



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 41 del 04.07.2014

Rif. punti d) della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010

OGGETTO: Definizione per l'esercizio 2014 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di dialisi ambulatoriale

PREMESSO

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con decreto commissariale n. 25/2010 sono stati adottati i Programmi Operativi di cui al summenzionato art. 2, comma 88, della legge n. 191/2009, successivamente aggiornati con decreti commissariali n. 41/2010, n. 45/2011, n. 53/2012, n. 153/2012, n. 24/2013, n. 82/2013 e n. 18/2014;
- che con delibere del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- che fra gli acta della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, alla lettera d) è richiamata la *“definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l’attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall’articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;
- che il Consiglio dei Ministri con delibera del 29 ottobre 2013 ha affiancato il Prof. Ettore Cinque al Dott. Mario Morlacco nell’incarico di Sub Commissario ad acta, con particolare riferimento ad alcuni degli obiettivi indicati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, nonché stabilendo che al Dott. Morlacco restano comunque affidati diversi obiettivi della medesima delibera, tra i quali quelli previsti alla sopra citata lettera d);
- che, nell’esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale *“organo decentrato dello Stato ai sensi dell’art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell’espletamento di funzioni d’emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali”*, emanando provvedimenti qualificabili come *“ordinanze emergenziali statali in deroga”*, ossia *“misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d’organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”* (Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013);

DATO ATTO

- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30 settembre 2009, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;
- che con decreto del Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario n. 35 del 22 giugno 2010 sono stati aggiornati i limiti di spesa stabiliti dalla DGRC n. 1269/09 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale da erogarsi nell’esercizio 2010 da parte delle strutture private;
- che con decreto n. 7 del 31 gennaio 2011 del Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono state aggiornate le tariffe delle prestazioni di dialisi e stabiliti i relativi limiti di spesa per l’esercizio 2011;
- che con decreto n. 85 del 20 dicembre 2011 del Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono state semplificate le procedure stabilite dal suddetto decreto n. 7/2011 per l’autorizzazione di contratti integrativi per prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che con decreto n. 76 del 9 luglio 2012 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati stabiliti i volumi di prestazioni di dialisi erogabili dalle strutture private ed i relativi limiti di spesa per l’esercizio 2012;
- che con decreto n. 89 del 6 agosto 2013 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati stabiliti i volumi di prestazioni di dialisi erogabili dalle strutture private ed i relativi limiti di spesa per l’esercizio 2013;

*Regione Campania**Il Presidente*

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

CONSIDERATO

- che il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, all'art. 15, comma 14, ha stabilito che *“A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria.”*;
- che con il decreto commissariale n. 123 del 10 ottobre 2012 la Regione ha provveduto ad applicare la suddetta norma per l'esercizio 2012;
- che con decreto commissariale n. 100 del 9 ottobre 2013 si è dato atto che: *“tenuto conto dei decreti commissariali n. 86 e n. 88 del 24 luglio 2013, n. 89 del 6 agosto 2013, e del presente decreto, il limite complessivo della programmazione regionale dei volumi di prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera acquistata da privati e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2013, fissato dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modifiche dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, risulta rispettato con un margine di euro 2.452.000, disponibile per dare copertura ad eventuali contratti integrativi che si rendessero necessari per assicurare le prestazioni di dialisi e/o di radioterapia (alle condizioni previste dai rispettivi decreti commissariali che ne regolano i limiti di spesa per l'esercizio in corso) e/o a fronte di contenziosi ed imprevisti”*;
- che con separato provvedimento, dopo l'emanazione dei decreti commissariali inerenti ai limiti di spesa delle altre branche dell'assistenza specialistica, nonché dell'assistenza ospedaliera, si dà atto che la spesa prevista dal presente decreto per l'esercizio 2014 è stata definita in coerenza con il suddetto obiettivo di riduzione della spesa complessiva annua per l'assistenza sanitaria erogata da soggetti privati per specialistica ambulatoriale e per assistenza ospedaliera;

CONSIDERATO

- che con decreto commissariale n. 32 del 27 marzo 2013, recante per oggetto: *“Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012 in materia di criteri e tariffe dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica ambulatoriale – Determinazioni”* sono state recepite le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, stabilite negli allegati 1, 2 e 3 del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 – Supplemento Ordinario n. 8;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- che, successivamente, con decreto commissariale n. 53 del 3 giugno 2013, recante per oggetto: *"Tariffe delle prestazioni di emodialisi ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate – Precisazioni ed integrazioni al decreto commissariale n. 32/2013"*, sono state fornite precisazioni e chiarimenti in merito alla decorrenza delle tariffe previste dal suddetto decreto commissariale n. 32/2013, ed è stata elevata dal 15% al 20% la soglia massima di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato, stabilendo che le prestazioni di dialisi convettive di cui ai medesimi codici, eccedenti la suddetta soglia, saranno remunerate dalle ASL con la tariffa della dialisi diffusiva 39.95.4;

DATO ATTO

- che per tutto quanto non precisato e/o modificato dal presente decreto si applicano le disposizioni recate dalle delibere della Giunta Regionale in materia di limiti di spesa dei centri privati, con riferimento, in particolare, alle DGRC n. 1268/08 e n. 1269/09 e s.m.i. ed ai decreti del Commissario ad acta sopra citati;
- che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto;

CONSIDERATO

- che, come per l'anno precedente, il presente decreto prevede un incremento dello 0,5% del numero di prestazioni dialisi da acquistare dalle strutture private per il 2014, in considerazione delle azioni in corso per la prevenzione, la programmata attivazione dei posti di dialisi nelle strutture pubbliche e la promozione della dialisi peritoneale, anche domiciliare, in via complementare ed integrata rispetto alle metodiche diffuse e convettive;

CONSIDERATO, altresì,

- che il TAR Campania con sentenza n. 1146/2014, pronunciandosi sul ricorso presentato da diverse Associazioni del settore e da n. 48 centri privati di dialisi contro il sopra citato decreto commissariale n. 89/2013, ha parzialmente annullato detto decreto nella parte in cui prevedeva limitazioni al regime di remunerazione delle prestazioni di dialisi attraverso abbattimenti tariffari progressivi (riduzione tariffaria del 20% sul primo 0,50% di superamento del limite di spesa, e del 40% per l'eventuale ulteriore incremento, fino al 1,40%);
- che, nelle more della definizione del giudizio di secondo grado, si ritiene opportuno non reiterare per l'anno in corso la previsione di abbattimenti tariffari progressivi, senza che ciò comporti acquiescenza, individuando comunque soluzioni idonee a contenere nei limiti prefissati la spesa per l'acquisto di prestazioni di dialisi dai centri privati;



Regione Campania
Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

- che il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, con parere n. 167-P del 12 giugno 2014, in ordine alla possibilità di stipulare contratti integrativi per le prestazioni di dialisi ha osservato che, attesa la conseguente possibilità di uno sfioramento dei tetti di spesa definiti dalla Regione, *"sarebbe opportuno che in sede di fissazione di tutti i budget relativi alle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere acquistate da privato si tenga conto di tale eventualità, riservando un margine per evitare che si superi il livello massimo determinato in applicazione del citato D.L. 95/2012 [cd. Spending Review]"*;

RITENUTO, pertanto,

- di determinare i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2014 delle prestazioni di dialisi ambulatoriale erogate dalle strutture private negli importi esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto;
- che sarà compito di ciascuna ASL stipulare i contratti con le singole strutture private, definendo il volume di prestazioni ed il correlato limite di spesa sulla base del consuntivo 2013 e dell'andamento nel I semestre 2014 dell'attività dei centri privati operanti nella medesima ASL;
- che, ferme restando le procedure che le ASL devono applicare per la stipula degli eventuali contratti integrativi, previste dal decreto commissariale n. 85/2011, al fine di mantenere la spesa sanitaria nei limiti prestabiliti è necessario disporre le seguenti limitazioni:
 - a) ciascuna ASL potrà stipulare eventuali contratti integrativi per una spesa aggiuntiva non superiore all'1% rispetto al limite di spesa assegnato dal presente decreto;
 - b) incrementi della spesa di una ASL superiori all'1% (un per cento) dovranno essere autorizzati da appositi decreti del Commissario ad acta, che individuino i risparmi compensativi idonei ad assicurare il rispetto delle norme sulla Spending Review (decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, art. 15, comma 14, convertito con modifiche dalla legge n. 135/2012);
 - c) per le finalità di cui alle precedenti lettere a) e b) il limite di spesa massima per il settore della dialisi, da considerarsi ai fini del rispetto della normativa sulla Spending Review, è incrementato dell'1% rispetto a quanto assegnato a ciascuna ASL, come indicato nella colonna D) dell'allegato n. 1 al presente decreto;

DATO ATTO

- che nelle riunioni congiunte di verifica del Piano di Rientro, tenutasi il 27/11/2013 ed il 10/4/2014, il Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali ed il Comitato Permanente per i Livelli Essenziali di Assistenza hanno prescritto l'inserimento nei contratti con gli erogatori privati di una *"clausola di salvaguardia"* ai fini della *"tutela della programmazione regionale"*, che è stata pertanto inserita con parziali adattamenti nell'art. 9 dello schema di protocollo d'intesa, allegato A\1 al presente decreto e dello schema di contratto, allegato A\2 al presente decreto;
- che il presente decreto viene trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e con successivi atti potranno essere recepite eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

DECRETA

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di stabilire che per l'esercizio 2014 ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di dialisi ambulatoriale si applicano i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa fissati nell'allegato n. 1 al presente decreto, con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte specificate nel presente decreto.
3. Di stabilire che le Associazioni di categoria della branca di dialisi, entro dieci giorni dalla notifica del presente decreto, dovranno stipulare con le ASL competenti per territorio i Protocolli di intesa per le prestazioni da erogarsi per l'anno 2014 secondo lo schema allegato A/1 al presente decreto.
4. Di stabilire che sarà compito di ciascuna ASL stipulare i contratti con le singole strutture private, definendo per ciascuna di esse il volume di prestazioni ed il correlato limite di spesa sulla base del consuntivo 2013 e dell'andamento nel I semestre 2014 dell'attività dei centri privati operanti nella medesima ASL.
5. Di stabilire che tutte le strutture private accreditate che erogano prestazioni di dialisi entro quindici giorni dalla notifica del presente decreto dovranno stipulare con le ASL competenti per territorio il contratto di struttura relativo alle prestazioni da erogare nell'esercizio 2014, secondo lo schema allegato A/2 al presente decreto.
6. Di confermare per l'esercizio 2014 le procedure stabilite dal punto 5 del dispositivo del decreto commissariale n. 85 del 20 dicembre 2011 per la stipula di eventuali contratti integrativi per la branca della dialisi, in considerazione della specificità di tali prestazioni, con le seguenti limitazioni:
 - a. ciascuna ASL potrà stipulare eventuali contratti integrativi per una spesa aggiuntiva non superiore all'1% rispetto al limite di spesa assegnato dal presente decreto;
 - b. incrementi della spesa di una ASL superiori all'1% (un per cento) dovranno essere autorizzati da appositi decreti del Commissario ad acta, che individuino i risparmi compensativi idonei ad assicurare il rispetto delle norme sulla Spending Review (decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, art. 15, comma 14, convertito con modifiche dalla legge n. 135/2012);
 - c. per le finalità di cui alle precedenti lettere a) e b) il limite di spesa massima per il settore della dialisi, da considerarsi ai fini del rispetto della normativa sulla Spending Review, è incrementato dell'1% rispetto a quanto assegnato a ciascuna ASL, come indicato nella colonna D) dell'allegato n. 1 al presente decreto.
7. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di dialisi.
8. Di precisare che le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto di cui al comma precedente, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - saranno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dal 1° luglio 2014 cessa la remunerazione delle prestazioni



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008).

9. Di stabilire che in caso di contenzioso, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa assegnato dal presente decreto somme pari al fatturato, al netto dei controlli, riconosciuto al centro nell'esercizio precedente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
10. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza al Capo Dipartimento della Salute, al Capo Dipartimento delle Risorse Finanziarie, Umane e Strumentali, al "Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale" ed alla "Segreteria di Giunta" per la pubblicazione sul BURC.

Il Capo Dipartimento della Salute
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente U.O.D. 14 G.E.F.
Dott. G. F. Ghidelli

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Dott. Mario Morlacco

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Allegato n. 1

Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogata da centri privati: prestazioni di dialisi

	A	B	C	D
ASL	Consuntivo 2013 N° prestazioni	Consuntivo 2013 Spesa netta (1)	Volumi massimi 2014 N° prestazioni	Limite di spesa 2014 con soglia convettive (2)
ASL AV	35.082	6.165.600,72	35.257	6.185.000,00
ASL BN	31.359	5.393.805,58	31.516	5.343.000,00
ASL CE	99.539	17.517.707,49	100.037	17.504.000,00
ASL NA1 Centro	124.423	22.083.544,68	125.045	22.272.000,00
ASL NA2 Nord	137.947	24.288.529,95	138.637	24.348.000,00
ASL NA3 Sud	143.742	25.270.266,50	144.461	25.334.000,00
ASL SA	136.511	24.063.014,34	137.194	24.321.000,00
TOTALE	708.603	124.782.469,26	712.147	125.307.000,00
			Accantonamento del 1%:	1.253.000,00
Totale spesa massima ai fini della Spending Review:				126.560.000,00

(1) Importi in euro a tariffa vigente pro tempore, al netto dello sconto di legge (finché applicato), tenuto conto del vincolo (elevato dal 15% al 20% dal DCA 53/2013) della soglia massima di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive

(2) Importi in euro a tariffa ex DCA 53/2013, tenuto conto del vincolo al 20% della soglia massima di fatturazione del numero delle prestazioni di dialisi convettive da parte di ciascuna struttura privata

Schema di Protocollo di intesa tra l'Associazione _____ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di DIALISI, da erogarsi per l'anno 2014 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa.

E

L'Azienda Sanitaria Locale -----_Partita IVA: ----- Codice Fiscale-----
----- (se diverso dalla Partita IVA): rappresentata dal Direttore Generale -----,
nato a ----- (--) il --/--/-----, munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n. --
--- del ---/--- /-----;

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE **per l'anno 2014**, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n° ----- del --/--/2014,

PREMESSO

- che con il decreto n° del/.../2014 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2014 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n°del .../.../2014 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente protocollo.

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi, delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE ed i correlati limiti di spesa da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2014 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2014 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2014, è determinato in n. (prestazioni).

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2014 per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio e la soglia massima di fatturazione da parte

di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato, con i criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 53/2013, pubblicato sul BURC n. 37 del 8 luglio 2013.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate da ciascuna struttura, come stabilito dal sopra citato decreto commissariale n. 53/2013 e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che 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 sanitarie oggetto del presente Protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4.
3. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ... del .../.../2014 del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2014, fissato nello stesso decreto e riportato nel presente Protocollo, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto e nel decreto n. 85 del 20/12/2011. In particolare la sottoscritta ASL potrà stipulare detti contratti integrativi con le seguenti limitazioni:
 - a) il limite complessivo di spesa di cui all'art. 4, aumentato dell'1% (un per cento), rappresenta la spesa massima erogabile ai centri privati della ASL;
 - b) incrementi della spesa superiori all'1% (un per cento) dovranno essere autorizzati da appositi decreti del Commissario ad acta, che individuino i risparmi compensativi idonei ad assicurare il rispetto delle norme sulla Spending Review (decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, art. 15, comma 14, convertito con modifiche dalla legge n. 135/2012).
4. Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico regionale.
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto del limite di spesa definito dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.

3. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
4. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private accreditate sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte delle strutture private accreditate operanti sul territorio della sottoscritta ASL, delle note credito richieste dalla ASL, con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese,
3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
4. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
5. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
6. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
7. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, le strutture private indicheranno il conto corrente bancario loro intestato, sul quale la ASL effettuerà ogni

pagamento dovuto in esecuzione del contratto, e si impegneranno a comunicare tempestivamente eventuali modifiche, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante.

Art. 8

(efficacia e norme finali)

1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2014 in esecuzione del decreto n.del/...../2014 del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

Art. 9

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo protocollo.

..... , ____ / _____ 2014

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione di Categoria

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente Protocollo d'Intesa.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione di Categoria

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**Contratto TRA**

La struttura privata --(cod.....)

Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):

con sede in (Prov: ; CAP: _____) –

rappresentata dal

come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto;

il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentante legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del ____/____/2014.

E

L'Azienda Sanitaria Locale ----- Partita IVA: ----- Codice Fiscale-----
----- (se diverso dalla Partita IVA): rappresentata dal Direttore Generale
-----, nato a ----- il -----, munito dei necessari poteri
come da DPGRC di nomina n. ____ del _____:

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE per l'anno 2014, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n° ----- del --/--/2014,

PREMESSO

- che con il decreto n° del/...../2014 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2014 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n°del .../.../2014 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

VISTO

lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi, le tipologie ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

da erogarsi per l'anno 2014 da parte delle strutture private accreditate e/o in regime di autocertificazione, allegato sub A/1 al citato decreto n.del del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

Si conviene quanto segue:**Art. 1**

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2**(oggetto)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2014 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3**(quantità delle prestazioni)**

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2014 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2014, è determinato in n. (prestazioni).

Art. 4**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2014 per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio e la soglia massima di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato, con i criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 53/2013, pubblicato sul BURC n. 37 del 8 luglio 2013.

Art. 5**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate dalla sottoscritta struttura, come stabilito dal decreto n. 53/2013 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che 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 sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento del limite di spesa indicato al precedente art. 4.

3. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ... del .../.../2014 del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2014, fissato per questa ASL nello stesso decreto e riportato nel presente contratto, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di apposito accordo integrativo tra la ASL ed il sottoscritto centro privato, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto e nel decreto n. 85 del 20/12/2011. In particolare la sottoscritta ASL potrà stipulare detti contratti integrativi con le seguenti limitazioni:
 - a) il limite complessivo di spesa di cui all'art. 4, aumentato dell'1% (un per cento), rappresenta la spesa massima erogabile ai centri privati della ASL;
 - b) incrementi della spesa superiori all'1% (un per cento) dovranno essere autorizzati da appositi decreti del Commissario ad acta, che individuino i risparmi compensativi idonei ad assicurare il rispetto delle norme sulla Spending Review (decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, art. 15, comma 14, convertito con modifiche dalla legge n. 135/2012).
4. Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza.

Art. 6**(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico regionale.
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto del limite di spesa definito dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
3. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
4. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7**(modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile.

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese,
3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
4. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
5. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
6. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
7. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:
codice IBAN: _____;
presso: _____,
generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____;
impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8**(efficacia e norme finali)**

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2014 in esecuzione del decreto n.del/....../2014 del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro.
2. Il presente contratto sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

Art. 9

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura, operante nel territorio della sottoscritta ASL, accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo contratto.

....., ____ / _____ 2014

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata