

Contratto TRA

La struttura privata **CENTRO MEDICO CONTI S.R.L.** – Cod. Struttura: **040111** - Partita IVA: **02703890653** p.e.c.: **centro.aidtirreno@legal.email.it** con sede legale in **CAVA DE' TIRRENI** (Prov: SA ; CAP: **84013**) – **Viale G. Marconi, 45** e sede operativa in **CAVA DE' TIRRENI** (Prov: SA CAP **84013**) - **Viale G. Marconi, 45** rappresentato/a dal/la sottoscritto/a **CONTI LUIGI**, CF **CNTLUG68C12H703N** 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 ;
- 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;
- 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 SALERNO** con sede in **Via Nizza, 146 - 84124 SALERNO (SA)** -C.F./P.I. **04701800650** rappresentata dal **Direttore Generale Dott. Antonio Giordano**, nato a Salerno il **04.01.1955**, munito dei necessari poteri come da **D.G.R.C.** di nomina n. **394** del **20.07.2016**,

PER

regolare per l'esercizio 2016 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di **Diabetologia**, ed i correlati limiti di spesa redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 89 del 08.08.2016 come modificato dai DD.CC.AA. 103/2016, 110/2016 e 111/2016.

PREMESSO

che con decreto n. 89 del 08.08.2016, il Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, da erogare nell'anno 2016 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :

Diabetologia – Cardiologia - Altre branche a visita - Patologia Clinica – Radiodiagnostica - Medicina nucleare - Radioterapia

ed ha emanato 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)**

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di **Diabetologia**, da erogarsi nell'anno 2016, da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

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

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di **Diabetologia**, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde per l'anno 2016 a quanto evidenziato rispettivamente nelle colonne A, B e C del sottostante **Schema 1**.

Schema 1	Volumi massimi erogabili 01.01.2016 - 31.12.2016 (D.C.A. 89/2016 - Sez. I - All. 1)			
	A	B	C	D
BRANCA	Prest. Residenti ASL	Prest. Mobilità attiva intra regione	Prest. Residenti extra regione	Totale prestazioni
Branche a visita	72.902	15.079	5.152	93.133
Cardiologia	164.092	4.730	563	169.385
Diabetologia	127.080	695	154	127.929
Patologia Clinica (Lab.)	6.208.179	349.009	35.211	6.592.399
Medicina nucleare	10.244	771	151	11.166
Radiodiagnostica	349.789	40.193	11.906	401.888
Radioterapia	20.811	5.055	2.821	28.687
Totale	6.953.097	415.532	55.958	7.424.587

2. Il volume massimo di prestazioni di ciascuna branca, determinato per l'anno 2016, è indicato nella colonna "D" ed è derivato dalla somma dei valori di cui alle colonne A, B e C..

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

1. Il limite di spesa per ciascuna branca/tipologia di prestazioni da acquistare per l'anno 2016 - è fissato nel sottostante **Schema 2** nelle colonne E, F, e G applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, pari a quanto stabilito nelle colonne A, B e C applicando le medesime tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del

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

ticket ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;

Schema 2	Limiti di spesa netta 01.01.2016 - 31.12.2016				Limiti di spesa Lorda 01.01.2016 - 31.12.2016 a tariffa vigente			
	A	B	C	D	E	F	G	H
BRANCA	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa Netto	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa Netto
Branche a visita	€ 1.252.629,00	€ 259.085,00	€ 88.519,00	€ 1.600.233,00	€ 1.521.144,00	€ 314.621,00	€ 107.499,00	€ 1.943.264,00
Cardiologia	€ 4.958.456,00	€ 142.958,00	€ 16.987,00	€ 5.118.401,00	€ 5.790.953,00	€ 166.966,00	€ 19.841,00	€ 5.977.760,00
Diabetologia	€ 935.312,00	€ 5.109,00	€ 1.134,00	€ 941.555,00	€ 1.085.505,00	€ 5.929,00	€ 1.318,00	€ 1.092.752,00
Patologia Clinica	€ 17.088.010,00	€ 960.647,00	€ 96.922,00	€ 18.145.579,00	€ 24.807.069,00	€ 1.394.598,00	€ 140.697,00	€ 26.342.364,00
Medic. nucleare	€ 2.172.049,00	€ 163.613,00	€ 31.913,00	€ 2.367.575,00	€ 2.282.392,00	€ 171.914,00	€ 33.537,00	€ 2.487.849,00
Radiodiagnostica	€ 18.678.248,00	€ 2.146.293,00	€ 635.791,00	€ 21.460.332,00	€ 22.451.124,00	€ 2.579.822,00	€ 764.213,00	€ 25.795.159,00
Radioterapia	€ 1.790.334,00	€ 434.824,95	€ 242.754,20	€ 2.467.923,15	€ 1.815.669,45	€ 440.973,75	€ 246.189,30	€ 2.502.832,50
Totale	€ 46.875.038,00	€ 4.112.529,95	€ 1.114.030,20	€ 52.101.598,15	€ 59.753.856,45	€ 5.074.823,75	€ 1.313.294,30	€ 66.141.974,50

2. Ai fini del rispetto dei limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review, non è consentito un superamento del limite di spesa fissato al comma precedente per i residenti in altre regioni. Potrà, invece, essere consentito che l'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui alla colonna "B" e "C" sia utilizzato per compensare superamenti del limite di cui alla colonna "A"; mentre eventuali superamenti del limite di cui alla colonna "B" possono essere compensati dall'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui alle colonne "A" e "C";
3. L'importo di cui al comma 1 – Schema 2 colonne "D" e "H", diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3 comma 1 – Schema 1 colonna "D", definisce il valore medio delle prestazioni per la branca di **Diabetologia**, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con decreto del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2016 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 2; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. La ASL comunicherà OGNI MESE a ciascun centro privato a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata:
 - la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
 - la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;
 ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:
 - a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione effettuata dalla ASL nei mesi scorsi in base alla proiezione dei limiti di spesa dell'anno precedente, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
 - b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.
4. 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 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 uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, 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.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

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 composto da n. 14 membri di cui n. 11 designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. 3 membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale 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, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti 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

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

possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;

- c) determinazione del valore medio della prestazione differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Patologia Clinica	Laboratori generali di base con o senza settori specializzati A1 e A2	Laboratori generali di base con almeno 3 settori specializzati, escluso A6	Laboratori generali di base con almeno 3 settori specializzati, incluso A6	Laboratori specializzati

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET		

4. Il valore medio della branca di Patologia Clinica sarà determinato ed applicato, separatamente, per l'insieme delle prestazioni di patologia clinica contrassegnate dalla lettera "R" e per l'insieme delle altre prestazioni della branca. Analoga distinzione sarà operata nell'ambito delle Branche a Visita per le prestazioni di medicina iperbarica, rispetto alle altre prestazioni della branca.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private 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, anche tramite il portale Regionale Sani.Ar.p. di cui al DCA 20/2013 (BURC n. 12/2013), secondo le istruzioni operative che saranno fornite dal Tavolo Regionale di Coordinamento (TA.RE.C) istituito dal DPGRC n. 144/2016 (BURC n. 44/2016); 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 al 90% 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 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile 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 struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5.
1. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).

Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell'anno successivo.

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.

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:

IT 87 Z 03104 76170 000000822553

presso: Deutsche Bank (Cava de' Tirreni),

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____ impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8

(variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti)

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente contratto.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata:
- di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni, determinato secondo i criteri di cui al comma 3 dell'art.4 ed agli allegati schemi che

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

definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;

- di superare di oltre il 30% nel 2016 il valore medio 2012 delle prestazioni "R", calcolato sulla produzione totale 2012 di dette prestazioni da parte dei centri operanti nella ASL.
3. Nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni ed il case-mix eccedenti devono essere conseguentemente remunerate, nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa; in caso di valutazione negativa si fa obbligo all'ASL del recupero, con emissione di note di credito, delle somme eccedenti, sia per il superamento del 10% del volume di produzione che del superamento del 10% del case-mix (valore medio). Per evitare la concentrazione delle prestazioni nella prima parte dell'anno e garantire un'erogazione prestazionale distribuita per quanto possibile sull'intero anno, il tavolo tecnico esaminerà l'eccedenza prestazionale in occasione del monitoraggio da tenersi almeno 30 giorni prima della data presunta di esaurimento delle prestazioni.
 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 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. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disequaglianze applicative del presente contratto le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed all'Ufficio Speciale 60.07.00 "Servizio Ispettivo Sanitario e Socio Sanitario" su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce all'esercizio 2016 e sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10

(norme finali)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale 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.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 89 del 08.08.2016 come modificato dai DD.CC.AA. 103/2016, 110/2016 e 111/2016..

Art. 11

(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 alla/alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente accordo/contratto.

Salerno li 17/MAG/2016 2016

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Il Direttore Generale

Dott. Antonio GIORDANO

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Il Direttore Generale

Dott. Antonio GIORDANO

CENTRO MEDICO CONTI S.r.l.
Viale Guglielmo Marconi, 45
84013 CAVA DE' TIRRENI (SA)
P. IVA - Cod. Fisc. e Iscriz.
Reg. Imp. Salerno: 02703890653

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

CENTRO MEDICO CONTI S.r.l.
Viale Guglielmo Marconi, 45
84013 CAVA DE' TIRRENI (SA)
P. IVA - Cod. Fisc. e Iscriz.
Reg. Imp. Salerno: 02703890653