

Contratto TRA

La struttura privata "CENTRO EBOLITANO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - CASA DI CURA PRIVATA - CAMPOLONGO HOSPITAL" - S.P.A. - ("CAMPOLONGO HOSPITAL" - S.P.A. -) - Codice Struttura 602200 Partita IVA: 00180470650 p.e.c. direzione@pec.campolongohospital.it, con sede legale in EBOLI (Prov: SA ; CAP: 84025) - Via Della Marina, 8/12 e Sede operativa in EBOLI - Viale Della Marina, 8/12, rappresentato/a dal/la sottoscritto/a CAMISA GIANFRANCO, CF CMSGFR42P28L4248 come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o dalla 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:

- 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;
- 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;
- 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;
- di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva - DURC prot. n. 37772/04 del 15-10-14.

E

L'Azienda Sanitaria Locale SALERNO con sede in Via Nizza, 146 - 84124 SALERNO (SA) - C.F./PI 04701800650 rappresentata dal Direttore Generale Dott. SQUILLANTE ANTONIO, nato a Pompei (NA) il 04.01.1969, munito dei necessari poteri come da D.G.R.C. di nomina n. 398 del 31.07.2012 e D.P.G.R.C. n. 210 del 01.08.2012,

PER

regolare per l'esercizio 2014 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di **Branche a visita e Radiologia diagnostica**, ed i correlati limiti di spesa redatto in conformità al decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 129 del 31/10/2014.

PRIMISSO

che con decreto n. 129 del 31/10/2014, il Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, da erogare nell'anno 2014, 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 **Branche a visita e Radiologia diagnostica**, da erogarsi nell'anno 2014, da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

- Il fabbisogno di prestazioni di ciascuna branca, per i propri residenti, per i residenti di altre ASL della Regione Campania ed i residenti di altre Regioni, che l'ASL di Salerno prevede di acquistare presso Strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde per l'anno 2014 a quanto evidenziato rispettivamente nelle colonne A, B e C del prospetto sottostante (Schema 1).

Schema 1	Volumi massimi erogabili 01.01.2014 - 31.12.2014 (Allegato 2)			
	A	B	C	D
BRANCA	Prest. Residenti ASL	Prest. Mobilità attiva intra regione	Prest. Residenti extra regione	Totale prestazioni
Diabetologia	129.673	709	157	130.539
Branche a visita	72.223	14.702	8.108	95.033
Cardiologia	157.441	4.827	574	172.842
Patologia Clinica (Lab.)	6.334.877	356.132	35.930	6.726.939
Medicina nucleare	10.453	787	154	11.394
Radiodiagnostica	360.533	41.509	8.048	410.090
Radioterapia	18.876	4.585	2.559	26.020
Totale	7.094.076	423.251	55.530	7.572.857

- Il volume massimo di prestazioni di ciascuna branca, è determinato per l'anno 2014 nella colonna D, derivato dalla somma dei valori di cui alle colonne A, B e C.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

- Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2014 relativa al volume di prestazioni di ciascuna branca, determinato all'art. 3, comma 1, è fissato nella colonna H applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, pari a quanto stabilito nella colonna "D" applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket, dello sconto ex legge 296/2006 finché applicato, 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, di cui al prospetto sottostante, composto come specificato nelle colonne E, F e G (ovvero E, F e G al lordo dello sconto) - (Schema 2):

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

Schema 2	Limiti di spesa 01.01.2014 - 31.12.2014 Netto ticket, quota e sconto (All. 3)				Limiti di spesa 01.01.2014 - 31.12.2014 Lordo ticket, quota e sconto (All. 1)			
	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 sconto	Budget Residenti ASL Lordo sconto	Budget Mobilità attiva intra regione Lordo sconto	Budget Residenti extra regione Lordo sconto	Tetto di spesa Lordo sconto
Diabetologia	€ 954.400,00	€ 5.213,00	€ 1.157,00	€ 960.770,00	€ 1.107.658,00	€ 6.050,00	€ 1.345,00	€ 1.115.053,00
Branche a visita	€ 1.240.964,00	€ 752.614,00	€ 139.313,00	€ 1.632.891,00	€ 1.506.979,00	€ 306.763,00	€ 169.181,00	€ 1.982.923,00
Cardiologia	€ 5.059.648,00	€ 145.875,00	€ 17.334,00	€ 5.222.857,00	€ 5.909.135,00	€ 170.373,00	€ 20.246,00	€ 6.099.754,00
Patologia Clinica	€ 17.436.745,00	€ 980.252,00	€ 98.900,00	€ 18.515.897,00	€ 25.313.336,00	€ 1.423.060,00	€ 143.569,00	€ 26.879.965,00
Medici nucleari	€ 2.216.377,00	€ 166.952,00	€ 32.565,00	€ 2.415.894,00	€ 2.328.971,00	€ 175.422,00	€ 34.222,00	€ 2.538.615,00
Radiodiagnostica	€ 19.251.956,00	€ 2.216.558,00	€ 429.783,00	€ 21.898.297,00	€ 23.140.717,00	€ 2.664.281,00	€ 516.593,00	€ 25.321.591,00
Radioterapia	€ 1.823.886,00	€ 354.399,00	€ 220.195,00	€ 2.398.480,00	€ 1.646.866,00	€ 399.976,00	€ 223.301,00	€ 2.270.143,00
Totale	€ 47.783.976,00	€ 4.161.863,00	€ 939.247,00	€ 52.885.086,00	€ 60.953.662,00	€ 3.184.925,00	€ 1.108.457,00	€ 67.208.044,00

2. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui alla colonna "C" (Schema 2), concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui alla colonna "C" (Schema 2), potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla DGRC n. 51707, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui alla colonna "C" (Schema 2) non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui alle colonne "A" e "B".

3. Gli importi di cui al comma 1, colonne D e H, divisi per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 2, definiscono il valore medio della prestazione per ciascuna branca, rispettivamente, al netto e al lordo di Ticket, sconto e quota; 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 della tariffa 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 Prosecuzione 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 2014 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lordo (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, colonna "H", ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, colonna "D"; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, colonne "A" e "B", le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.

3. La ASL comunicherà a ciascun centro privato a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata,:

1. la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
2. la data prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi, ponderata in ragione di un eventuale periodo di chiusura delle strutture erogatrici nel periodo estivo), nonché la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;

le suddette comunicazioni, oltre a quelle già effettuate dalla ASL nei mesi scorsi in base alla proiezione dei limiti di spesa dell'anno precedente, dovranno essere effettuate dalla ASL secondo il seguente calendario:

- entro il 10 novembre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 settembre, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 30 novembre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 31 ottobre, e conseguenti proiezioni a finire.

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 verifichi a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione della ASL, 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. 1262/08, 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 verifichi 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 Prosecuzione 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)

- 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.
- Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
- Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - monitoraggio 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;
 - 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;
 - determinazione del valore medio della prestazione differenziata 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 C1	Tipologia C2	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 sett. specializzati, incluso A6 ≤ a 2.000 prestazioni annue	Laboratori generali di base con almeno 3 sett. specializzati, incluso A6 > 2.000 prestazioni annue	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		

- 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; 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)

- A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
- 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.
- 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 31 maggio 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:
 - per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
- 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.
- 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.
- 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 43 04030 15900 000002055086

presso: MONTE DEI PASCHI DI SIENA SA

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: CAMILLA RIVIERA FRANCO E CAMILLA TAVARA
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 (al netto dello sconto), determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
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 l'imparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disegualianza applicative del presente contratto le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, con cadenza bimestrale, su tutti gli adempimenti previsti dal presente contratto 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'intero anno 2014 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 Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 129 del 31/10/2014.

Art. 11

(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.

Salerno, il 11/12/14

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

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

A S L - SALERNO
C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
COMMITTENZA
DIRETTORE

Dot. Federico Pagano

CAMPOLONGO OSPITE
Timbro e firma della struttura privata
84025 MARANO DI BOLI (SA)
C.F. e P. 0180470650

CAMPOLONGO OSPITAL S.p.A.
Timbro e firma della struttura privata
84025 MARANO DI BOLI (SA)
C.F. e P. 0180470650