrere dalle fatture di competenza del mese di gennaio 2022.

Ciascuna fattura dovrà essere accompagnata da due files formato txt (tracciato A e B) contenenti i dati inseriti nel flusso ASA e coerenti con gli importi addebitati e gli allegati riepilogativi prodotti.

Le fatture 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.

Il ricevimento delle fatture corredate della corretta necessaria documentazione (allegati riepilogativi e supporti informatici – file A e B), oltre due mesi rispetto ai tempi sopra indicati (giorno 20 del mese successivo a quello di competenza) determinerà l'applicazione di una Penale di euro 30,00 (trenta) per ogni singola fattura, oltre al mancato riconoscimento dell'importo fatturato fino a quando la fattura non pervenga con la corretta documentazione a supporto (la regolarizzazione economica dovrà avvenire attraverso emissione di nota di credito da parte del Fornitore).

Le contestazioni comunicate al Fornitore, cui non seguano giustificazioni nei 30 giorni successivi o che siano irragionevoli e non dipendano da cause di forza maggiore o da problemi tecnici connessi al sistema di interscambio (SDI)

determineranno l'applicazione immediata della penale di cui sopra.

Le eventuali controdeduzioni del Fornitore dovranno pervenire nel termine di 30 giorni, dalla data di ricezione delle sopracitate contestazioni, corredate di adeguati ed oggettivi riscontri giustificativi.

La mancata controdeduzione alla contestazione implica accettazione della contestazione stessa ed in tal caso è fatto obbligo al Fornitore di emettere nota di credito per un importo corrispondente a quello contestato. Per ogni altra specifica modalità, ivi compresi gli accorgimenti operativi in osservanza della normativa Privacy si rinvia alle indicazioni fornite in precedenza dall'Azienda.

ART. 10 PRESTAZIONI EROGATE A CITTADINI RESIDENTI E NON RESIDENTI

Il Fornitore dovrà fatturare separatamente a questa AUSL:

a) le prestazioni rese a cittadini residenti presso la AUSL della Romagna sulla base del dato anagrafico risultante dalla prescrizione medica e tessera sanitaria del paziente (distinte tra committenza ordinaria, integrativa e garanzia);

b) le prestazioni rese a cittadini residenti in Regioni diverse dalla Regione Emilia Romagna liquidabili entro i tetti indicati dalla Regione Emilia Romagna nelle more della chiusura della mobilità interregionale;

c) le prestazioni rese a cittadini in possesso di codice/ tessera STP (stranieri temporaneamente presenti), PSU (permesso soggiorno per motivi umanitari) e a cittadini comunitari in possesso di TEAM (Tessera europea assicurazione malattia) rilasciata dallo Stato di provenienza, saranno addebitate all'Azienda con fattura separata per:

- Stranieri in possesso di tessera STP, PSU e ENI;

- Stranieri in possesso di tessera TEAM

- Alla fattura dovrà essere sempre allegata copia del tesserino STP dal

quale deve risultare, eventualmente, la condizione di indigenza che permette allo straniero di pagare il ticket (e non l'intera tariffa della prestazione) a parità di condizioni col cittadino italiano.

- Per i cittadini comunitari dovrà essere sempre allegata la tessera TEAM in corso di validità che dimostri il diritto all'assistenza.

Le parti convengono, inoltre, che i cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti ma non iscritti al SSN devono essere muniti di apposita polizza assicurativa e pagare in proprio le prestazioni sanitarie fruitive.

ART. 11 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, nella misura validata nella banca dati regionale ASA e soltanto se presente e correttamente inserito l'ordine elettronico nella relativa fattura. Il Fornitore riconosce che il flusso ASA costituisce l'unico modello di rilevazione valido per la valorizzazione economica delle prestazioni ed è titolo indispensabile per il pagamento delle stesse. Conseguentemente tutti i pagamenti avranno valore di acconto, salvo conguaglio a consuntivo (validato ASA) ed espletamento dei controlli di coerenza con la produzione commissionata validata dalla banca regionale.

Eventuali prestazioni riepilogative senza prescrizione medica su ricettario SSN o con data erogazione antecedente a quella riportata sulla ricetta non daranno titolo al riconoscimento economico a carico del SSN, salvo i casi in cui sia previsto l'utilizzo della modulistica percorso semplificato, ricetta dematerializzata la cui consegna non è obbligatoria in quanto costituisce semplice promemoria per l'utente, o a seguito di altre modalità di invio specificamente autorizzate dall'Azienda (vedi percorso CVM, richieste da parte di commissioni medico legali ecc., prestazioni escluse anche

dall'invio Asa).

La liquidazione e/o l'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.

In ogni caso l'Azienda potrà 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. 12 OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEL SERVIZIO RESO

Il Fornitore deve garantire agli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale il medesimo livello qualitativo delle prestazioni rese ai cittadini paganti in proprio.

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

Il Fornitore deve:

- 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;

- 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'accertamento di gravi carenze professionali e tecnologiche che possano precludere la sicurezza degli assistiti determinerà l'immediata sospensione anche parziale dell'attività commissionata. In tali ipotesi, salvo che si verificano più gravi inadempimenti che configurino fattispecie previste esplicitamente dalla normativa vigente come cause di risoluzione dell'Accordo di fornitura, l'Azienda invierà

contestazione formale motivata e circostanziata indicando un termine congruo per adottare le misure ritenute necessarie;

- concordare e 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 deve fornire tempestivamente adeguata risposta all'Azienda entro i termini indicati nella richiesta;

- rispettare la normativa vigente in materia di consenso informato;

- rispettare rigorosamente le indicazioni di carattere sanitario atte alla prevenzione dei contagi e/o finalizzate a fronteggiare l'emergenza sanitaria.

ART. 13 MONITORAGGIO DEL CONTRATTO LOCALE, CONTROLLI AMMINISTRATIVI, SANITARI E DI APPROPRIATEZZA.

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

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 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 il Responsabile Sanitario Aziendale;

- il rispetto degli obblighi in materia di prenotazione ed agende di cui all'art. 6 (controllo dei competenti Uffici agende).

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

previsti:

1) Controlli amministrativi che consistono in:

A) Controlli anagrafici (residenza del cittadino) diretti ad accertare l'effettiva residenza dell'assistito e il conseguente corretto addebito della prestazione all'AUSL;

B) Controlli volti a confermare la regolarità della trasmissione delle fatture e della documentazione necessaria alla validazione del fatturato, nonché la congruenza tra importo fatturato e importo validato nella banca dati regionale ASA;

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

D) Controlli di coerenza tra la tipologia di prestazioni erogate e l'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 contestazione scritta volta a richiedere al Fornitore l'emissione di nota di credito e a trattenere l'importo contestato dalle fatture in scadenza. I pagamenti riprenderanno solo al raggiungimento del totale di quanto indebitamente fatturato o remunerato.

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 UsI, potrà compiere, in qualunque momento, previa tempestiva comunicazione al Fornitore, 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 e disposizioni vigenti.

Nel caso di riscontrate incongruenze, inadempienze o inappropriatezze l'Azienda

procederà a contestazione scritta.

In ogni caso qualora l'Azienda USL riscontrasse che le prestazioni erogate non siano quali-quantitativamente conformi al commissionato, a seguito di gravi e reiterate irregolarità ed inadempienze, provvederà ad inviare formale diffida con specifica motivazione delle contestazioni e con invito a conformarsi nel termine ritenuto congruo. A fronte di grave irregolarità o inadempienza l'Azienda dopo la seconda diffida potrà risolvere, in tutto o in parte il contratto.

Le eventuali controdeduzioni del Fornitore dovranno pervenire nel termine di 30 giorni, dal ricevimento delle contestazioni scritte di cui sopra, corredate di adeguati ed oggettivi riscontri giustificativi.

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 (fatta eccezione per le ricette dematerializzate) 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, nel rispetto delle disposizioni vigenti, dei dati personali e sensibili, contenuti nelle ricette medesime e garantire 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 ulteriori indicazioni con nota formale, se richieste dal Fornitore.

ART. 14 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 2022-2024, come da ultimo aggiornato con Deliberazione del Direttore n. 135 del 29.04.2022 scaricabile dal link

<https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza>

documenti che il Fornitore, con la sottoscrizione del presente accordo, dichiara aver già esaminato e di accettare integralmente.

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.

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 conseguenza di false dichiarazioni rilasciate dal personale e 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 il quale prevede che *"I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 comma 2 non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri"* 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. 15 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALE

Il Fornitore dichiara e garantisce il 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. L'Azienda USL della Romagna e COMUNITA' SAN PATRIGNANO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE, concordemente, salvo diverse e/o nuove disposizioni, a cui si impegnano a conformarsi anche con modifica dei contenuti del presente articolo, si danno reciprocamente atto che ciascuna parte resta Titolare autonomo del trattamento dei dati dei pazienti, impegnandosi al rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679 - GDPR e D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.) ed in particolare dei principi di liceità e di minimalizzazione del trattamento. Ciascuna parte si impegna altresì ad adottare le misure tecniche e organizzative più opportune per garantire l'integrità e la sicurezza dei dati e per facilitare lo scambio delle informazioni e del materiale documentale utile alla corretta erogazione delle prestazioni sanitarie, nei limiti e nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di flussi informativi. Le parti concordano inoltre che ciascuna sarà responsabile della corretta applicazione della citata normativa, manlevando sin da ora l'altra parte da qualsiasi e qualsivoglia conseguenza negativa, anche indiretta (ivi compresi eventuali danni di immagine), che dovesse derivare da un parziale o mancato adeguamento alla normativa stessa.

ART. 16 RISOLUZIONE CONTRATTO

Fermo restando il diritto al risarcimento dei danni ed ogni altro rimedio previsto ai sensi della normativa vigente, in caso di inadempimento al presente accordo da

parte del Fornitore, il contratto è risolto di diritto, ai sensi dell'art. 1456 c.c., qualora:

- sia accertata l'esistenza di infiltrazioni mafiose da parte della Prefettura o la struttura sia soggetta a qualsiasi provvedimento (anche interdittivo o cautelare) derivante dall'applicazione della normativa antimafia;
- il Fornitore perda i requisiti oggettivi previsti dalla normativa in materia di accreditamento;
- il Fornitore perda i requisiti soggettivi auto-dichiarati;
- si verifichi la sospensione dell'esecuzione del servizio per cause non dovute a forza maggiore;
- l'Azienda riscontri la violazione di patti di integrità e/o legalità eventualmente adottati dall'Azienda;
- l'Azienda riscontri la 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;
- l'Azienda riscontri la violazione delle prescrizioni in materia di incompatibilità e anticorruzione ed in particolare la violazione delle disposizioni previste all'art.14;
- l'Azienda riscontri la sopravvenuta revoca del requisito oggettivo dell'accreditamento;
- l'Azienda riscontri il mancato rispetto delle indicazioni previste a livello nazionale, regionale o date dall'Azienda AUSL della Romagna per la gestione del rischio infettivo sanitario;
- l'Azienda riscontri il reiterato mancato rispetto delle indicazioni, fornite da AUSL, sulle modalità dell'apertura delle agende e di accesso alle prestazioni sanitarie, sulla tipologia e modalità di trasmissione della refertazione (adesione con oneri a proprio

carico alla rete Regionale "Sole" e implementazione delle funzionalità necessarie alla visualizzazione della ricetta dematerializzata secondo le regole previste dal Flusso Ministeriale), della documentazione sanitaria e amministrativa-contabile a supporto dei corrispettivi richiesti e della fatturazione.

- l'Azienda riscontri la reiterata mancata emissione della NC richiesta dall'Azienda a storno di importi indebitamente pagati e/o fatturati;

- l'Azienda, dopo la seconda diffida, riscontri una grave irregolarità o inadempienza di come previsto all'art. 13;

- si verifichi quanto previsto nei successivi articoli 17 e 19.

Qualora si verifichi una delle ipotesi sopra indicate l'Azienda procede con la contestazione scritta al Fornitore comunicando che intende avvalersi della clausola risolutiva espressa.

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 Ausl 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. 17 OBBLIGO SEGNALAZIONE CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA IN CASO DI APPLICAZIONE DI MISURA CAUTELARE O DI RINVIO A GIUDIZIO PER UNO DEI CD. "REATI SPIA"

Il Fornitore si obbliga a comunicare ogni provvedimento emesso nei confronti dei componenti la compagine sociale o dei dirigenti o dei procuratori, di cui lo stesso sia

o debba essere a conoscenza, e accetta la clausola espressa di cui all'art. 1456 c.c. ogni qualvolta nei confronti dei medesimi soggetti sia stata disposta misura cautelare o sia intervenuto rinvio a giudizio per taluno dei delitti di cui agli artt. 317 c.p., 318 c.p., 319 c.p., 319 bis c.p., 319 ter c.p., 319 quater c.p., 320 c.p., 322 c.p., 322 bis c.p., 346 bis c.p., 353 c.p. e 353 bis c.p.

ART. 18 OBBLIGO DI DENUNCIA

Il Fornitore si impegna a denunciare immediatamente alle Forze di Polizia o all'Autorità Giudiziaria ogni illecita richiesta di denaro, prestazione o altra utilità ovvero offerta di protezione nei confronti dell'imprenditore, dei componenti la compagine sociale o dei rispettivi familiari (richiesta di tangenti, pressioni per indirizzare l'assunzione di personale o l'affidamento di lavorazioni, forniture o servizi a determinate imprese, danneggiamenti, furti di beni personali o aziendali).

ART. 19 ASSICURAZIONE

La copertura dei rischi da responsabilità civile verso terzi è a carico del Fornitore che si obbliga a tenere indenne AUSL della Romagna con rinuncia ad azione di rivalsa, e assume in proprio ogni responsabilità per infortunio o danno, da chiunque e per qualsiasi ragione subito, in relazione all'esecuzione delle prestazioni contrattuali o ad esse riferibili, anche se eseguite da parte di terzi per conto o su incarico del Fornitore. L'esistenza, la validità ed adeguata polizza assicurativa, a copertura dei danni derivanti dall'esercizio dell'attività del Fornitore, per l'intera durata del presente contratto è ritenuta condizione essenziale, pena la risoluzione del contratto.

ART. 20 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. 21 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. 22 NORMA DI RINVIO

Per tutto quanto non previsto nel presente accordo, si rinvia alle disposizioni previste per fronteggiare l'emergenza sanitaria, da intendersi integralmente recepite dalle parti dal momento della loro entrata in vigore, 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. 23 APPROVAZIONE 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. 5 "Accesso alle cure", 6 "Articolazione offerta-penale", 9 "Fatturazione-Penale" 11 "Pagamenti", 12 "Obiettivi di appropriatezza e qualità del servizio reso", 13 "Monitoraggio del contratto, locale controlli amministrativi, sanitari e di appropriatezza" 14 " Codice di comportamento, incompatibilità e normativa anticorruzione", 16 "Risoluzione contratto", 17 "Obbligo segnalazione clausola risolutiva espressa in caso di applicazione di misura cautelare o di rinvio a giudizio per uno dei cd. "reati spia"; 19 "Assicurazione", 20 "Foro competente".

Allegati:

- 1) Piano di Committenza anno 2022;
- 2) Quadro riepilogativo vulnerabilità sanitaria.
- 3) Modulo fac-simile percorso semplice.

Ravenna,

Per	Per
l'Azienda Usl Romagna	la COMUNITÀ SAN PATRIGNANO
Direttore U.O. Acquisizione	SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE
Prestazioni Sanitarie	I legali rappresentanti
da Erogatori Esterni	Sig.ra Vittoria Pinelli*
Dott.ssa Manuela Manini*	Sig. Massimo Verlato*

*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.