ALLEGATO D

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi – Macroarea sociosanitaria

Contratto tra la struttura:

Partita IVA:_____Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): _____
con sede legale in_____(Prov:_____; CAP:_____)
Via_____n°_____per la sede operativa sita in _____alla Via_____n._____,
autorizzata all'esercizio ai sensi della DGRC n. 3958/2001 e smi con provvedimento n._____
del_____del Comune di_____, accreditata con il SSR con decreto n._____del _____per erogare prestazioni afferenti la macroarea sociosanitaria quali Hospice, R1/SUAP, Salute Mentale (SIR/Centro Diurno Psichiatrico/SIRMIV e SISEM), Dipendenze patologiche, RSA per adulti non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019), Unità di cure residenziali perpersone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), RSA Unità di cure residenziali estensive R2, Centri Diurni per adulti non autosufficienti e Centri Diurni per demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e Centri Diurni per disabili non autosufficienti, legalmente rappresentato/a dal/la sottoscritto/a_____,
C.F._____come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL 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 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 non si trova in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa;
- che non è pendente nei suoi confronti o della compagine sociale procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui al Libro I, Titolo I, Capo II del D.Lgs. 159/2011; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati all'art. 94, comma 3, del D.Lgs. 36/2023 ;
- che non è stata applicata una sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione e 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. del_/_/202_.
- che non sussistono le cause ostative previste dal D.lgs. 159/2011 e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati all'art. 94, comma 3, del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii. (N.B. la ASL per il tramite degli uffici competenti dovrà procedere nei termini di legge alle verifiche mediante procedura B.D.N.A. di cui all'art.67 del D.lgs 159/2011 (Comunicazione antimafia) e di cui agli artt. 91 e ss del D.lgs. del 159/2011 (Informazione antimafia);

E

L'Azienda Sanitaria Locale_____ con sede in _____Partita

ALLEGATO D

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi – Macroarea sociosanitaria

IVA:_____rappresentata dal Direttore Generale_____, nato a _____il_____, munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n._____del____/_____/_____

PER

regolare i volumi di prestazioni e economici, e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per la Salute Mentale, le Dipendenze patologiche, Hospice, R1/SUAP, RSA per adulti non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA97/2018 e 74/2019), Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), RSA Unità di cure residenziali estensive R2, Centri Diurni per adulti non autosufficienti e Centri Diurniper demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e Centri Diurni per disabili non autosufficienti, da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202_- 31 dicembre 202_, contratto redatto in conformità alla delibera di Giunta Regionale n._del_/_/_.

PREMESSO

- che con delibera di Giunta Regionale n._____del__/__/_____la Regione Campania ha fissato il fabbisognodi prestazioni della macroarea sociosanitaria per l'anno 202_, che rappresenta pertanto la quantità di prestazioni che il SSR può erogare, ferma restando la compatibilità con la disponibilità di risorse finanziarie econ gli equilibri finanziari, e 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)

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per la Salute Mentale,le Dipendenze patologiche, Hospice, R1/SUAP, RSA per adulti non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui aiDCA 97/2018 e 74/2019), Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivie Demenze(R2D), RSA Unità di cure residenziali estensive R2, Centri Diurni per adulti non autosufficienti e Centri Diurniper demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e Centri Diurni per disabili non autosufficienti, che la ASL_____acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202_- 31 dicembre 202_, da parte della sottoscritta strutturaprivata, 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 l'ASL, entro il limite massimo ad essa attribuito, 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 cittadinicon dipendenze patologiche)*

Prestazioni sociosanitarie per adulti e disabili non autosufficienti:

- □ in RSA disabili non autosufficienti (non adeguata ai sensi dei DCA 97/2018 e 74/2019) n._____
- □ Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3 n._____
- □ in RSA adulti non autosufficienti (non adeguata ai sensi dei DCA 97/2018 e 74/2019) n._____
- □ Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3 n._____
- □ in RSA adulti non autosufficienti modulo demenze n._____
- □ in RSA Unità di cure residenziale R2D n._____

- □ in Unità di cure residenziale estensiva R2 n._____
- □ in Hospice n._____
- □ in SUAP n._____

Prestazioni di Salute Mentale:

- □ SIR 1 come SRP1 n._____
- □ SIR 1 come SRP2 n._____
- □ SIR 2 (SRP3) n._____
- □ SIRMIV n._____

Prestazioni di soggetti affetti da dipendenze patologiche:

- □ Pedagogico riabilitative residenziali n._____
- □ Terapeutico riabilitative residenziali n._____
- □ in Servizio Specialistico per Soggetti adulti in Doppia Diagnosi n._____

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

- □ in Centro Diurno per disabili non autosufficienti n._____
- □ in Centro diurno per adulti non autosufficienti n._____
- □ In Centro diurno per demenze n._____
- □ in Centro Diurno psichiatrico n._____
- □ in SISEM n._____
- □ in Centro Diurno terapeutico riabilitativo per soggetti tossicodipendenti n._____

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

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 3 sono valorizzate e vengono remunerate applicando le seguenti tariffe:
   a) Per le prestazioni rese nelle strutture Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3 e Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3 che hanno completato il processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019, nonché per le strutture Centri Diurni per adulti non autosufficienti, Centri diurni per disabili non autosufficienti, Centri Diurni per demenze si applicano le tariffe di cui alla DGRC 526/2025;
   b) Per le prestazioni rese nelle strutture RSA per anziani non autosufficienti, RSA per disabili non autosufficienti, RSA modulo demenze che NON hanno completato il processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019 si applicano le tariffe di cui alla DGRC 531/2021;
   c) Per le prestazioni rese nelle strutture Unità di cure residenziali estensive R2 si applica la tariffa di cui al DCA 74/2019; per le prestazioni rese nelle strutture Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze R2D si applica la tariffa determinata con DCA 97/2018
   d) Per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie rese nelle strutture SIRMIV e SISEMsi applicano le tariffe di cui al DCA 45/2015;
   e) Per le prestazioni rese dalle strutture residenziali di salute mentale SRP1, SRP2, SRP3 si applicano le tariffe di cui alla DGRC 526/2025; per le prestazioni semiresidenziali erogate dalle strutture Centro Diurno psichiatrico, si applicano le tariffe di cui al DCA 11/2018;
   f) Per le prestazioni erogate in favore di malati terminali in strutture denominate Hospice, nonché per le prestazioni rese in strutture denominate R1/SUAP, si applicano le tariffe approvate con la DGRC 526/2025;
   g) Per le prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale per cittadini con dipendenza patologica le tariffe approvate con DCA 76/2017 e 94/2012;

2. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico della ASL, per il periodo 1° gennaio 202_ – 31 dicembre 202_, corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue: (specificare l'importo per ciascun anno, se diverso):
   a) Per le prestazioni 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 casoin 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/Unità di cura Residenziale 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 determinate ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017. 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, 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 dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. 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 rimodulazione di cui al precedente art. 4, comma 3.
4. In sede di liquidazione dei corrispettivi relativi alle prestazioni di Salute Mentale – S.I.R., le ASL competenti dovranno verificare il rispetto della percentuale del 25% dei posti disponibili, così come disposto dal DCA 193/2016 – allegato A – paragrafo "livelli di intensità assistenziale" lettera a) nonché del criterio di un unico accesso per le prestazioni erogate dai centri diurni psichiatrici, sulla base dei requisiti organizzativi previsti alla tabella 5 allegata al DCA 5/2011; nei limiti della Capacità Massima Operativa, è consentito, a consuntivo d'anno e ad invariabilità del volume massimo di prestazioni e del relativo limite di spesa, il ricorso ai limiti prestazionali del setting SRP2 per erogare prestazioni di cui al setting SRP1 per trattamenti disposti con provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. Per quanto riguarda, poi, la possibilità di compensazione fra il budget dell'assistenza ospedaliera e quello dell'assistenza territoriale prevista per il biennio 2018-2019 dal DCA n. 96/2018 e, limitatamente all'esercizio 2020, dalle DGRC n. 621/2020 e n. 93/2021, si conferma che dall'esercizio 2021 in poi tale possibilità non è più consentita;

Art. 6

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi – Macroarea sociosanitaria

(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 compartecipate, 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, accreditata con il SSR, 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 caricoil paziente circa l'andamento del progetto, anche proponendo aggiornamenti o revisioni. La struttura, con riferimento alle prestazioni di cui al precedente art. 3, mantiene registri cronologici con numeri d'ordine progressivi distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti.
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-SIAR-SIND) 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 all'alimentazione del File H e la piattaforma SIGARS secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL;
4. La struttura erogatrice è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, con particolare riferimento agli obblighi di alimentazione dei dati sui sistemi informatici individuati, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con una 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. La valutazione in ordine all'adempiuto obbligo sarà effettuata dall'ASL e dalla SO.RE.SA. S.p.a. tenuto conto dei dati conferiti con il FILE H, i flussi informativi dedicati, il modello STS, con un valore di accettazione di variabilità pari al 10% (utenti-giornate di degenza-prestazioni file H/utenti-ammissioni-giornate di degenza flussi NSIS), con particolare riguardo al conferimento dei dati utili alla misurazione dell'indicatore lea quali l'indicatore denominato D33Z (presa in carico residenziale di utenti ultrasettantacinquenni nei setting R1-R2-R3) ;
5. 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.
6. La struttura erogatrice che beneficia della premialità di cui all'art. 6 della legge regionale n. 18/2022 allega al presente contratto l'atto notorio di autocertificazione attestante l'applicazione, per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta, del CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020, e si impegna ad applicarlo per l'intero periodo di vigenza del contratto, pena la decadenza dal beneficio, accettando le verifiche a consuntivo della ASL previste dal punto 2 dell'Allegato A alla delibera di Giunta Regionale sopra citata.

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 esclusivamente 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 accreditate 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, 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 tuttii 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 delle fatture relative agli acconti di cui al successivo articolo 9;

Art. 9

(Modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la sottoscritta struttura privata fatturerà alla Asl un acconto pari al 95% della produzione mensile, oltre Iva se dovuta.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti mensili acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono.
3. Il saldo mensile, 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. L'ASL, entro trenta giorni prima dei termini di cui al comma 3, al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, comunica 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.
4. 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 C.O.M. in maturazione.
5. A 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.
6. 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 di seguito indicato:
   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.
7. 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.
8. 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 (cheavrà 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.
9. 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 dovutoin 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 esplica efficacia con riferimento al periodo 1° gennaio 2026- 31 dicembre 2026, nonché al periodo 1° gennai o2027 – 31 dicembre 2027;
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 11

(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.

Art. 12

(Norme finali)

1. 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.
2. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere la delibera di Giunta Regionale n. del_/ /_, sopra citata.

Art. 13

(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 al comma 1 (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 alle medesime annualità.

. ..... ,____/ _____

Timbro e firma della ASL_____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

_____ _____

ALLEGATO D

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi – Macroarea sociosanitaria

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed

inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 9, comma 5: ("*A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento diciascuno 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*"); art. 12, comma 1: ("*Per ogni controversia riguardo all'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sedelegale la sottoscritta ASL"*); e l'intero art. 13 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

. ..... ,___/_____202___

Timbro e firma della ASL_____
Il Direttore Generale
_____

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata
_____