

Accordo con la struttura Associazione "La Nostra Famiglia" ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502, tra l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 Friuli Occidentale e le strutture private accreditate per l'acquisto e l'erogazione di prestazioni per l'anno 2019

L'anno 2019, il giorno 3 del mese di settembre in PORDENONE

TRA

L'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (di seguito Azienda), con sede a Pordenone, via della Vecchia Ceramica, n. 1, C.F./P.I. 01772890933, in persona del Commissario e legale rappresentante pro tempore Dott. Eugenio Possamai,

e

La struttura sanitaria Associazione "La Nostra Famiglia" (di seguito Struttura), con sede in San Vito al Tagliamento, via della Bontà, n. 7, C.F./P.I. 00307430132, in persona della dott.ssa Tiziana Scaccabarozzi, nata a Lecco (CO) il 24/02/1974, in qualità di Procuratore per la Regione Friuli Venezia Giulia dell'Associazione "La nostra Famiglia" Ente Ecclesiastico civilmente riconosciuto con DPR 19/06/1958 n.765, con sede legale a Ponte Lambro (CO), via Don Luigi Monza, n.1, il quale dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, del D.P.R. n. 445/2000, di non essere stato condannato con provvedimento definitivo (sentenza anche a seguito di patteggiamento, decreto penale di condanna) per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la P.A.

Premesso:

1. Che la struttura sanitaria Associazione "La Nostra Famiglia" è autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento n.56413/DP del 05/10/2011, rilasciato dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale".
2. Che la predetta struttura è accreditata in virtù dei decreti n. 752/DC, del 04.09.2012, n. 793/SPS del 5/10/2015, n. 88/SPS del 4/2/2016 e n. 1528/SPS del 17/10/2018, per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG e di altre Regioni, nelle seguenti branche specialistiche:
 - Otorinolaringoiatria
 - Neuropsichiatria Infantile
 - Medicina Fisica e Riabilitazione.
3. Che l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. n. 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.
4. Che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies, del D.Lgs. n. 502/1992, in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali medesimi, prevede che l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture eroganti prestazioni per conto del SSN è sospeso.
5. Che l'art. 50 della L.R. n.17 del 16.10.2014 statuisce che gli accordi contrattuali di cui all'art.8 del D.Lgs. n. 502/1992 sono definiti in coerenza con la programmazione regionale, che determina il fabbisogno e le risorse sulla base dei requisiti e valutazioni di comparazione della qualità dei costi.
6. Che la D.G.R. 13.1.2017, n. 42, con la quale è stato approvato l'Accordo triennale 2017-2019 tra Regione Friuli Venezia Giulia e strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale,

prevede l'individuazione di un budget complessivo regionale destinato all'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate.

7. Che le Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale 2018, DGR 185 del 2.2.2018, modificano i budget indicati nell'allegato 2 della DGR 42/17, relativamente all'erogatore privato accreditato Associazione La Nostra Famiglia.
8. Che la D.G.R. 10/11/2017, n. 2181, ha modificato l'art. 10 degli allegati 1 e 2 alla D.G.R. n. 42/2017, stabilendo, in particolare per le strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale, che "le AAS/ASUI utilizzano, in aggiunta ai budget individuati nell'articolo 6, i finanziamenti assegnati annualmente in applicazione alla legge 7/2009 per attuare ulteriori progetti di abbattimento delle liste d'attesa, coinvolgendo gli erogatori privati accreditati per la specialistica ambulatoriale per almeno il 20% della quota assegnata, elevato al 40% per le AAS che non hanno Case di Cura private accreditate nel proprio territorio. Tali progetti hanno valore esclusivamente per l'anno di riferimento, non possono costituire storicizzazione del budget e possono essere rimodulati di anno in anno".
9. Che il documento di programmazione "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2019, approvato in via definitiva con D.G.R. n. 448 del 22/03/2019, specifica al punto 3.8.1 che il finanziamento di cui alla L.R. 7/2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale" sarà oggetto, nel corso del 2019, di appositi atti che ne definiranno nel dettaglio le modalità di utilizzo.
10. Che con nota prot. n. 14062 del 5/7/2019, la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito Direzione centrale), ha individuato 4 criteri di scelta a cui attenersi, in ordine di priorità, per l'utilizzo dei fondi di cui alla legge 7/2009 per garantire il rispetto dei tempi di attesa, riportando al 4° punto la stipula di accordi integrativi con gli erogatori privati, nel rispetto dei vincoli di tetto di spesa stabiliti dalla normativa vigente.
11. Che sulla base di quanto richiamato ai precedenti punti 6., 7. e 8. potrà rendersi necessario integrare la quota annuale assegnata alla Struttura con D.G.R. n. 42/2017 con un'ulteriore quota che verrà assegnata con separato accordo, per l'acquisto delle prestazioni sanitarie, per la finalità di abbattimento delle liste di attesa.
12. Che i dati di chiusura contabile relativi all'anno 2018 registrano il mancato raggiungimento del budget assegnato alla Struttura per € 214.244.40.
13. Che con DD.GG.RR. 20.02.2015, n. 297 e n. 317, e con decreto n. 051/Pres del 09.03.2015 sono state approvate le nuove quote fisse per ricetta e le condizioni di esenzioni sulla quota fissa.
14. Che con le DD.GG.RR. n. 600 del 31.3.2017 e n. 1570 del 22.8.2017 sono stati introdotti e regolamentati in Friuli Venezia Giulia i Percorsi Ambulatoriali Complessi Coordinati (PACC).
15. Che con D.G.R. n. 1680 del 14.09.2018, come integrata dal Decreto della Direzione Centrale Salute n.2078 del 29/12/2018, è stato approvato il Nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale della regione Friuli Venezia Giulia in vigore.
16. Che le tariffe attualmente vigenti, salvo successive modifiche, distinte per tipologie di prestazioni erogate dalle strutture accreditate, sono quelle definite dal vigente Nomenclatore Tariffario Regionale relative alle prestazioni ambulatoriali, di diagnostica e di laboratorio, nonché al D.P.Reg. 19.12.2013, n. 252, per le prestazioni di medicina sportiva.

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, di diagnostica strumentale per conto del S.S.R. a favore di assistiti della Regione F.V.G. e di altre Regioni, con oneri da porre a carico del bilancio dell'Azienda.

Articolo 1 Oggetto del contratto

3. 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 ambulatoriali:

- Otorinolaringoiatria
- Neuropsichiatria Infantile
- Medicina Fisica e Riabilitazione.

Articolo 2

Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa per residenti in Friuli Venezia Giulia

1. Considerato che il budget assegnato alla Struttura è di € 249.444,00.
2. Considerato quanto esplicitato in premessa e nel precedente art. 1, la Struttura e l'Azienda convengono che il budget relativo alle prestazioni erogabili nell'anno 2019 dalla Struttura non potrà superare il tetto massimo di € 256.927,32, calcolato sommando al budget fissato l'importo di € 7.483,32, secondo le modalità previste dall'art. 8 della menzionata D.G.R..
3. Essendo l'anno in corso, l'ultimo anno di vigenza dell'accordo triennale per il periodo 2017-2019, in osservanza di quanto stabilito dalla DGR42/2014 all'articolo 8, comma II, non saranno possibili trascinalamenti e/o recuperi di quota parte di budget assegnato con il presente accordo e non consumato. Allo stesso modo eventuali sforamenti rispetto al tetto massimo consentito con il presente accordo comporteranno che eventuali prestazioni eccedenti il budget dovranno essere erogate gratuitamente.
4. Salvo diverse successive pattuizioni che dovessero intervenire anche a seguito di provvedimenti della Regione F.V.G. o a seguito di valutazioni di specifici fabbisogni verificati da parte dell'Azienda, la Struttura si impegna a erogare volumi di attività, rivolti ad utenza da 0 anni al compimento del 18° anni di età, come di seguito indicato:

a. Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Codice tariffario	Tipologia prestazioni	Numero minimo prestazioni
89.7B.8	Visita ORL	350
95.41.1	Esame audiometrico tonale	70
89.7 -	Prima visita (Visita Neuropsichiatria)	650

La struttura si impegna a non effettuare compensazioni tra le diverse tipologie di branche specialistiche, fatto salvo un eventuale accordo con l'Azienda che deve essere comunicato alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito Direzione centrale).

b. PACC.

Codice tariffario	Descrizione	Numero PACC
DMD.003	Valutazione clinico-riabilitativa per disturbi esternalizzanti	5
DMD.004	Valutazione dei disturbi dell'attenzione e iperattività in età evolutiva	35
DMD.005	Processo diagnostico e valutazione funzionale multidimensionale dei disturbi dello spettro autistico	25

La Struttura si impegna a erogare i PACC dovrà avvenire nel rispetto di quanto definito dalla Regione. Il PACC è da considerarsi come un'unica prestazione di specialistica ambulatoriale appartenente alla branca di riferimento individuata. Il day service contempla che generalmente

tutte le prestazioni previste nel pacchetto vengano erogate. Qualora nel PACC siano presenti prestazioni non pertinenti o non necessarie al caso specifico (ad esempio perché già erogate nel breve periodo), queste possono non essere erogate. Le prestazioni non erogate andranno spuntate ed escluse dal PACC e non potranno superare il 20% del numero di prestazioni previste oppure il 20% della tariffa del PACC. Conseguentemente la tariffa dovrà tener conto delle prestazioni escluse. Il PACC dovrà mantenere la multidisciplinarietà (allegato 4 della D.G.R. 1680 del 14/09/2018).

L'erogazione di prestazioni dei PACC che afferiscono a branche specialistiche per le quali la Struttura non è accreditata, può avvenire solo se la struttura dimostra l'esistenza di una convenzione con struttura accreditata.

Ai fini della compensazione interregionale, i PACC sono considerati una sommatoria di prestazioni, così come individuate dai relativi codici, e quindi soggette alle regole e alla normativa nazionale previste per la compensazione della mobilità fra le regioni.

Per una valutazione dell'attività svolta, la Struttura si impegna ad inviare, a fine anno, un elenco dei PACC erogati, riportante, per ciascuno, il numero e la tipologia delle prestazioni eseguite.

c. Valutazione dei Disturbi Specifici dell'apprendimento (DSA).

Descrizione	N. utenti
Valutazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)	300

La Valutazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) prevede l'esecuzione di un pacchetto di prestazioni, diverse per numero e tipologia a seconda delle caratteristiche cliniche del paziente, finalizzate alla stesura della relazione e dell'eventuale certificazione ai sensi della L. 170/2010 "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico".

La Struttura e l'Azienda si impegnano a gestire tali prestazioni, con modalità che favoriscano la verifica del numero di valutazioni eseguite e del numero e della tipologia delle prestazioni associate a ciascuna (indirizzamento).

5. La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, approvato con D.G.R. n. 1680 del 14.09.2018, come integrata dal Decreto della Direzione Centrale Salute n.2078 del 29/12/2018, al netto dei ticket. Il corrispettivo per le prestazioni erogate sulla base di impegnative aventi data di prescrizione antecedente il 01.01.2019 viene calcolato sulla base delle tariffe in vigore sino al 31.12.2018 con applicazione dell'abbattimento del 2% previsto ex legge 296/2006 comma 796.
6. L'Azienda si riserva di rivalutare periodicamente, dopo la sottoscrizione del presente contratto, il numero minimo di prestazioni da garantire, sulla base dell'andamento dei tempi di attesa e dei volumi di fuga, con uno scostamento pari al $\pm 20\%$ dei volumi sopra indicati, fermo restando il vincolo del budget complessivo assegnato di cui al precedente comma 2.
7. La Struttura si impegna a programmare la propria attività, armonicamente in dodicesimi, in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni sull'intero arco dell'anno e la qualità delle medesime nei confronti degli aventi diritto. Non è consentita l'interruzione delle prestazioni per fine budget, pena la risoluzione dell'accordo contrattuale. Eventuali prestazioni che eccedono i limiti di spesa pattuiti di cui all'art.2 dovranno essere erogate gratuitamente.
8. La Struttura si impegna a dare immediata comunicazione all'Azienda delle eventuali interruzioni o sospensioni che, per altra causa, rispetto a quanto previsto dal punto precedente, dovessero intervenire nell'erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo, nonché dell'eventuale impossibilità ad ottemperare ai volumi minimi di prestazioni pattuiti dandone adeguata motivazione.
9. La Struttura assicura alti livelli di qualità e sicurezza delle prestazioni, con particolare riferimento all'appropriatezza, alla congruità tecnologica ed alla modalità di refertazione. Ne consegue che le prestazioni che devono essere ripetute per problemi connessi alla qualità non vengono riconosciute.

Articolo 3

Prestazioni erogate a residenti extra Regione

1. La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore al netto del ticket sia per i residenti regionali che extra regionali, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 5 del presente accordo.
2. 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 ridotto del 3% per l'attività di specialistica ambulatoriale, pari a € 2.075,00.
3. Eventuali accordi con altre Regioni sui flussi di mobilità extraregionale possono essere considerati ai fini dei conguagli definitivi.

Articolo 4

Condizioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie

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 scadenza naturale del termine, la revoca o la sospensione dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione centrale, determina la risoluzione o la sospensione del presente contratto.
3. L'accertamento della non conformità ai requisiti di autorizzazione e/o di accreditamento determina la relativa comunicazione alla Direzione centrale, per gli adempimenti di competenza.
4. La Struttura si impegna a comunicare all'Azienda e alla Direzione centrale i periodi di sospensione di attività da qualsiasi causa determinate, specificandone la motivazione.
5. La Struttura si impegna a mantenere l'applicazione del CCNL di categoria per tutta la durata del contratto.

Articolo 5

Percorsi di accesso e semplificazione

1. La Struttura si impegna a rispettare, per quanto di pertinenza, le disposizioni contenute nelle D.G.R. n. 2034 del 16.10.2015, n. 951 del 27.05.2016 e n. 42 del 13.01.2017 e le eventuali disposizioni attuative regionali e Aziendali.

Articolo 6

Visibilità e prenotazione tramite il CUP regionale F.V.G.

1. La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni nei confronti degli aventi diritto.
2. Le parti concordano che la precondizione per accedere al pagamento delle prestazioni è l'adesione per tutta l'offerta al sistema di prenotazione CUP regionale F.V.G. con visibilità diffusa delle agende di prenotazione per tali prestazioni e prenotabilità costante per 12 mesi successivi (non sono ammessi sistemi locali di prenotazione per prestazioni in convenzione, salvo eventuali situazioni temporanee di oggettiva impossibilità). Ogni condizione al di fuori di questa fattispecie è considerata agenda chiusa.
3. La Struttura si avvale dell'accesso al sistema CUPWEB secondo le indicazioni impartite dall'Azienda tramite il Sistema Informativo.

4. La strutturazione delle agende dovrà essere concordata con la Struttura Gestione Prestazioni Sanitarie dell'Azienda.

Articolo 7

L.E.A.

1. La Struttura s'impegna ad attenersi a quanto stabilito dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dd. 12/01/2017, recepito dalla D.G.R. n. 1738 del 22.09.2017 e dal D.P. Reg. n. 252 del 9.12.2013, con particolare riguardo alle disposizioni previste per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali riabilitative e di Medicina dello Sport.

Art. 8

Accesso utenza

1. L'accesso dell'utenza alle prestazioni erogate dalla Struttura avviene tramite presentazione dell'impegnativa redatta sul ricettario del S.S.R., effettuata dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta o da un medico del S.S.R. (dipendente o convenzionato) o da un medico della stessa Struttura privata accreditata per i casi in cui è previsto.
2. La Struttura garantisce la parità di trattamento tra utenti, senza alcuna discriminazione tra gli esenti e i non esenti ticket, prevedendo, opportunamente, una distribuzione dell'offerta nell'arco di dodici mesi. Al fine di semplificare l'accesso dei cittadini alle prestazioni ambulatoriali, la Struttura si impegna a mantenere aggiornata la propria offerta al CUP ed al servizio regionale di Call Center delineati nella D.G.R. n. 2034 del 16.10.2015.
3. L'Azienda si impegna a rendere visibile costantemente l'offerta della Struttura al Call Center regionale, ON LINE e presso tutti i punti di prenotazione dell'AAS 5.
4. La Struttura è tenuta ad effettuare i controlli sulla regolarità delle prescrizioni mediche, in conformità alle norme in materia di ticket ed esenzioni, ed a verificare e documentare la residenza dell'Assistito, rilevandola opportunamente nei sistemi informativi.
5. Non possono essere accettate in esenzione prescrizioni senza l'evidente identificazione del codice di esenzione riportato sulla ricetta dal medico prescrittore.
6. Eventuali errori nelle prescrizioni saranno segnalati all'Azienda per gli adempimenti di pertinenza. In allegato a ciascuna prescrizione errata dovrà essere chiaramente indicato il tipo di errore rilevato, nonché il ticket effettivamente riscosso.
7. La Struttura è tenuta ad applicare tutte le disposizioni regionali relative al ticket.
8. L'addebito delle prestazioni sarà effettuato all'Azienda, a prescindere dalla residenza del paziente, avendo cura di registrare il codice fiscale e le informazioni relative alla residenza.
9. Le agende di prenotazione dovranno essere organizzate e mantenute secondo le indicazioni regionali contenute nella D.G.R. n. 2034 del 16.10.2015, nella D.G.R. n. 1680 del 14.09.2018, come precisata dal Decreto DCS n. 2078 del 29.12.2018 che prevedono le prenotazioni ordinate per 1° visita e controlli e per classi di priorità per le prestazioni individuate da provvedimenti regionali e Aziendali.
10. Le agende di prenotazione di tutte le prestazioni devono essere articolate per classe di priorità (Breve, Differita, Programmata), assicurando adeguati livelli di collaborazione per il conseguimento degli obiettivi Aziendali che prevedono la garanzia erogativa nei tempi previsti per prestazioni con priorità B >95%, prestazioni con priorità D >90%, prestazioni con priorità P >85%.

Articolo 9

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 e regionali.
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. In particolare ci si riserva di effettuare controlli anche mediante accertamenti diretti.

I controlli potranno vertere in:

- a. controlli in applicazione alla D.G.R. n. 182 del 02.02.2018;
- b. controlli amministrativi-contabili basati sulla verifica dell'osservanza delle regole amministrative concernenti l'utilizzo delle ricette, nonché sulla verifica della corretta attribuzione delle prestazioni secondo le indicazioni del tariffario regionale;
- c. controlli sui volumi dell'attività erogata.

Qualora si riscontrassero delle irregolarità nell'effettuazione delle prestazioni o nella tariffazione delle stesse o irregolarità di altra natura, l'Azienda provvederà alla contestazione scritta delle irregolarità riscontrate fornendo un termine di 10 gg. per la formulazione delle controdeduzioni, salvo che si verifichino più gravi inadempienze che configurino fattispecie di risoluzione senza preavviso del presente accordo.

Nel caso si verifichi una irregolarità si procederà al mancato riconoscimento della prestazione verificata, secondo le modalità previste dalla normativa.

3. L'Azienda può effettuare i controlli anche mediante sopralluoghi presso le sedi operative della Struttura per verificare il rispetto dell'accessibilità, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa definite dalla normativa statale di riferimento e dai provvedimenti regionali attuativi (D.G.R. n. 182 del 2/2/2018).
4. Il mancato o incompleto adempimento del debito informativo determina una diffida ad adempiere entro il termine di 30 giorni; il mancato adempimento dopo il decorso di tale termine può essere causa di risoluzione anticipata del contratto.
5. L'Azienda trattiene le eventuali penalizzazioni disposte nell'ambito del controllo delle prestazioni.

Articolo 10

Rendicontazione e liquidazione dei corrispettivi

1. Si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 11 dell'Accordo di cui alla D.G.R. n. 42/2017.

Articolo 11

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2019, con decorrenza a partire dall'1 gennaio 2019 e scadenza al 31 dicembre 2019.
2. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dall'1 gennaio 2020, 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.

Articolo 12

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 ed al Dlgs 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", come modificato dal Dlgs 101/2018.
2. Nell'effettuare le operazioni di trattamento dei dati personali e particolari di natura sanitaria, correlate all'erogazione delle prestazioni nell'ambito dei compiti assegnati, in particolare quelli previsti dagli artt. 6 (Visibilità e prenotazione tramite il C.U.P. regionale F.V.G.) e 9 (Controlli e debito informativo), la struttura è nominata Responsabile al Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 28 del Regolamento (UE) 2016/679.
 3. Nel caso in cui il Responsabile del trattamento voglia ricorrere ad un altro Responsabile del trattamento per gestire attività specifiche sui dati di titolarità di AAS n. 5, con l'atto di nomina del responsabile del trattamento, l'AAS n. 5 conferisce autorizzazione scritta generale a poter ricorrere a eventuali "sub-responsabili" per gestire attività di trattamento specifiche e relative alla fornitura indicata. Il Responsabile deve comunque comunicare preventivamente l'elenco dei Sub-responsabili e ogni cambiamento riguardante l'aggiunta o la sostituzione di altri Sub-responsabili. Il Sub responsabile dovrà rispettare a sua volta, oltre a tutti gli obblighi previsti dalle leggi nazionali e UE vigenti in materia, tutti gli obblighi previsti nel presente contratto e le eventuali particolari istruzioni di AAS n. 5. Spetta al Responsabile iniziale del trattamento assicurarsi che l'ulteriore Responsabile del trattamento presenti le stesse garanzie sufficienti alla messa in opera di misure tecniche, di sicurezza ed organizzative adeguate affinché il trattamento risponda alle esigenze del RGPD. Se l'ulteriore Responsabile del trattamento non adempisse alle proprie obbligazioni in materia di protezione dei dati, il Responsabile iniziale del trattamento è interamente responsabile davanti ad AAS n. 5 dell'esecuzione da parte dell'altro Responsabile del trattamento dei suoi obblighi.
 4. In particolare, tenendo conto delle particolari esigenze e degli obblighi di tutela dei dati particolari concernenti la salute, si impegna ad adottare misure di sicurezza idonee a custodire e controllare i dati, in maniera tale da evitare un incremento dei rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta come di seguito precisato con riferimento agli adempimenti di cui ai citati artt. 6 e 9 del presente atto:
 - a. a trattare i dati personali soltanto su istruzione documentata del titolare del trattamento;
 - b. a garantire che le persone autorizzate al trattamento dei dati personali si siano impegnate alla riservatezza o siano soggette ad un adeguato obbligo legale di riservatezza;
 - c. ad adottare tutte le misure richieste ai sensi dell'articolo 32 del Regolamento (UE) 2016/679 per il Responsabile;
 - d. tenendo conto della natura del trattamento, ad assistere il titolare del trattamento con misure tecniche e organizzative adeguate, nella misura in cui ciò sia possibile, al fine di soddisfare l'obbligo del titolare del trattamento di dare seguito alle richieste per l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui al capo III del medesimo Regolamento;
 - e. ad assistere il titolare del trattamento nel garantire il rispetto degli obblighi di cui agli articoli da 32 a 36 del Regolamento, tenendo conto della natura del trattamento e delle informazioni a disposizione del responsabile del trattamento;
 - f. su scelta del titolare del trattamento, a cancellare o restituire tutti i dati personali dopo che è terminata la prestazione dei servizi relativi al trattamento, cancellare le copie esistenti e a darne comunicazione ad AAS n. 5, salvo diverso accordo o che ne sia prevista la conservazione a norma di legge;
 - g. a mettere a disposizione del titolare del trattamento tutte le informazioni necessarie per dimostrare il rispetto degli obblighi citati e a consentire e contribuire alle attività di revisione, comprese le ispezioni, realizzate previo accordo tra le parti dal titolare del trattamento o da un altro soggetto da questi incaricato. Il responsabile del trattamento informerà prontamente e non oltre le 24 ore dal momento nel quale è venuto a conoscenza del fatto il titolare del trattamento qualora si verifichi un data breach o, a suo parere, un'istruzione violi il presente regolamento o altre disposizioni, nazionali o dell'Unione, relative alla protezione dei dati. Le comunicazioni ad AAS n. 5 relativamente a

questioni rilevanti in tema di privacy andranno fatte all'indirizzo di PEC aas5.protgen@certsanita.fvg.it.

- h. a comunicare ad AAS n. 5 il nominativo e i dati di contatto del RPD della Struttura Associazione La nostra Famiglia, contestualmente alla sottoscrizione del presente accordo.
5. In ogni caso la struttura si impegna espressamente a non effettuare operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento, anche all'estero o mediante Internet, senza preventivo consenso del titolare.
 6. La struttura assume la veste di titolare autonomo del trattamento dei dati personali con riferimento ai compiti relativamente ai quali assume decisioni e ne definisce l'organizzazione in piena autonomia, quali in particolare quelli previsti dall'art. 8 (Accesso utenza), ed a tal fine dichiara di aver nominato un Responsabile della protezione dei dati personali (RPD) ai sensi degli artt. 37-39 del Regolamento (UE) 2016/679 e ne comunica i dati di contatto ad AAS n. 5.
 7. Il dato di contatto del RPD di AAS n. 5 è l'indirizzo di PEC aas5.protgen@certsanita.fvg.it.

Articolo 13 Incompatibilità

1. La Struttura, richiamato il regime di incompatibilità stabilito dalla legge 31.12.1991 n. 412 nonché la successiva normativa emanata in materia e in particolare l'art.1 della legge 23.12.1996 n. 662, si dichiara consapevole che è fatto divieto alle strutture private accreditate, in toto o parzialmente, di avere nel proprio organico o a livello di consulenti, personale medico e non, in posizione di incompatibilità.
2. La Struttura si impegna pertanto a fornire con cadenza semestrale all'Azienda l'elenco aggiornato del personale del quale, a qualsiasi titolo, si avvale e a comunicare alla stessa ogni variazione che dovesse intervenire.
3. L'eventuale riscontrata esistenza di situazioni di incompatibilità sarà motivo di risoluzione del presente accordo, qualora non rimosse nel termine previsto, nonché di segnalazione alla Direzione centrale al fine di valutare l'assunzione delle determinazioni conseguenti.

Articolo 14 Risoluzione anticipata del contratto

4. Il presente contratto si risolve di diritto in caso di revoca dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione centrale.
5. Il contratto si intende risolto, su comunicazione dell'Azienda, qualora la Struttura realizzi una o più delle seguenti fattispecie che si configurano come grave inadempimento:
 - mancato adempimento degli obblighi informativi, ai sensi del comma 4, 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, 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;
 - mancato o incompleto adempimento del debito informativo, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere.
6. L'inadempimento della Struttura determina il diritto dell'Azienda e della Regione al risarcimento dei danni.

Articolo 15
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. 7 dell'Accordo approvato con la D.G.R. n. 42/2017.
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 16
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 17
Foro competente

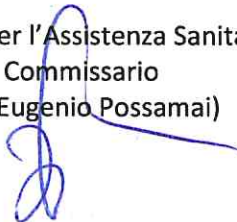
Le parti stabiliscono che per ogni eventuale e futura controversia derivante dal presente contratto è competente il foro di Pordenone.

Articolo 18
Norma di rinvio

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

Per l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5
Il Commissario
(dott. Eugenio Possamai)

- 8 OTT. 2019



Per la Struttura
Il Procuratore per la regione FVG
(Dott.ssa Tiziana Scaccabarozzi)

Associazione "LA NOSTRA FAMIGLIA"
PROCURATORE FRIULI VENEZIA GIULIA

Tiziana SCACCAROZZI

