

ACCORDO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE

(art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92)

Anno 2024

L'anno 2024, il giorno del mese di in Udine

TRA

L'Azienda Sanitaria Universitaria "Friuli Centrale", di seguito
Azienda - con sede a Udine, Via Pozzuolo n. 330, C.F./P.IVA
02985660303, in persona del Direttore Generale nonché legale
rappresentante p.t, nominato ex L.R. 27/2018 e giusta Delibera
della Giunta Regionale n. 591 del 21 aprile 2021, dott. Denis
Caporale,

E

La Struttura sanitaria "**Salus Alpe Adria S.r.l.**" – di seguito
Struttura - con sede legale e operativa in Tavagnacco – frazione
Branco (UD) Via G. D'Annunzio n. 29, C.F./P.I. 02726460302, in
persona del legale rappresentante p.t.;

PREMESSO:

1. che l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. 502/1992 stabilisce che la Regione e le Unità Sanitarie Locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi contrattuali con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati e che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies del medesimo D.Lgs. prevede che l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8

quater delle strutture eroganti prestazioni per conto del S.S.N. sia sospeso in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali;

2. che l'art. 65, della L.R. 12 dicembre 2019, n. 22 *“Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006”* prevede che la stipula di accordi contrattuali regionali con le Associazioni rappresentative delle strutture private e di accordi aziendali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale siano definiti in coerenza con la programmazione regionale che determina il fabbisogno e le risorse sulla base di requisiti e valutazioni di comparazione della qualità e dei costi;

3. che con la DGR n. 1763 del 18/10/2019 avente ad oggetto *“D.Lgs. 502/1992, art.8 quater – LR 17/2014, art. 49. Determinazione del fabbisogno di assistenza ai fini dell'accreditamento istituzionale”*, la Regione ha identificato gli ambiti specialistici che presentano maggiore criticità in termini di offerta, di tempi d'attesa e conseguentemente di flussi di mobilità intra ed extra-regionale, al fine di orientare le domande di accreditamento da parte delle strutture private;

4. che la DGR n. 1037 del 02.07.2021 – con cui è stato approvato l'Accordo triennale 2021-2023 tra la Regione e le Associazioni rappresentative degli erogatori privati FVG, avente ad oggetto l'erogazione per conto del Servizio Sanitario Regionale di

prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate

- quantifica le risorse economiche destinate ai singoli operatori privati per l'attività erogata a favore di utenti regionali, ricalcolando gli importi sul budget storico 2011 rivalutato ai sensi del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla legge di conversione 19 dicembre 2019, n. 157;

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

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento;
- che, nelle more della definizione degli Accordi fra le Regioni, l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti presso le altre Regioni deve rispettare il tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore che stabilisce di fare riferimento all'erogato 2011;

6. che con DGR n. 2055 del 22/12/2023 la Regione ha approvato la proroga degli schemi degli accordi triennali stipulati con le associazioni rappresentative degli erogatori privati di cui alla DGR 1037/2021 per l'anno 2024;

7. che, per dare esecuzione a quanto previsto dall'articolo 8 degli Accordi regionali (*Tariffe e meccanismo di flessibilità*), l'Azienda:

- solo a seguito del completamento delle procedure per la chiusura di esercizio 2023 e successivamente alla sottoscrizione del presente accordo, potrà determinare gli im-

porti eccedenti il budget 2023 nel limite del 5% nonché i sottoutilizzi del budget 2023 inferiori al 5%;

- sulla base della determinazione di cui sopra provvederà a comunicare alla Struttura gli importi a conguaglio;

8. che la Struttura è autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con ordinanza n. 24386 del 27.02.2020 dell'Azienda Sanitaria Universitaria "Friuli Centrale";

9. che la Struttura è accreditata a pieno titolo con decreto n. 238/SPS del 23.02.2022 e decreto di rettifica n. 288/SPS del 10.03.2022 della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità (di seguito Direzione Centrale Salute) per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR, nelle seguenti branche specialistiche:

- dermatologia,
- endocrinologia/diabetologia,
- oculistica, compresi interventi chirurgici sul cristallino;

10. che il Decreto del Ministero della Salute del 09/12/2015 recante le *"Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"*, definisce le prestazioni di specialistica ambulatoriale che possono essere erogate a carico del Servizio sanitario, solo nel rispetto di determinate condizioni di erogabilità riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di

patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito delle procedure o accertamenti pregressi;

11. che il DPCM 12/01/2017 definisce ed aggiorna i livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.Lgs. 502/1992;

12. che con la DGR n. 1783/2017, nel recepire quanto disposto dal DPCM 12/01/2017, la Regione FVG delibera l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie regionali aggiuntive (extraLEA);

13. che le tariffe attualmente vigenti per la specialistica ambulatoriale e l'attività di ricovero, salvo successive modifiche, sono quelle definite nel nomenclatore tariffario regionale di cui rispettivamente alla DGR n. 1680/2018 e alla DGR 1535/2009 e provvedimenti e atti regionali collegati;

14. che la DGR n. 2034 del 16/10/2015 e la DGR n. 1815 del 25/10/2019 definiscono rispettivamente l'organizzazione e le regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione delle liste di attesa al fine di assicurare in maniera omogenea sull'intero territorio regionale il sistema dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

15. che il Piano Attuativo aziendale, che riporta al suo interno il Programma aziendale per il governo delle liste di attesa per l'anno 2024, è stato approvato con Decreto del Direttore Generale n. 181 del 19/02/2024;

16. che la Struttura ha dichiarato:

- di confermare il permanere del possesso dei requisiti richiesti in sede di rilascio dell'autorizzazione per la realizzazione e l'esercizio delle attività nonché di concessione dell'accreditamento;
- di essere in regola con quanto previsto dalla L. 68/99 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili);
- di essere in regola con gli obblighi in materia contributiva previsti dalla normativa vigente (DM lavoro e politiche sociali 30/01/2015 art. 2, comma 2, lett. a));
- di essere adempiente con l'obbligo di versamento derivante dalla notifica di una o più cartelle di pagamento (DPR 602/1973 art. 48-bis);
- di essere in regola ai sensi della vigente normativa antimafia;

17. che con il decreto n. 348 del 03.04.2024 l'Azienda ha adottato lo schema tipo di Accordo annuale 2024 con le Case di Cura e strutture ambulatoriali private accreditate del proprio territorio.

Tutto ciò premesso e considerato, le parti stipulano e sottoscrivono il presente contratto, redatto tenuto conto dello schema tipo di cui al decreto della Direzione Centrale Salute n. 65/ASAO del 31/01/2014, avente ad oggetto l'acquisto e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG e di altre Regio-

ni, con oneri da porre a carico del bilancio delle Aziende sanitarie della Regione, opportunamente aggiornato;

Articolo 1

Oggetto del contratto

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

- dermatologia,
- endocrinologia/diabetologia,
- oculistica, compresi interventi chirurgici sul cristallino.

Articolo 2

Volumi di prestazioni erogabili e limiti di spesa

1. Con il presente Accordo viene assegnato alla Struttura una quota del budget ordinario corrispondente al 95% dell'importo di cui alla DGR 1037/2021 pari a **€ 332.883,91**. Gli importi a conguaglio, nei limiti del 5% riferiti alle prestazioni rese a valere sul budget 2023, in esecuzione all'Accordo sottoscritto tra le parti per l'annualità 2023, verranno comunicati dall'Azienda una volta concluso l'iter di definizione della chiusura del relativo esercizio dell'Azienda. La comunicazione verrà trasmessa con le modalità di cui all'articolo "*Forma delle comunicazioni*".

2. Si precisa che, in coerenza con quanto definito dalla DGR

1037/2021 e dalla successiva DGR 2055/2023 che proroga per l'anno 2024 l'adozione degli accordi regionali triennali, eventuali prestazioni eccedenti il budget 2024 non verranno riconosciute così come eventuali sottoutilizzi del budget 2024 non verranno riassegnati con l'Accordo dell'anno successivo, fatte salve diverse disposizioni regionali;

3. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività di seguito indicati:

Descrizione prestazioni di specialistica ambulatoriale e codici tariffari	Volumi attesi
Prima visita oculistica, incluso esame del visus, refrazione con eventuale prescrizione di lenti, tonometria, biomicroscopia, fundus oculi con o senza midriasi farmacologica (codice tariffario 95.02)	1.200
Intervento sul cristallino con e senza vitrectomia, inclusi esami pre-intervento e controlli post-intervento (codice tariffario 13.41)	185

4. La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni nei confronti degli aventi diritto.

5. La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale attualmente vigore, approvato con DGR n. 1680 del 14/09/2018 e provvedimenti e atti regionali collegati, al netto del ticket, fatte salve successive modifiche.

Articolo 3

Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa – budget per nuove branche accreditate

1. Il budget assegnato alla Struttura per prestazioni di nuove branche accreditate a favore di residenti FVG è di € 25.000,00.
2. La struttura si impegna a erogare i volumi di seguito indicati:

Descrizione prestazioni di specialistica ambulatoriale e codici tariffari	Volumi attesi
Prima visita dermatologica (codice 89.7A.7)	500
Prima visita endocrinologica (codice 89.7A.8)	400

Articolo 4

Prestazioni erogate a residenti extra regione

1. Nelle more della definizione degli accordi fra le Regioni, l'attività di specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti presso altre Regioni svolta dagli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia deve rispettare il tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore che stabilisce di fare riferimento all'erogato 2011.
2. L'importo dell'erogato 2011 dalla Struttura per i cittadini residenti presso le altre Regioni, pari ad **€ 6.086,24** (come desunto dalle Direttive regionali per la redazione del Bilancio di chiusura 2012 delle Aziende sanitarie), costituisce quindi il tetto per l'attrazione extraregionale.

3. Eventuali accordi con altre Regioni sui flussi di mobilità extraregionale possono essere considerati ai fini dei conguagli definitivi.

Articolo 5

Condizioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie

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

2. La Struttura garantisce che l'attività oggetto del presente contratto verrà svolta impiegando personale in possesso dei prescritti titoli abilitanti e che non si trovi in situazioni di incompatibilità.

3. L'eventuale accertamento di situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale, determina gli effetti previsti dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996, qualora la Struttura non provveda ad eliminarle entro 30 giorni dal ricevimento della diffida da parte dell'Azienda.

4. La revoca o la sospensione dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute, determina la risoluzione o la sospensione degli effetti del presente contratto.

5. L'accertamento della non conformità ai requisiti di autorizzazione e/o di accreditamento determina la relativa comunicazione alla Direzione Centrale Salute per gli adempimenti di

competenza.

6. La Struttura si impegna a comunicare all'Azienda e alla Direzione Centrale Salute i periodi di sospensione di attività da qualsiasi causa determinate, specificandone la motivazione.

7. La Struttura si impegna a mantenere l'applicazione del CCNL di categoria e degli obblighi previdenziali conseguenti per tutta la durata del contratto.

Articolo 6

Accessibilità dell'utenza

1. L'accesso dell'utenza alle prestazioni erogate dalla Struttura avviene tramite proposta motivata del medico di fiducia dell'Assistito su ricettario S.S.N. o altro specialista autorizzato all'utilizzo del ricettario regionale. La Struttura garantisce la parità di trattamento tra utenti, senza alcuna discriminazione tra esenti e non esenti ticket. La Struttura è responsabile dell'offerta a CUPweb relativamente a:

- a) coerenza con i volumi di attività di cui all'art. 2;
- b) distribuzione dell'offerta nell'arco di dodici mesi;
- c) disponibilità della prenotazione a Call Center regionali;
- d) coerenza delle prestazioni con le branche specialistiche accreditate e ogni altro vincolo di cui alla normativa nazionale e regionale (ad esempio: durata della visita specialistica);
- e) specifiche limitazioni dell'offerta (ad esempio: età, pre-

stazioni per certificazioni, limiti di accessibilità alla Struttura).

Costituisce grave inadempimento il mancato rispetto dei punti a), b), c), d).

2. La Struttura è tenuta ad effettuare i controlli sulla regolarità delle prescrizioni mediche, in conformità alle norme in materia di quota di compartecipazione ed esenzioni, e a verificare e documentare la residenza dell'assistito (con codice fiscale alfanumerico), rilevandola opportunamente nei sistemi informativi. Non possono essere accettate in esenzione prescrizioni senza l'evidente identificazione del codice di esenzione riportato sulla ricetta dal medico prescrittore. Eventuali errori nelle prescrizioni saranno segnalati all'Azienda di residenza del cittadino per gli adempimenti di pertinenza.

3. Le agende devono risultare sempre aperte con disponibilità, ossia in qualsiasi giorno dell'anno solare hanno almeno 12 mesi successivi di possibile offerta di prenotazione. Ogni condizione al di fuori di questa fattispecie è considerata agenda chiusa. Il verificarsi di motivate e riconosciute situazioni che impediscono l'erogazione di una prestazione sanitaria, deve essere comunicato alla Direzione dell'Azienda e alla Direzione Centrale Salute, secondo i criteri generali della DGR 1815/2019 - Piano regionale di governo delle liste d'attesa - paragrafo 3.5.

4. Le agende di tutte le prestazioni di primo accesso devono essere articolate per classe di priorità (Breve, Differita, Pro-

grammata) come definito dalla citata DGR 1815/2019, assicurando adeguati livelli di collaborazione per il conseguimento degli obiettivi aziendali che prevedono la garanzia erogativa nei tempi previsti per il 90% delle prenotazioni. L'offerta ambulatoriale dovrà essere in generale strutturata dando maggiore disponibilità per posti con priorità B e D.

Articolo 7

Tutela privacy

1. La Struttura è tenuta ad osservare le disposizioni di cui al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.
2. Nell'effettuare le operazioni di trattamento dei dati personali e sanitari correlate all'erogazione delle prestazioni nell'ambito dei compiti assegnati, è tenuta ad osservare altresì le decisioni del Garante dei dati personali e dell'Autorità giudiziaria, provvedendo ad evaderne le richieste.
3. La Struttura è nominata Responsabile al trattamento dei dati, come previsto dalla suddetta normativa e declinato nel Contratto di designazione, sottoscritto annualmente dalle parti, a cui si rimanda per i contenuti specifici.

Articolo 8

Controlli e debito informativo

1. La Struttura si impegna a trasmettere all'Azienda ogni flusso informativo per ciascuna prestazione effettuata secondo la modalità e i tempi previsti dalle disposizioni statali, regionali e aziendali. Si precisa che, per quanto attiene all'attività ambulatoriale, i file dovranno pervenire, di norma, entro il giorno 10 del mese successivo all'erogazione. Eventuali ritardi vanno adeguatamente comunicati e motivati. Il mancato rispetto delle tempistiche determina le condizioni di cui all'articolo "*Rendicontazione e liquidazione dei corrispettivi*".

2. L'Azienda può chiedere informazioni e documentazione ed attivare verifiche sulle prestazioni erogate dalla Struttura con le modalità previste dalla specifica normativa di settore.

3. L'Azienda in particolare si riserva la possibilità di effettuare controlli anche mediante accertamenti diretti che potranno riguardare:

a) Attività di controllo in applicazione della DGR n. 1006 del 30/06/2023 ad oggetto "*L.R. 22/2019, art. 66. Criteri e modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate. Approvazione*";

b) Controlli amministrativo-contabili basati sulla verifica dell'osservanza delle regole amministrative concernenti la corretta registrazione delle prestazioni;

c) Controlli sui volumi di attività erogata.

Articolo 9

Rendicontazione e liquidazione dei corrispettivi

1. Si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 10 dell'Accordo di cui alla DGR n. 1037/2021 e successiva DGR 2055/2023. Le prestazioni erogate a cittadini residenti extra Regione vengono escluse dalla determinazione dell'acconto, in quanto non comprese nel budget assegnato.
2. L'addebito delle prestazioni sarà effettuato con fatturazione distinta per Azienda sanitaria di residenza degli utenti, per utenti extraregionali e stranieri.
3. Le emissioni delle fatture mensili in acconto trasmesse entro il 15 del mese saranno liquidate entro il 30 del mese stesso. In caso di trasmissione delle fatture dopo tale termine, il pagamento verrà effettuato entro i 15 gg. successivi alla data di ricevimento (protocollo d'arrivo). Le fatture a saldo saranno liquidate entro 90 giorni dal ricevimento qualora siano rispettati i tempi di invio dei flussi informativi.
4. Le fatturazioni di chiusura dell'anno 2024 saranno trasmesse entro e non oltre il 15 marzo 2025.
5. L'Azienda provvede a richiedere l'emissione di una nota di credito, che deve essere emessa entro il mese di fatturazione successivo, nel caso in cui, in esito alle operazioni di controllo e previo contraddittorio, venissero riscontrate contestazioni su prestazioni già erogate. In caso di mancata emissione della nota di credito entro il predetto termine, l'Azienda si riserva la facoltà

di trattenere le somme dovute dalla prima liquidazione utile.

Articolo 10

Tracciabilità dei flussi finanziari

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la Struttura assume gli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui alla legge 13 agosto 2010, n. 136, e s.m.i., pena la nullità assoluta del presente contratto.

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

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

4. La Struttura è tenuta a comunicare all'Azienda ogni variazione intervenuta sui dati forniti, tempestivamente e comunque entro e non oltre sette giorni. In difetto di tale comunicazione, la Struttura non potrà sollevare eccezioni in ordine ad eventuali ritardi dei pagamenti, né in ordine a pagamenti già effettuati.

5. Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 9 bis

della L. 136/2010 e s.m.i, il mancato utilizzo, nella transazione finanziaria, del bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni di pagamento costituisce causa di risoluzione del presente contratto.

Articolo 11

Decorrenza e durata

1. Conformemente a quanto previsto dall'Accordo adottato con DGR n. 1037/2021 e successiva DGR 2055/2023, nel rispetto della programmazione annuale aziendale, il presente contratto ha durata annuale e concerne il periodo 1° gennaio 2024 - 31 dicembre 2024, producendo i suoi effetti anche retroattivamente rispetto alla data di sottoscrizione.
2. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 1° gennaio 2025, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato.
3. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni statali o regionali.
4. La validità del presente contratto è condizionata alla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura.
5. Il presente contratto è trasmesso in copia digitale alla Direzione Centrale Salute.

Articolo 12

Risoluzione anticipata del contratto

1. Fatta salva la risoluzione del contratto in caso di revoca dell'autorizzazione all'esercizio delle attività nonché revoca dell'accreditamento, il presente contratto si risolve di diritto in caso di grave inadempimento, notificato dall'Azienda secondo le modalità di cui all'articolo "Forma delle comunicazioni", qualora quest'ultima si renda responsabile:

a) dell'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia della documentazione prevista dalla normativa sulle prestazioni erogate;

b) all'inosservanza di quanto previsto all'articolo "Accessibilità dell'utenza", comma 1, punti a), b), c), d);

2. Fatto salvo quanto previsto dal comma 1, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi e con le modalità di cui all'articolo 1454 del Codice Civile a seguito di diffida ad adempiere:

a) per mancato adempimento o impedimento a svolgere quanto previsto dall'articolo "Controlli e debito informativo" del presente contratto;

b) circostanziato inadempimento che impedisca la regolare e corretta prosecuzione del rapporto contrattuale.

3. Nel caso di risoluzione la Struttura ha diritto soltanto al pagamento delle prestazioni regolarmente eseguite, decurtato degli oneri aggiuntivi derivanti dallo scioglimento del contratto.

4. La Struttura in ogni caso è tenuta a risarcire l'Azienda e la

Regione di tutti i danni derivanti dall'inadempimento e conseguente risoluzione del presente contratto.

Articolo 13

Incompatibilità

1. È fatto divieto alle strutture private accreditate di avere nel proprio organico o quali consulenti, personale medico e non, in posizione di incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/91 e articolo 1, della legge n. 662/96.
2. La Struttura si impegna a fornire all'Azienda l'elenco aggiornato del personale di cui si avvale a qualsiasi titolo, comunicando semestralmente le variazioni intervenute.
3. A seguito dei controlli, l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità determina l'applicazione delle sanzioni previste dalla normativa vigente nonché la segnalazione alla Direzione Centrale Salute per l'adozione delle determinazioni conseguenti.

Articolo 14

Disposizioni antimafia

1. La Struttura prende atto che la validità e l'efficacia del presente contratto è subordinato all'integrale e assoluto rispetto della vigente normativa antimafia.
2. La Struttura si impegna a comunicare immediatamente all'Azienda ogni modificazione intervenuta nel proprio assetto proprietario, nella struttura, negli organismi tecnici e/o amministrativi.

3. L'Azienda si riserva il diritto di verificare la permanenza, per tutta la durata del contratto, dei requisiti previsti dalle disposizioni antimafia in capo alla Struttura.

4. L'Azienda si avvale della facoltà, prevista all'articolo 92, comma 3 del D.Lgs. 159/2011 e s.m.i., di procedere alla stipulazione del presente contratto anche in assenza della comunicazione e informazione antimafia. Qualora gli accertamenti antimafia presso la Prefettura competente risultino positivi, il presente contratto è risolto immediatamente e automaticamente.

Articolo 15

Incedibilità del contratto e cessione dei crediti

1. La Struttura si impegna ad eseguire le prestazioni oggetto del presente contratto e, pertanto, il presente contratto non può essere ceduto in tutto o in parte.

2. La successione nella titolarità del contratto può avvenire solo a seguito del trasferimento della titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento, alle condizioni previste dai provvedimenti regionali in materia di autorizzazione e di accreditamento nonché dall'art. 7 dell'Accordo approvato con la DGR n. 1037/2021 e successiva DGR 2055/2023.

3. L'eventuale cessione dei crediti derivanti dal presente contratto, ha efficacia dalla sua notificazione all'Azienda ai sensi dell'art. 1264 del Codice Civile.

4. Anche la cessione di credito soggiace alle norme sulla tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla L. 136/2010 e s.m.i.

Articolo 16

Forma del contratto, oneri fiscali e spese contrattuali

1. Il presente contratto viene stipulato nella forma di scrittura privata.
2. Tale scrittura privata è soggetta a registrazione solo in caso d'uso con onere a carico di chi vi ricorre.
3. Sono a carico della Struttura tutti gli altri oneri, anche tributari, e le spese contrattuali relativi alla stipula del presente accordo, ad eccezione di quelle che fanno carico all'Azienda per legge.
4. Fermo restando che l'articolo 8 del DPR 642/1972 nei rapporti con la pubblica amministrazione pone a carico dei soggetti privati l'assolvimento dell'imposta di bollo, l'Azienda si avvale della facoltà di assolvere tale imposta in modo virtuale chiedendo alla Struttura il rimborso del relativo importo.

Articolo 17

Forma delle comunicazioni

1. In corso di esecuzione del contratto, tutte le comunicazioni aventi un effetto giuridico tra le parti contraenti per essere valide debbono essere fatte a mezzo PEC ai rispettivi recapiti.

Articolo 18

Foro competente

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

Articolo 19

Norma di rinvio

1. Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio alle norme del codice civile e alla normativa di settore.

Per l'Azienda Sanitaria Universitaria

Friuli Centrale

Il Direttore Generale

Per la Struttura

Il legale rappresentante p.t.