

Contratto TRA

La struttura privata Partita IVA:..... Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA) con sede in; 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 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 (*oppure: si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di concordato con continuità aziendale*);
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 6 del D.Lgs. n. 159/2011, che non sussistono le cause ostative previste dagli articoli 67 e 84, comma 4, del D.Lgs. n. 159/2011 e, più in generale, le cause di esclusione di cui agli articoli 94 e 95 del D.Lgs. n. 36/2023;
- 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 dal Documento Unico di Regolarità Contributiva – DURC prot. (INPS o INAIL) n. _____ del _____ ex art. 94, comma 6, e art. 95, comma 2, del D.Lgs. n. 36/2023.

E

L'Azienda Sanitaria Localecon sede in Partita IVA:rappresentata dal Direttore Generale....., nato a il....., munito dei necessari poteri come da D.G.R.C. di nominanonché D.P.G.R.,

PER

regolare i volumi massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di **EMODIALISI AMBULATORIALE** - per l'anno 2026 ai sensi della DGRC _____

PREMESSO

- che con la DGRC n. 599 del 28.12.2021, così come integrata e modificata dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti in via provvisoria per l'anno 2022, per le prestazioni di dialisi;
- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di dialisi ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per

Anno 2026
(Contratto Dialisi ambulatoriale)

l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori;

- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria deliberaha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di Dialisi;
- con DGRC n. 741 del 22.10.2025 sono stati fissati in via definitiva i limiti di spesa per l'esercizio 2025 di cui alla DGRC n. 757 del 27.12.2024
- con DGRC n. 755 del 04.11.2025 ha semplificato le procedure vigenti, in tema di dialisi e radioterapia, per la remunerazione delle prestazioni eccedenti i limiti prefissati;
- che il presente contratto si uniforma ai nuovi schemi dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, approvati dalla richiamata DGRC n. _____;

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 2026, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa, ai sensi della DGRC

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

2. Il volume di prestazioni di **EMODIALISI AMBULATORIALE** che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 01/01/2026 – 31/12/2026 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2026, è stabilito in **n. _____** (prestazioni).

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per il volume di prestazioni di **EMODIALISI AMBULATORIALE** determinato all'art. 3, è fissato in per l'anno 2026.

Il limite di spesa fissato al comma precedente, in applicazione della DGRC, potrà essere utilizzato per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore al% (..... per cento), per il 2026.

Resta ferma la facoltà della ASL di derogare a tale percentuale con provvedimento motivato, previa formalizzazione di un'adeguata istruttoria tecnica volto ad attestare le specificità dei territori di confine e a seguito di preventiva condivisione con il Tavolo Tecnico Locale.

Art. 5
(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, approvato dalla DGRC n. 660/2024 e s.m.i., applicando a ciascuna struttura la soglia massima annua di fatturazione del numero delle prestazioni di dialisi convettive con codice 39.95.5 e 39.95.7, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare (elevata dal 20% al 25% dalla DGRC n. 189/2023); le prestazioni di dialisi convettive con codice 39.95.5 e 39.95.7, eccedenti detta soglia, nonché tutte le altre prestazioni di dialisi o emofiltrazione (nei casi in cui siano appropriate e la struttura ne abbia i requisiti) saranno remunerate in misura non superiore alla tariffa della dialisi non convettiva con codice 39.95.4. Per l'esercizio 2026 si conferma la regolamentazione stabilita nell'art. 5, comma 1, del contratto provvisorio ex DGRC n. 800/2023.
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 intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento del limite di spesa indicato al precedente art. 4.
3. Le parti si danno atto che eventuali superamenti del limite di spesa di cui al precedente art. 4 potranno essere remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di apposito accordo integrativo tra la ASL ed il sottoscritto centro privato, applicando le stesse condizioni e modalità stabilite per l'esercizio 2026 dalla DGRC n. 800/2023, citata in premessa e s.m.i..
4. La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione.

Art. 6
(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico tra le Associazioni di categoria e l'ASL. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:

- a) monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, 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. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguglianze applicative del presente contratto, le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente contratto, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

1. La sottoscritta struttura privata si impegna a documentare l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 8, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 8 e dovrà essere accompagnata dall' *"attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011"*, comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.
2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari all'85% della produzione mensile liquidabile entro il limite di spesa di cui al precedente art. 4, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero. Costituisce, inoltre, motivo di decurtazione e non liquidabilità delle prestazioni:
 - a) il mancato rispetto del *"Percorso diagnostico terapeutico per la definizione dei Criteri di Immissione di pazienti in IRC V stadio (naïve) in terapia emodialitica cronica"*, approvato dal DCA n. 89/2016;
 - b) il superamento del limite del 15% delle prestazioni supplementari.
3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. 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. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato, da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore della struttura privata, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime. **Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 4.**

4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
5. 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, come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: otto punti percentuali.
6. 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.
7. 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.
8. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, 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
(debito informativo e CUP regionale)

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata “SINFONIA” (Sistema **IN**Formativo sa**N**ità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d’ora che l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dovrà avvenire attraverso l’utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall’art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, comprese quelle con onere a carico dell’assistito, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta struttura privata è tenuta a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali - in sola visibilità - per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell’utente per le prestazioni relative ai follow-up.
3. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.

4. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
5. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accREDITamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 9
(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, la sottoscritta struttura privata si impegna ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 7 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023) e dell'11 novembre 2025 - *Modifiche al decreto 7 settembre 2023, concernente il fascicolo sanitario elettronico 2.0* (GU n°286 del 10 dicembre 2025).
3. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente contratto, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare la sottoscritta struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
4. La sottoscritta struttura privata, in qualità di "*Responsabile del Trattamento*" si impegna a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 10
(precisazione in ordine al valore giuridico dell'Ordine Elettronico)

1. L'ordine di acquisto elettronico, previsto dalle disposizioni vigenti in materia di emissione e trasmissione dei documenti, attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica dagli enti del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dei successivi decreti del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 07.12.2018 e del 27.12.2019 (cd. *Nodo Smistamento Ordini in formato elettronico*

– *NSO*), non costituisce riconoscimento giuridico della quantità e qualità delle prestazioni effettuate e/o da effettuare, ma è un mero strumento di regolarità e trasparenza amministrativa.

2. Pertanto, le prestazioni sanitarie eseguite dalla sottoscritta struttura privata ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dal presente contratto e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva, nonché agli abbattimenti del fatturato liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dal presente contratto (regressioni tariffarie e/o altre decurtazioni).

Art. 11
(efficacia del contratto e norme finali)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2026, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente contratto sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
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, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
4. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere le delibere richiamate in premessa.

Art. 12
(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta espressamente, 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 alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto.
3. Con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura accetta anche i criteri e la metodologia di determinazione dei limiti di spesa, che restano fermi per le determinazioni successive relative alla medesima annualità.

li, ____ / ____ / ____

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui: all'art. 5, comma 4: *“La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia in data non anteriore alla loro prenotazione”*; all'art. 7, comma 4: *“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*, l'art. 11, comma 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, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti”* e l'intero art. 12 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto, che si ripete per espressa accettazione:

“Art. 12
(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta espressamente, 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 alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto.
3. Con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura accetta anche i criteri e la metodologia di determinazione dei limiti di spesa, che restano fermi per le determinazioni successive relative alla medesima annualità”.

Timbro e firma della Asl
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata