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

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 di riabilitazione estensiva territoriale cd ex art. 26 Legge 833/78 in regime_____(*residenziali, e/o semiresidenziali e/o ambulatoriali e domiciliari*) e/o prestazioni di riabilitazione in regime residenziale RD1 estensivo/intensivo di cui alla DGRC 164/2022, 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 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 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 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 /__/___;
- 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);

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

L'Azienda Sanitaria Locale _____con sede in _____Partita IVA: _____rappresentata dal Direttore Generale_____, nato a _____il _/_/__, in forza dei poteri come da DPGRC di nomina n. ___del __/__/____;

PER

regolare i volumi di prestazioni ed economici, e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione, da **erogarsi nel periodo 1° gennaio 202_- 31 dicembre 202_,** con contratto redatto in conformità alla delibera di Giunta Regionale **n.__del** _____

PREMESSO

che con delibera di Giunta Regionale **n.**_____la Regione Campania ha fissato il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, nonché il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione in regime residenziale RD1 intensivo/estensivo di cui alla DGRC 164/2022, 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 e con 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 della riabilitazione residenziale RD1 intensiva/estensiva di cui alla DGRC 164/2022, nonché delle prestazioni ex art. 26 della L. 833/78, comprensivi delle prestazioni che superino i 240 giorni di trattamento da remunerarsi con le tariffe sociosanitarie ai sensi del DCA n. 6/2010 e DGRC 526/2025, che la ASL _____ acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da **erogarsi nel periodo 1° gennaio 202_- 31 dicembre 202_,** da parte della sottoscritta struttura privata, ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni da erogarsi nel corso dell'anno **202_.**

Art. 3
(Quantità delle prestazioni)

1. Il volume di prestazioni riabilitative che la ASL, entro il limite massimo attribuito alla stessa, prevede di dover acquistare annualmente nel periodo **1° gennaio 202_ - 31 dicembre 202_**, dalla sottoscritta struttura privata accreditata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno solare è determinato in: (*specificare l'importo 2026 e quello 2027, se diversi*)
   Per l'anno 202_:
   a) N° _____prestazioni ambulatoriali (di cui almeno il __% dovrà essere dedicato a

soggetti in età evolutiva);

b) N° _____ prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo (di cui almeno il _% dovrà essere dedicato a soggetti in età evolutiva);
c) N° _____prestazioni Domiciliari; le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente;
d) N°_____prestazioni semiresidenziali cd. ex art. 26;
e) N°_____prestazioni in Unità di Cure residenziale RD1 intensiva;
f) N°_____prestazioni in Unità di Cure residenziale RD1 estensiva;

2. il mix di prestazioni potrà essere diverso purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 4 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno solare. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni di riabilitazione domiciliare eventualmente eccedente il 25% del totale delle prestazioni di cui alle lettere a), b) e c) del precedente comma 1, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura.

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: per le prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo, domiciliari e semiresidenziali ex art. 26 L. 833/78 sono applicate le tariffe per la macroarea riabilitazione approvate con DGRC n. 526 del 5/08/2025; per le per le prestazioni residenziali ex art. 26 L. 833/78 sono applicate le tariffe di cui alla DGRC 531 del 30.11.2021; per le prestazioni residenziali e semiresidenziali ex art. 26 L. 833/78 che superano i 240 giorni di degenza per il medesimo paziente, sono applicate le tariffe sociosanitarie approvate con la citata DGRC n. 526/2025, per le prestazioni in Unità di Cure residenziale RD1 estensive ed intensive sono applicate le tariffe di cui alla DGRC 526 del 5/08/2025;
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, ed è fissato come segue: (specificare l'importo 2026 e quello 2027, se diversi):
   Per l'anno 202_:
   a) Per le prestazioni ambulatoriali: euro _____;
   b) Per le prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo: euro _____;
   c) Per le prestazioni domiciliari di riabilitazione: euro _____;
   d) per le prestazioni semi residenziali: euro _____ (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza e secondo quanto previsto dalla DGR n. 482/2004, stimata in euro .....di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
   e) per le prestazioni residenziali: euro _____ (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza e secondo quanto previsto dalla DGR n. 482/2004, stimata in euro ..... di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
   f) per le prestazioni in Unità di cure residenziali RD1 estensive: euro _____;
   g) per le prestazioni in Unità di cure residenziali RD1 intensive: euro _____;

3. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, è consentito che le strutture, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi semiresidenziale e residenziale dovuto ad un sotto utilizzo

del tasso di occupazione, possano utilizzare tale economia, nei limiti del 15% del tetto assegnato per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale/ambulatoriale piccolo gruppo nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura; l'utilizzo di tali economie potrà essere consentito solo in caso di completo esaurimento del tetto assegnato alla struttura per i setting ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo;

4. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma 2, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nel regime ambulatoriale e/o domiciliare, le strutture potranno utilizzare tale economia per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriali piccolo gruppo, residenziali e semiresidenziali, nel rispetto della Capacità Operativa Massiva di ogni struttura, mentre non è consentita la condizione opposta.

5. le strutture dovranno riservare una quota del 2% del tetto ambulatoriale assegnato per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla A.S.L. dove insiste la struttura, esclusivamente in favore dei residenti dell'ASL medesima;
6. 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 di ciascun anno solare: pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo;
7. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto;

Art. 5
(Criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni cui si applica la tariffa per Unità di cura residenziali (RD3) o Centro Diurno sociosanitari, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente/Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture sociosanitarie 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 assorbiti dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate;
3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime non potranno in nessun caso essere remunerate, nemmeno a titolo di indebito arricchimento.

Art. 6
(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)

1. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla completa redazione del progetto riabilitativo individuale (PRI) e autorizzazione da parte dei competenti servizi aziendali;
2. Il progetto riabilitativo individuale è predisposto e monitorato dall'UVBR (Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo) di cui alla DGRC n. 482/2004 o, nei casi previsti da specifici atti regionali, quali la DGRC 164/2022, da altro organismo di valutazione multidimensionale aventi le funzioni di valutazione del bisogno riabilitativo e redazione e monitoraggio di progetto riabilitativo quali, nel caso di assistiti in età evolutiva, i Nuclei territoriali per la neuropsichiatria infantile. I competenti servizi aziendali della ASL sottoscritta autorizzano la erogazione delle prestazioni previste dal PRI, anche per cittadini provenienti da altre ASL, anche in considerazione dell'andamento dell'attività e del consumo di prestazioni nel corso dell'anno, ai fini del rispetto dei tetti prestazionali e di spesa.
3. Nel caso di permanenza del paziente nella sottoscritta struttura erogatrice oltre i 240 giorni come riportato al precedente art. 4 comma 1 per le prestazioni erogate nelle cd strutture ex art. 26, è necessaria valutazione multidimensionale e integrata;
4. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto riabilitativo e dell'autorizzazione, segnalando tempestivamente alla ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione. Analogamente per la conferma della permanenza in struttura e in caso di permanenza oltre i 240 gg, devono essere espletate le procedure di rivalutazione del bisogno. Non sono ammesse proroghe automatiche in assenza di valutazione.

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 PRI, relazionando o riferendo al competente servizio aziendale che ha in carico il paziente circa l'andamento del progetto riabilitativo, anche proponendo aggiornamenti o revisioni del PRI o, in caso di inefficacia del trattamento, le dimissioni del paziente. Essa riferisce anche circa il grado di adesione del paziente al PRI, in particolare comunicando alla ASL che ha in carico il paziente i casi in cui la percentuale di partecipazione al progetto riabilitativo non superi il 90% delle prestazioni previste nel periodo di trattamento previsto dal PRI e che comprometta la possibilità di raggiungere gli obiettivi del PRI, comunicando la dimissione del paziente. L'UVBR o altro organismo di valutazione multidimensionale specificamente individuato dalla ASL può esprimere parere contrario alla dimissione entro e non oltre 7 giorni dalla comunicazione della dimissione;
3. La struttura, con riferimento alle prestazioni di cui al precedente art. 3 lettere a) e b) mantiene registri cronologici con numeri d'ordine progressivi distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti.
4. La struttura comunica bimestralmente al distretto sanitario di appartenenza le proprie liste d'attesa. La Direzione Generale dell'ASL assicura il consolidamento dei dati provenienti dai Distretti Sanitari, elaborando un quadro riepilogativo dei dati raccolti e trasmettendone gli esiti alla Direzione Generale per la salute ed il Coordinamento del SSR con cadenza quadrimestrale per le successive attività di monitoraggio e valutazione.
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 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-RIA-SIAR) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informatici individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del File H e alla piattaforma SIR secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL;

7. 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, e il flusso SIAR, il modello RIA 11, con un valore di accettazione di variabilità pari al 10% (utenti-giornate di degenza-prestazioni file H/utenti-ammissioni-giornate di degenza flussi NSIS);

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;
    c) 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;
    d) Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 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 per le fatture relative al quarto trimestre (ottobre-novembre-dicembre);

4. Il diritto al pagamento dei saldi di cui al comma precedente 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;
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il pagamento delle fatture emesse a saldo in corso d'anno non potrà essere effettuato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento della C.O.M. in maturazione;
6. 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.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, 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.

8. 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;
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo;
10. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:
    - **codice IBAN:**
    - **presso:**
    - **generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto**:

    impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art.10
(Efficacia del contratto)

1. Il presente contratto esplica efficacia con riferimento al periodo 1° gennaio 2026- 31 dicembre

2026, nonché al periodo 1° gennaio 2027- 31 dicembre 2027.

2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo id vigenza dello stesso.

Art.11
(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. 12
(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 di spesa fissati dal presente contratto.

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

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 6: ("*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*"); art. 11, 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 sede legale la sottoscritta ASL"*); e l'intero art. 13 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

…….. , ____/____/_____

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante della struttura privata