

ACCORDO

- ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502,
tra l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste e la Static di Trieste S.r.l.
per l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale
anno 2017

«.....»

L'anno 2017, il giorno 09 del mese di novembre, in TRIESTE

TRA

L'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS), con sede a Trieste, via Giovanni Sai, n. 1-3, Partita IVA 01258370327, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore Dott. Adriano MARCOLONGO

E

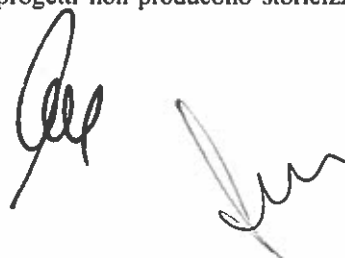
La Static di Trieste S.r.l., con sede in Trieste, via Udine 11, Partita IVA 00263600322, in persona della legale rappresentante sig.ra Patrizia Sitter, la quale dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, del DPR 445/2000, di non essere stata condannata con provvedimento definitivo (sentenza anche a seguito di patteggiamento, decreto penale di condanna) per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la P.A.

Premesso:

1. Che, in attuazione della Legge Regionale 16.10.2014, n. 17, con Decreto del Presidente della regione n. 088/Pres dd. 27.04.2016, su conforme DGR 22.04.2016, n. 679, a decorrere dal 01.05.2016 è stata costituita l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, di seguito Azienda, comprendente gli ambiti territoriali individuati al comma 1, lett. a), dell'art. 6 della legge stessa, per effetto dell'incorporazione da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 4, comma 2, della predetta L.R. 17/2014, la quale succede all'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Trieste, contestualmente soppressa, ed alla quale vengono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, e tutte le funzioni già riconosciute all'A.O.U., secondo le modalità definite con il protocollo d'intesa approvato con DGR 13.04.2016, n. 612, e sottoscritto in data 22.04.2016, richiamata la DGR 28.04.2016, n. 694;
2. Che la Static di Trieste s.r.l., di seguito Struttura, è autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento Prot. 53250-11/GEN.IV.1.D.6, dd. 02.12.2011, rilasciato dall'allora Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina";
3. Che alla predetta struttura è stato concesso il rinnovo dell'accreditamento a pieno titolo, di cui al Decreto 10.11.2015, n. 929/SPS, per la durata di anni tre, a decorrere dal 11.10.2015, nella branca specialistica di Medicina fisica e Riabilitazione, afferente alla sede operativa di via Udine 11;
4. 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;
5. Che la Direzione Centrale Salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, di seguito Direzione Centrale Salute, ha proposto per il periodo 2017-2019 alle Associazioni rappresentative delle Strutture private - AIOP, ANISAP, ARIS Triveneto ed Assosalute FVG - la stipula di due distinti accordi regionali, uno per le Case di Cura private accreditate, che erogano prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e l'altro per le strutture private accreditate eroganti esclusivamente prestazioni di specialistica ambulatoriale;
6. Che la DGR 13.01.2017, n. 42, - con la quale è stato approvato l'Accordo triennale 2017-2019 tra Regione Friuli Venezia Giulia e le Associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia, avente

ad oggetto l'erogazione per conto del Servizio Sanitario Regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate – specifica le risorse destinate ai singoli operatori e la riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni di laboratorio;

7. Che suddetto Accordo prevede che l'Azienda di riferimento debba stipulare annualmente con i soggetti privati un accordo contrattuale, di cui all'art. 51 della L.R. 17/2014, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività, specificando tipologia e quantità di prestazioni nelle diverse specialità accreditate per una puntuale allocazione delle risorse;
8. Che, in ottemperanza a quanto previsto in materia di mobilità sanitaria fra regioni e provincie autonome, si rende necessario il potenziamento delle attività per il contenimento dei tempi di attesa e il contrasto della fuga extra-regionale;
9. Che la DGR 16.10.2015, n. 2034, definisce l'organizzazione e le regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi di attesa, al fine di assicurare in maniera omogenea sull'intero territorio regionale il sistema dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
10. Che vi è la necessità di integrare le modalità di accesso alle prestazioni al fine di ridurre i disagi all'utenza e di ottemperare a quanto stabilito dall'AIR 2016-2018, di cui alla DGR 15.01.2016, n. 39;
11. Che il D.M. "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale", dd. 09.12.2015, 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 di procedure o accertamenti pregressi;
12. Che il Ministero della Salute con circolare 25.03.2016, prot. n. 3012-P, ai punti 2 e 2.1 ha fornito ai medici prescrittori le prime indicazioni necessarie all'applicazione del suddetto Decreto Ministeriale e che la DGR 27.05.2016, n. 951, integra ed aggiorna la DGR 2034/2015 dei soggetti prescrittori;
13. Che le DDGGRR 2034/2015 e 951/2016 fissano le indicazioni per l'utilizzo del ricettario del SSN da parte dei medici operanti nelle Strutture, qualora si rendessero necessarie, anche in altre branche specialistiche, ulteriori prestazioni per una definizione del quesito clinico o essenziali al trattamento di una patologia evidenziata in corso di visita;
14. Che il DPCM 12.01.2017 definisce ed aggiorna i livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502;
15. Che la DGR 22.09.2017, n. 1783, ad oggetto il DPCM 12.01.2017, dispone l'Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (Extra LEA);
16. Che sino alla formalizzazione da parte del Ministero della Salute, che disporrà in merito ad una nuova definizione delle tariffe massime per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, le tariffe per tipologie di prestazioni erogate dalle strutture accreditate sono quelle definite nel nomenclatore regionale, di cui alle DDGGRR 531/2006; 2989/2008; 1535/2009; 1977/2012; 2349/2012; 2431/2013; 915/2015; 1971/16 e s.m.i., e relativamente alle prestazioni per l'attività di specialistica ambulatoriale, di diagnostica e laboratorio, di attività di ricovero e nel DPR 19.12.2013, n. 252, per le prestazioni di medicina sportiva;
17. Che l'art. 1, comma 574 della Legge 28.12.2015, n. 208, conferma che, al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente del medesimo comma, le regioni provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del D.L. 19.06.2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla Legge 06.08.2015, n. 125;
18. Che l'art. 9 quater, comma 7, del suddetto decreto legge attribuisce alle Regioni o agli Enti del Servizio sanitario nazionale la ridefinizione dei tetti di spesa annui delle prestazioni di specialistica ambulatoriale rese dagli erogatori privati accreditati, rideterminando il valore degli stessi in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua, da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014;
19. Che le AAS/ASUI utilizzano i finanziamenti assegnati annualmente, in applicazione alla legge 7/2009, per attuare progetti di abbattimento delle liste di attesa, esclusivamente per l'anno di riferimento, coinvolgendo gli erogatori privati accreditati per la specialistica ambulatoriale per almeno il 20% della quota assegnata e che tali progetti non possono costituire storicizzazione del budget e possono essere rimodulati di anno in anno con le Linee per la gestione del SSR;
20. Che qualora intervenissero ulteriori indicazioni regionali in relazione alla disponibilità di risorse derivanti dalla Legge Regionale n. 7/2009, è prevista la possibilità di modificare i tetti o i termini di esecuzione del presente accordo;
21. Che, per necessità specifiche del territorio e per il potenziamento dell'attività di screening, è fatta salva da parte dell'Azienda l'attivazione di ulteriori progetti extra-budget e che tali progetti non producono storicizzazione del budget.



Tutto ciò premesso, le parti come sopra individuate stipulano e sottoscrivono il presente contratto avente ad oggetto l'acquisto e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR, a favore di assistiti della Regione FVG e di altre Regioni, con oneri da porre a carico del bilancio dell'Azienda.

Articolo 1
Oggetto del contratto

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

➤ **Medicina fisica e Riabilitazione**

Articolo 2
Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

1. Considerato quanto esplicitato in premessa e nel precedente art. 1, la struttura e l'Azienda convengono che il volume di prestazioni erogabili nell'anno 2017 dalla struttura non potrà superare il tetto massimo di € 449.000,00;
2. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la struttura si impegna a realizzare i seguenti volumi minimi di attività e di visite prenotabili a CUP:

Branca	Prestazione	n° prestazioni	priorità (B)	priorità (D)	priorità (P)	Budget complessivo € 449.000,00
Medicina Fisica e Riabilitativa	Visita fisiatrice	700	200	150	350	
	Rieducazione motoria individuale 60' rieducazione motoria individuale 30' training deambulatori e del passo, massoterapia per drenaggio linfatico, mobilizzazione vertebrale, mobilizzazione articolare	8.500				
	rieducazione motoria di gruppo	2.500				
	Elettroterapia antalgica	7.500				
	Ultrasuonoterapia					
	Laser					
	Altre prestazioni					

3. La struttura garantisce l'effettuazione delle prestazioni previste dal tariffario regionale e che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), indicati dalle norme nazionali e regionali in materia;
4. La struttura è tenuta all'esecuzione delle prestazioni richieste dai medici specialisti fisiatrici o dai medici specialisti delle équipes multidisciplinari distrettuali. Tale attività è prioritaria e il relativo fondo può essere incrementato a scapito di quello residuale lasciato a disposizione dei medici di famiglia, qualora le richieste dei Distretti fossero superiori alle previsioni. Il fondo a disposizione dei Distretti determina una specifica agenda di prenotazioni, che non può mai essere chiusa. Qualora il fondo messo a disposizione dei Distretti non fosse completamente utilizzato, il residuale potrà essere utilizzato a copertura delle prescrizioni dei MMG e degli ortopedici ospedalieri;

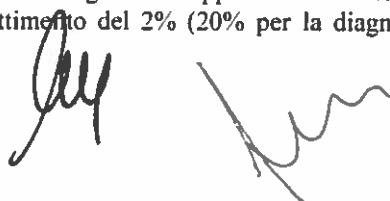
5. La struttura si impegna ad effettuare le visite fisiatriche (prime visite e visite di controllo) su prenotazione CUP e le prestazioni riabilitative derivanti dovranno essere effettuate prioritariamente presso la propria struttura, pur nella libera scelta dell'assistito, e nel rispetto dei tempi definiti dai codici di priorità.
6. Per fratture con disabilità minimali segmentarie (es: fratture di polso), al medico specialista ortopedico ospedaliero, qualora ritenuto di dover attivare rapidamente un percorso riabilitativo, è data facoltà di prescrivere esclusivamente la prestazione di rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale -codice 93.11.4;
7. Le prescrizioni saranno pertanto indicativamente ripartite secondo i tetti riportati nella seguente tabella:

Prescrizioni distrettuali, dei fisiatristi/ortopedici operanti nella struttura e degli ortopedici ospedalieri	70 %
Prescrizioni MMG	30 %

8. La struttura si rende disponibile a collaborare con i Distretti nella definizione e/o sperimentazione di nuovi percorsi riabilitativi per soggetti affetti da specifiche patologie;
9. La struttura si impegna a trasmettere su supporto informatico i report mensili dell'attività dell'anno in corso, suddivisi per codice di attività;
10. L'applicazione di nuove tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale non modifica il tetto economico assegnato alla Struttura;
11. Nelle more della definizione degli accordi fra le Regioni, l'attività di specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti presso le altre regioni è svolta nel rispetto del tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore, che stabilisce di fare riferimento all'erogato 2011 ridotto del 3%, fatte salve evoluzioni della normativa o accordi interregionali;
12. Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale si applicano le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, al netto dei ticket per i residenti in FVG; per i cittadini extraregione si applica il DM 18.10.2012 e s.m.i..
13. Alle tariffe della specialistica ambulatoriale si applica l'abbattimento del 2% (20% per la diagnostica di laboratorio) ex lege 296/2006, comma 796;
14. Le prestazioni eccedenti il budget assegnato vengono riconosciute fino ad un massimo del 5% da detrarsi al budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, sottoutilizzi del budget inferiori al 5% vengono riassegnati per l'anno successivo; sottoutilizzi superiori vengono incamerati nel bilancio dell'Azienda;

Articolo 3 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie

1. La struttura si impegna a garantire alti livelli di qualità e sicurezza delle prestazioni, con particolare riferimento all'appropriatezza, alla congruità tecnologica, alla modalità in refertazione ed 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. Per le attività di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate è obbligatoria l'adesione alle agende CUP regionali, che non possono essere chiuse, a meno di cessazione dell'attività specifica;
3. La struttura si impegna a garantire i volumi minimi di offerta a CUP sulle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio regionale con priorità "B", "D" e "P" riportati in tabella e l'offerta potrà essere oggetto di rimodulazione aziendale, qualora, a seguito di monitoraggio, i tempi di attesa presentassero sforamenti. I volumi previsti dal presente accordo sono da intendersi come volumi annui ed andranno quindi riproporzionati sui mesi di attivazione degli appuntamenti in priorità;
4. La prenotabilità delle prestazioni "B", "D" e "P" entro i tempi massimi stabiliti (Brevi entro 10 giorni, Differite entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le indagini strumentali, Programmate entro 180 giorni) sarà garantita nei confronti dei residenti/domiciliati nel territorio di competenza dell'Azienda;
5. La Struttura si impegna a garantire la prenotazione delle prestazioni riabilitative con codici 'B' e 'D' almeno nel 70% delle prestazioni richieste;
6. L'utilizzo del servizio di prenotazione fornito dal call center/CUP regionale per le prestazioni erogate per conto del SSR da parte degli erogatori privati è riconosciuto tramite l'abbattimento del 2% delle tariffe per la specialistica ambulatoriale; per le prestazioni non convenzionate con il SSR è a totale carico dell'erogatore;
7. La Struttura è tenuta ad applicare le tariffe del nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale in vigore, al netto dei ticket per i residenti in FVG, mentre per i cittadini extra regionali si applica il DM 18.10.2012 e s.m.i. Alle tariffe della specialistica ambulatoriale si applica l'abbattimento del 2% (20% per la diagnostica di laboratorio) ai sensi della L. 296/2006, comma 796;



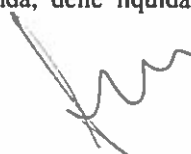

8. Per concorrere al raggiungimento degli obiettivi di accessibilità alle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale definiti con DGR 1363/2015 e DGR 2034/2015 le strutture private accreditate si impegnano, con particolare riguardo alle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e a quelle prenotabili on line da parte del cittadino, a mantenere sempre aperte le agende di prenotazione CUP, con disponibilità in qualsiasi giorno dell'anno solare e con almeno 12 mesi successivi di offerta di prenotazione. Il verificarsi di motivate e riconosciute situazioni che impediscono l'erogazione di una prestazione, la sospensione dell'agenda o la prenotabilità per periodi temporali inferiori all'anno devono essere concordate con la Direzione Sanitaria dell'Azienda;
9. La struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire armonicamente nell'arco dell'anno la distribuzione delle prestazioni nei confronti degli aventi diritto e a prevedere una turnazione delle chiusure tra le strutture private accreditate in concomitanza delle festività natalizie e delle ferie estive (dicembre e agosto), in modo da evitare la contemporanea chiusura nello stesso periodo per le medesime branche di attività;
10. Non è consentita l'interruzione delle prestazioni per fine budget, pena la risoluzione dell'accordo contrattuale;
11. 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;
12. La struttura si impegna a mantenere per i propri dipendenti l'applicazione del CCNL di categoria per tutta la durata del contratto;
13. 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;
14. L'eventuale accertamento di situazioni di incompatibilità determina gli effetti previsti dalla L. 662/1996, art. 1, comma 19, qualora la struttura non provveda ad eliminarle entro 30 giorni dal ricevimento della diffida da parte dell'Azienda;
15. La revoca o la sospensione dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute, determina la risoluzione o la sospensione del presente contratto;
16. 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.

Articolo 4 Controlli e debito informativo

1. La Struttura, fino a realizzazione degli adeguamenti di interoperabilità con i programmi INSIEL, è tenuta a fornire i dati obbligatori, secondo gli standard indicati dall'INSIEL, per alimentare il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), comunicare le prescrizioni dematerializzate prese in carico ed inviare i dati relativi alle prestazioni effettuate;
2. Il mancato o incompleto adempimento del debito informativo determina una diffida ad adempiere entro il termine di 30 giorni; il mancato adempimento dopo il decorso di tale termine può essere causa di risoluzione anticipata del contratto;
3. Sono a carico della Struttura i costi relativi a modifiche sui propri programmi gestionali per l'interfaccia con i programmi INSIEL;
4. L'Azienda, come disposto dalla DGR 20.02.2015, n. 299, si attiva per mettere a disposizione delle strutture, che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, le agende informatizzate (G2 Strutture) e le prenotazioni su CUPWEB (G3 Sportello) con la supervisione e il supporto all'autonoma attività gestionale e di prenotazione da parte della propria Direzione del CUP;
5. L'Azienda, come da L. 133/2008 e s.m.i. e da provvedimenti regionali attuativi, si riserva la richiesta di informazioni, di documentazione e l'effettuazione di accertamenti atti alla verifica del rispetto dell'accessibilità, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa sull'attività erogata, anche mediante sopralluoghi presso le sedi operative della struttura con le modalità operative riportate nella DGR 11.07.2014, n. 1321;
6. Gli importi recuperati con i controlli rimangono agli erogatori per l'effettuazione di nuove prestazioni, fino ad un massimo del 5% del budget annuale assegnato alla struttura; gli importi eccedenti il 5% rimangono alle aziende sanitarie e vengono trattenuti nel saldo finale relativo all'annualità;
7. Le contestazioni sull'appropriatezza effettuate dall'Azienda, ancorché retroattive, hanno effetto sull'anno di esercizio nel quale è effettuata la contestazione.

Articolo 5 Rendicontazione e liquidazione dei corrispettivi

1. Gli erogatori privati saranno remunerati secondo quanto previsto dall'art. 8 dell'Accordo di cui alla DGR 27/2014;
2. Alla luce delle indicazioni della DGR 1321/2014, nell'allegato alla nota della DIR. SAN. 04.06.2015 n. 28078/GEN.I.2.A, sono riportate le modalità per l'esecuzione, da parte dell'Azienda, delle liquidazioni delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero e ambulatoriale;



3. Al 30 di ogni mese sarà liquidato d'ufficio l'acconto riferito al mese stesso, calcolato sulla base del 70% del budget mensile teorico (budget annuale diviso 12);
4. Il saldo verrà disposto entro 90 giorni dal ricevimento delle relative fatture;
5. Le spese di bollo, relativamente alle fatture, sono a cura e a carico della struttura erogante.

Articolo 6 Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2017, con decorrenza dal 01 gennaio 2017 e scadenza al 31 dicembre 2017;
2. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 01 gennaio 2018, 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 di legge, statale o regionale, aventi carattere imperativo;
4. Il presente contratto è redatto in triplice copia, una per la struttura e due per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia alla Direzione Centrale Salute.

Articolo 7 Risoluzione anticipata del contratto

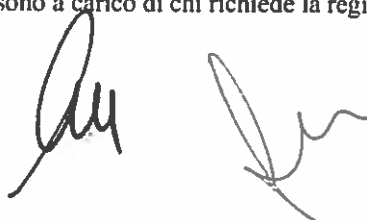
1. Il presente contratto si risolve di diritto in caso di revoca dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute;
2. Il contratto si intende risolto, su comunicazione dell'Azienda, qualora la struttura realizzi una o più delle seguenti fattispecie che si configurano come grave inadempimento:
 - mancato adempimento degli obblighi informativi, ai sensi dell'art. 4 del presente contratto.
 - inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia della documentazione prevista dalla normativa sulle prestazioni erogate.
 - impedimento ai controlli esercitati dall'Azienda e previsti nel Piano Controlli regionale, ai sensi dell'art. 4 del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere.
 - interruzione delle prestazioni per esaurimento del budget.
3. L'inadempimento della struttura determina il diritto dell'Azienda e della Regione al risarcimento dei danni.

Articolo 8 Incedibilità del contratto e cessione dei crediti

1. La struttura si impegna ad eseguire personalmente 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. 6 dell'Accordo approvato con la DGR 27/2014;
3. L'eventuale cessione dei crediti derivanti dal presente contratto, ha efficacia dalla sua notificazione all'Azienda ai sensi dell'art. 1264 c.c..

Articolo 9 Registrazione

Il presente atto è soggetto a registrazione in caso d'uso. Le spese di bollo sono a carico di chi richiede la registrazione.



Articolo 10
Foro competente

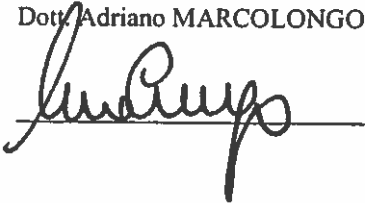
La parti stabiliscono che per ogni eventuale e futura controversia derivante dal presente contratto è competente il foro di Trieste.

Articolo 11
Norma di rinvio

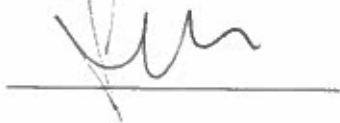
Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio alle norme del codice civile e alla normativa di settore.

FIRMATO

Per ASUITS
Il Direttore Generale
Dott. Adriano MARCOLONGO



Per la Struttura
Il legale rappresentante
Sig.ra Patrizia SITTER



Prot. n. 65818/T. GEN. II. 3.C.2 del. 18/12/2017
1443/T. GEN. II. 3.C.2