

Contratto tra
 Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): con
 sede legale in (Prov: ; CAP:) – Via n°
 rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF come
 da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della
 Regione che redige il presente atto, gestore della struttura denominata
, con sede operativa nel Comune
 di.....alla Via..... autorizzata all'esercizio ai sensi
 della DGRC n. 3959/2001 e smi con provvedimento n..... del Comune di,
 accreditata con il SSR con Decreto n.del.....ovvero dichiarata accreditabile ai sensi
 della L.R. 4/2011 Art. 1 comma 237 quinquies e seguenti per RSA e Centri Diurni per anziani e
 Disabili non autosufficienti per attività sociosanitaria in regime residenziale e/o semiresidenziale
 della macroarea sanitaria e sociosanitaria di RSA disabili e anziani non autosufficienti,
 SIR/SIRMIV/SISEM, Hospice, SUAP e Comunità residenziali e semiresidenziali per cittadini in stato
 di tossicodipendenza (Residenza Sanitaria Assistenziale/Centro Diurno per anziani non
 autosufficienti, Unità di Cura residenziale per adulti non autosufficienti R3, Residenza Sanitaria
 Assistenziale/Centro Diurno per disabili non autosufficienti, Unità di Cura residenziali per disabili non
 autosufficienti RD3, SIR/Centro Diurno Psichiatrico, SIRMIV/SISEM, Hospice, Speciali Unità di
 accoglienza permanente, Comunità residenziali e semiresidenziali per cittadini in stato di
 tossicodipendenza;
 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 rappresentate 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___/___/_____.

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in 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 sanitaria afferenti alle prestazioni alle
 attività sanitarie e sociosanitarie della macroarea assistenza territoriale residenziale e
 semiresidenziale per RSA per disabili e anziani non autosufficienti/demenze, Salute Mentale,
 Hospice, SUAP e Comunità residenziali e semiresidenziali per cittadini in stato di tossicodipendenza
 erogate nel periodo 1 gennaio 202__ – 31 dicembre 202__ in conformità alla delibera di Giunta
 Regionale della Campania n..... del .. /.. / 202__.

PREMESSO

- che con DGRC n..... del .. /.. /202__ La Giunta Regionale della Campania ha fissato il fabbisogno
 di prestazioni afferenti le attività territoriali sociosanitarie e sanitarie di RSA per disabili e anziani
 non autosufficienti/demenze, Salute Mentale, Hospice, SUAP e Comunità residenziali e
 semiresidenziali per cittadini in stato di tossicodipendenza, che rappresenta pertanto la quantità di
 prestazioni che il SSR può erogare, ferma restando la compatibilità con la disponibilità di risorse
 finanziarie e con gli equilibri finanziari, ed ha adottato anche i relativi schemi contrattuali, cui si
 uniforma il presente contratto;

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

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

Art. 2**(oggetto e durata)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni afferenti alle attività sanitarie e sociosanitarie di - Salute Mentale, Hospice, Suap, Comunità residenziali e semiresidenziali per cittadini in stato di tossicodipendenza, RSA e per disabili e anziani non autosufficienti, Unità di Cura residenziale per disabili non autosufficienti RD3, Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3 – in regime residenziale e semiresidenziale che l'ASL_____acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo dal 1 gennaio 202__ al 31 dicembre 202__ da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa. Pertanto la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni da erogarsi nel corso dell'anno 202__.

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

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL, entro il limite massimo attribuito all'ASL, prevede di dover acquistare nel periodo 1 gennaio 202__ – 31 dicembre 202__ dalla sottoscritta struttura erogatrice, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 202__, è determinato in:

In regime residenziale (*contratti separati per RSA, SUAP, Hospice, Salute Mentale e Comunità per cittadini in stato di tossicodipendenza*)

- Prestazioni in RSA disabili non autosufficienti/RD3 n. _____
- Prestazioni in RSA anziani non autosufficienti/modulo demenze/R3 n. _____
- Prestazioni in Hospice n. _____
- Prestazioni in SUAP n. _____
- Prestazioni di Salute Mentale in SIR 1 (specificare SRP1 ed SRP2) n. _____
n. _____
- Prestazioni di Salute Mentale in SIR 2 (SRP3) n. _____
- Prestazioni di Salute Mentale SIRMIV n. _____
- Prestazioni di Hospice n. _____
- Prestazioni di SUAP n. _____
- Prestazioni pedagogico riabilitative residenziali per cittadini affetti da dipendenze patologiche n. _____
- Prestazioni terapeutico riabilitative residenziali per cittadini affetti da dipendenze patologiche n. _____

In regime semiresidenziale (*contratti separati per Centri Diurni RSA, Salute Mentale e Comunità per cittadini in stato di tossicodipendenza*)

- Prestazioni in Centro Diurno per disabili non autosufficienti n. _____
- Prestazioni in Centro diurno per anziani non autosufficienti/demenze n. _____

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Prestazioni in Centro Diurno psichiatrico | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni in SISEM | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni in Centro Diurno terapeutico riabilitativo per cittadini tossicodipendenti | n. _____ |

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

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 3 sono valorizzate, al netto della quota di compartecipazione a carico dell'Utente/Comune/Ambito Territoriale, e vengono remunerate applicando le seguenti tariffe:
 - a) Per le prestazioni sociosanitarie in RSA/CD le tariffe approvate con DCA 110/2014
 - b) Per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie di salute mentale le tariffe approvate con DCA 11/2018 e 45/2015
 - c) Per le prestazioni erogate in favore di malati terminali in strutture denominate Hospice le tariffe approvate con il DCA 128/2012;
 - d) Per le prestazioni rese in strutture denominate Speciali Unità di Accoglienza Permanente-SUAP le tariffe approvate con il DCA 70/2012 o il DCA 79/2017 laddove le strutture si siano adeguate ai requisiti aggiornati;
 - e) Per le prestazioni in Comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali per cittadini con dipendenza patologica le tariffe approvate con DCA 76/2017.
2. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico dell'ASL, per il periodo dal 1 gennaio 202__ - 31 dicembre 202__, corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
 - a) Per le prestazioni residenziali in _____ (riportare la tipologia esatta) in regime residenziale Euro _____ (al netto della quota di compartecipazione a carico dell'Utente/Comune/Ambito territoriale di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza)
 - b) Per le prestazioni in _____ (riportare la tipologia esatta) in regime semiresidenziale Euro _____ (al netto della quota di compartecipazione a carico dell'Utente/Comune/Ambito territoriale di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza)
3. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente l'ASL e la sottoscritta struttura privata potranno rimodulare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa, entro i limiti prestazionali aziendali in caso di disponibilità di prestazioni non erogate complessivamente dai centri erogatori ricadenti nell'ASL medesima. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 202__; pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo.
4. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente; si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto

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

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni cui si applica la tariffa per RSA o Centro Diurno socio sanitari, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe

dovuta per la componente sanitaria, e all'utente/Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.

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, salvo espresso e diverso provvedimento regionale, 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. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile un superamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. In considerazione del percorso, attualmente in fase di completamento, di riconversione delle ex Case di cura ad indirizzo neuropsichiatrico, limitatamente all'esercizio 2020 sarà consentito alle ASL sul cui territorio insistono le suddette strutture, di compensare annualmente i limiti di spesa di cui al precedente art. 4, con i limiti di spesa assegnati alla medesima struttura per l'attività ospedaliera (laddove esistente) dalla stessa effettuata ed anch'essa oggetto di riconversione ai sensi dei decreti commissariali nn. 94/2014, 193/2016 e 11/2018.
4. Le prestazioni eccedenti i limiti di spesa fissati al precedente art. 4 non potranno in alcun caso essere remunerate se eccedenti anche a seguito della compensazione di cui al precedente punto 3 del presente articolo.
5. Alla fine di ciascun trimestre solare, previa rendicontazione conforme alle apposite direttive che saranno emanate dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute, la sottoscritta struttura fatturerà separatamente alla ASL a titolo di "funzione di costo per rinnovo CCNL" il 50% dei maggiori oneri effettivamente sostenuti e corrisposti al proprio personale dipendente non medico, scaturiti e determinati dalla applicazione del rinnovo del CCNL AIOP - ARIS del 08.10.2020; per l'esercizio 2020 la fatturazione sarà effettuata in unica soluzione, entro il 31 marzo 2021 e dovrà essere pagata insieme alla liquidazione del saldo del primo trimestre 2021. *(comma ulteriore, da applicarsi solo alle strutture private sanitarie e sociosanitarie che, alla data del 10 giugno 2020 di sottoscrizione della pre-intesa per il rinnovo, ancora adottavano il previgente contratto nazionale AIOP – ARIS del personale sanitario non medico dipendente)*

Art. 6

(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)

1. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla redazione e aggiornamento periodico del progetto assistenziale individualizzato (PAI) redatto dall'UVI, nel caso di prestazioni sociosanitarie partecipate, o da altro organismo di valutazione multidimensionale specificamente individuato dalla ASL per le altre tipologie di prestazioni oggetto del presente contratto.
2. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto assistenziale e dell'autorizzazione, segnalando tempestivamente alla ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione.

Art. 7

(Obblighi della struttura erogatrice)

1. La struttura erogatrice sottoscritta, concorre al raggiungimento e rispetto di obiettivi di sanità pubblica, favorendo le condizioni di maggiore appropriatezza erogativa.

2. Pertanto essa si impegna a svolgere le attività e a erogare le prestazioni nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi indicati nel PAI, relazionando o riferendo al competente servizio aziendale che ha in carico il paziente circa l'andamento del progetto, anche proponendo aggiornamenti o revisioni.
3. La sottoscritta struttura è impegnata ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema INFOrmativo saNità CampanIA di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.) e adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale (NSIS- FAR – SISM – STS) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informatici individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del File H secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL.
4. La struttura erogatrice si obbliga a collaborare con i programmi regionali e aziendali di verifica dell'appropriatezza, congruità e legittimità delle prestazioni, predisponendo e mantenendo condizioni organizzative necessarie e utili al corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.

Art. 8

(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 composto da n. membri di cui n. designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. membri nominati dalla ASL. Il Tavolo viene convocato ogni due mesi.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari (legali rappresentanti) di strutture erogatrici ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a. monitoraggio congiunto dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti prestazionali di cui all'art. 3 e di spesa definiti 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.
4. 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 motivatamente procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 9.

Art. 9

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 95% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono.
3. Il pagamento del saldo, pari al 5% oltre IVA se dovuta, sarà fatturato nel modo seguente:
 - entro il 31 maggio per le fatture del primo trimestre (gennaio-febbraio-marzo)
 - entro il 31 agosto per le fatture relative al secondo trimestre (aprile-maggio-giugno)

entro il 30 novembre per le fatture relative al terzo trimestre (luglio-agosto-settembre)

entro il 28 febbraio dell'anno successivo per le fatture relative al quarto trimestre (ottobre-novembre-dicembre)

Il diritto al pagamento dei suddetti saldi maturerà entro sessanta giorni dalla data della fattura *(continuando, solo per le strutture private alle quali si applica il comma 4 del precedente art. 5)* e comprenderà la remunerazione della "funzione di costo per rinnovo CCNL" di cui al comma 4 del precedente art. 5, previa separata fatturazione della stessa; per l'esercizio 2020 la fatturazione sarà effettuata in unica soluzione, entro il 31 marzo 2021 e dovrà essere pagata insieme alla liquidazione del saldo del primo trimestre 2021.

4. L'ASL, entro trenta giorni prima dei termini di cui al comma 3, al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, comunicherà alla struttura quanto liquidabile a saldo; ed eventualmente richiede alla sottoscritta struttura privata eventuali note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4 e art. 9;
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il pagamento delle fatture emesse a saldo in corso d'anno non potrà essere effettuato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento della COM in maturazione.
6. Ai fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito
7. 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.
8. La struttura erogatrice 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.
9. 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 dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
10. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura erogatrice 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. 10

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__ in esecuzione della delibera di Giunta Regionale n.....del.....
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 11

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere la citata delibera di Giunta Regionale della Campania n. ___ del ___ / ___ / 202__.

Art. 12

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla/alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente accordo/contratto.

..... , ___ / _____ 202__

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 _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante

Il Direttore Generale

della struttura privata
