



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

DECRETO n. ~~111~~ del ~~6-10-~~ 2016

Rif. punto viii) delibera del Consiglio dei Ministri del 11 dicembre 2015

OGGETTO: Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti al decreto commissariale n. 89 del 8 agosto 2016 riguardo ai laboratori di analisi in corso di aggregazione

PREMESSO:

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con decreto commissariale n. 25/2010 sono stati adottati i Programmi Operativi di cui al summenzionato art. 2, comma 88, della legge n. 191/2009, successivamente aggiornati con decreti commissariali n. 41/2010, n. 45/2011, n. 53/2012, n. 153/2012, n. 24/2013, n. 82/2013, n. 18/2014 e n. 108/2014; mentre i Programmi Operativi 2016 – 2018 sono stati trasmessi per l'approvazione al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e finanze sulla procedura SIVEAS con prot. n. 109-A del 26/7/2016;
- che la legge 23 dicembre 2014, n. 190, all'art. 1, comma 569, ha stabilito che la nomina a Commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento, precisando che tale disposizione si sarebbe applicata alle nomine successive all'entrata in vigore della legge medesima;

A

m 1



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

- che, a seguito delle elezioni amministrative regionali del 31 maggio 2015, il nuovo Presidente della Giunta della Regione Campania si è insediato il 6 luglio 2015;
- che in data 11 dicembre 2015 il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Dott. Joseph Polimeni a Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, affiancandogli in qualità di Sub Commissario unico il Dott. Claudio D'Amario;
- che il nuovo Commissario *ad acta* ed il Sub Commissario unico si sono insediati in data 13 gennaio 2016;
- che fra gli acta della delibera del Consiglio dei Ministri del 11/12/2015, al punto viii) è assegnato il compito di provvedere alla "definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale e con quanto previsto dal punto 7" (adozione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera);
- che, nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario *ad acta* agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro" (Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013);

CONSIDERATO

- che con decreto commissariale n. 89 del 8 agosto 2016 sono stati stabiliti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa da applicarsi per gli esercizi 2016 e 2017 alle strutture private che erogano prestazioni di assistenza sanitaria per assistenza specialistica ambulatoriale ed assistenza ospedaliera in regime di ricovero;
- che con decreto commissariale n. 103 del 30 settembre 2016 sono state apportate parziali modifiche ai relativi schemi contrattuali, per quanto riguarda la cd. clausola di salvaguardia;

CONSIDERATO, altresì,

- che i laboratori di analisi sono interessati dal processo di aggregazione di cui ai DCA n. 109/2013 e s.m.i., in base al quale sono in corso di attuazione le procedure di autorizzazione ed accreditabilità dei nuovi soggetti da parte delle aziende sanitarie;
- che, ferma restando l'applicazione delle disposizioni di cui al DCA n. 89/2016 per le prestazioni già rese nel 2016, è necessario emanare disposizioni applicative volte ad evitare qualsiasi interruzione dell'attività resa dai laboratori in corso di aggregazione, nel passaggio di tale attività ai nuovi soggetti aggregatori; e che a tal fine risulta, inoltre, opportuno definire uno specifico schema contrattuale, che tenga conto della successione dell'Aggregazione nel rapporto di accreditamento, in tempo utile per la sottoscrizione dei contratti entro il termine del 15 ottobre 2016;



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

RITENUTO, pertanto

- di emanare le linee guida e lo schema di contratto 2016 – 2017 per i laboratori di analisi in corso di aggregazione ed i relativi soggetti aggregatori, allegati al presente decreto;
- che ulteriori modifiche ed integrazioni potranno essere emanate dal Commissario ad acta con apposite circolari;

DATO ATTO

- che il presente decreto viene trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e, con successivi atti, potranno essere recepite eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. Di approvare le linee guida e lo schema di contratto 2016 – 2017 per i laboratori di analisi in corso di aggregazione ed i relativi soggetti aggregatori, allegati al presente decreto, fermo restando che ulteriori modifiche ed integrazioni potranno essere emanate dal Commissario ad acta con apposite circolari.
2. Di disporre che il presente decreto sia immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati interessati.
3. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle Aziende Sanitarie Locali, al Capo Dipartimento della Salute, al Direttore Generale per la Tutela della Salute, all'Ufficio Speciale "Servizio Ispettivo Sanitario e Socio Sanitario", al "Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale" ed alla "Segreteria di Giunta" per la pubblicazione sul BURC.

Il Responsabile di P.O.
Avv. ~~Lucio Podda~~

Il Dirigente UOD 14 G.E.F.
Dott. G.F. Ghidelli *Ghidelli*

L'Avv. Lafa Natale
Supporto Tecnico Giuridico
ai sensi del DCA n. 31/2016

Il Direttore Generale per la Tutela della
Salute e il Coordinamento del SSR
Avv. Antonio Postiglione

Il Sub Commissario ad acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Dott. ~~Joseph Polimeni~~

LINEE GUIDA RELATIVE ALLA DISCIPLINA DELLE AGGREGAZIONI LABORATORISTICHE E DISCIPLINA CONTRATTUALE

1. Al fine di non generare soluzioni di continuità nell'erogazione di un pubblico servizio ed in considerazione della natura di soggetti definitivamente accreditati dei laboratori che partecipano alle aggregazioni, si stabilisce che, successivamente alla presentazione della SCIA al Comune ed alla ASL, completa di tutta la documentazione richiesta, il Soggetto Aggregatore inizia ad effettuare prestazioni in luogo dei Soggetti Aggregati, succedendo nel rapporto concessorio, nelle more del completamento del percorso amministrativo (assegnazione del codice NSIS, delibera di accreditabilità, accreditamento regionale).
2. A tale scopo, a seguito del completamento delle presentazioni delle SCIA al/ai Comuni ed alla/e ASL, il Legale Rappresentante del Soggetto Aggregatore, ed i Legali Rappresentanti dei laboratori aggregati, con atto notorio comunicano:
 - a) alla ASL in cui opera il Soggetto Aggregatore,
 - b) alla/e ASL in cui operavano i Soggetti Aggregati e
 - c) alla Regione Campania – Direzione Generale per la Tutela della Salute alla PEC: dg.04@pec.regione.campania.it,
 - d) nonché alla So.Re.Sa. S.p.A. su flussispecialistica@soresa.it,

la data a partire dalla quale hanno avuto inizio le attività in forma aggregata e, conseguentemente, sono cessate le attività in forma individuale, utilizzando il *fac – simile* allegato in formato elettronico (EXCEL). Nell'atto notorio di cui al punto precedente, i singoli Soggetti Aggregati devono dichiarare di avere aderito al Soggetto Aggregatore ivi specificato in via esclusiva e che, pertanto, poiché il rapporto con il Soggetto Aggregatore è incompatibile con l'eventuale insorgere di rapporti con altri soggetti HUB o SPOKE operanti a livello regionale e/o in altre regioni, si impegna a comunicare immediatamente alla ASL ed alla Regione l'eventuale insorgere di tali rapporti.

3. La ASL territorialmente competente, entro tre giorni, acquisita la dichiarazione e vista la documentazione comprovante il deposito della SCIA completa dei requisiti previsti dalla normativa, rilascia il nuovo codice NSIS alfanumerico su delega della Regione, compilato secondo il prospetto seguente:

ASL in cui opera il Soggetto Aggregatore:		da:	a:
ASL Avellino	codice NSIS STS 11 da assegnare al soggetto aggregatore:	AGG000	AGG099
ASL Benevento		AGG100	AGG199
ASL Caserta		AGG200	AGG299
ASL Napoli 1 Centro		AGG300	AGG399
ASL Napoli 2 Nord		AGG400	AGG499
ASL Napoli 3 Sud		AGG500	AGG599
ASL Salerno		AGG600	AGG699

alimentando nello stesso termine di tre giorni nel tracciato record STS11 la data di inizio attività indicata dal Soggetto Aggregatore (a cura della ASL in cui esso opera) e la data di cessazione dei singoli laboratori aggregati (a cura della/e ASL in cui essi operavano). Tali comunicazioni dovranno

essere effettuate da dette ASL anche alla SOGEI – Tessera Sanitaria con le modalità e nei tempi stabiliti dalla specifica normativa.

4. Il Soggetto Aggregatore entro la fine del mese in cui avrà iniziato l'attività avrà l'obbligo di emettere la fattura per le prestazioni rese dalla data di attivazione e così pure nei mesi seguenti, ferma restando la scadenza a 60 giorni per il pagamento della fattura così come previsto dalla normativa vigente. Entro il decimo giorno del mese successivo avrà, inoltre, l'obbligo di invio dei flussi informativi alla ASL in cui opera (FILE C e SANIARP) ed alla SOGEI – Tessera Sanitaria, nel rispetto delle scadenze e delle modalità di trasmissione previste dalle specifiche normative.
5. Entro il secondo mese successivo a quello in cui è iniziata l'attività in forma aggregata, la ASL dovrà adottare e trasmettere alla Direzione Generale per la Tutela della Salute alla PEC: dg.04@pec.regione.campania.it la delibera di accreditabilità dell'Aggregazione, accertando il possesso delle condizioni e dei requisiti di accreditabilità a partire dalla data di inizio attività dichiarata dall'Aggregazione. Nella delibera di accreditabilità dovrà essere chiaramente identificata la composizione dell'Aggregazione, specificando – oltre alle consuete indicazioni anagrafiche - il codice NSIS attribuito al Soggetto Aggregatore ed i codici NSIS di tutti i soggetti aggregati.
6. La Regione entro 60 giorni effettua le verifiche sui titoli e rilascia il decreto di accreditamento con efficacia decorrente dalla data di inizio attività, così come asseverata nella delibera di accreditabilità.
7. Entro il 15 ottobre 2016 i singoli laboratori ed il Soggetto Aggregatore devono sottoscrivere il contratto ex 8 quinquies 2016 – 2017, in base allo specifico schema di contratto allegato.
8. Conseguentemente le AA.SS.LL. potranno provvedere al pagamento delle prestazioni rese dai singoli laboratori fino alla data di aggregazione, e del Soggetto Aggregatore dalla data di inizio di attività, nel rispetto delle norme contrattuali.

A handwritten signature consisting of a large, stylized loop followed by the initials 'M' and a superscript '2'.

Contratto ex art. 8 quinquies Dlgs 502/92 e s.m.i.

Contratto TRA

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
rappresentata dal Direttore Generale, nato a il
....., munito dei necessari poteri come da _____ di nomina n. ____ del
_____.

E

il Laboratorio di Analisi

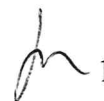
denominato Cod. NSIS _____
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o
della Regione che redige il presente atto;
il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi
dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;
- 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 __/__/____ (ovvero: di essere consapevole che la regolarità di tali versamenti, come attestata dal DURC che l'ASL richiederà periodicamente agli Enti preposti, è condizione indispensabile per ottenere il pagamento delle prestazioni oggetto del presente contratto).

E

il Soggetto Aggregatore

denominato Cod. NSIS _____
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
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:

 1

Contratto ex art. 8 quinquies Dlgs 502/92 e s.m.i.

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;
- 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 ___/___/___ (ovvero: di essere consapevole che la regolarità di tali versamenti, come attestata dal DURC che l'ASL richiederà periodicamente agli Enti preposti, è condizione indispensabile per ottenere il pagamento delle prestazioni oggetto del presente contratto).

PER

regolare per gli esercizi 2016 e 2017 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di Patologia Clinica, 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 8/8/2016, parzialmente modificato dal DCA n. 103 del 30/9/2016, nonché dal DCA n. ____ del ___/10/2016.

PREMESSO

- che con decreto n. 89 del 8/8/2016, il Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro, tra l'altro, ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale, da erogare nell'anno 2016, nonché per l'anno 2017, riferite alle branche di :

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

ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali;

- che con decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 109 del 19 novembre 2013 e s.m.i. è stato approvato il "*Piano di Riassetto della Rete Laboratoristica Privata*" e sono state definite le procedure per la realizzazione del Piano medesimo;
- che, in conformità al richiamato DCA n. 109/2013 e s.m.i., è stato costituito il Soggetto Aggregatore



Contratto ex art. 8 quinquies Dlgs 502/92 e s.m.i.

P. IVA: C.F. (se diverso dalla Partita IVA):, che aggrega i seguenti Laboratori di Analisi, operanti nell'ambito della sottoscritta ASL:

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

nonché i seguenti Laboratori di Analisi, operanti nell'ambito di altre ASL della Campania:

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Cod. NSIS _____ : con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

- che il Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario con circolare prot. n. ____ del __/__/____ ha stabilito le modifiche allo schema di contratto

Contratto ex art. 8 quinquies Dlgs 502/92 e s.m.i.

approvato dal DCA n. 89/2016 per le prestazioni di Patologia Clinica, nel caso in cui è in corso l'aggregazione del soggetto che deve sottoscrivere il contratto per le prestazioni rese a decorrere dal 1° gennaio 2016 in un nuovo soggetto, costituito ai sensi e per le finalità del DCA 109/2013 e s.m.i.;

- che, pertanto, il presente contratto viene sottoscritto congiuntamente dal Laboratorio di Analisi _____ e dal nuovo Soggetto Aggregatore _____, con le seguenti fondamentali precisazioni:
- 1) Ancorché sottoscritto da una pluralità di soggetti, il presente contratto disciplina il rapporto individuale tra i singoli soggetti e la sottoscritta ASL, senza costituire alcun vincolo di solidarietà e/o di coobbligazione tra i singoli soggetti privati firmatari.
 - 2) Per il motivo di cui al punto precedente, si dà atto che i sopra citati Laboratori di Analisi operanti nell'ambito di altre ASL sono tenuti a sottoscrivere con l'ASL di appartenenza l'ordinario schema individuale di contratto approvato dal DCA 89/2016 per le prestazioni rese a decorrere dal 1° gennaio 2016.
 - 3) La sottoscrizione del presente contratto da parte del Soggetto Aggregatore e del preesistente Laboratorio di Analisi, soddisfatti gli altri requisiti richiesti dalla normativa vigente, consentirà alla sottoscritta ASL di acquistare dal medesimo Soggetto Aggregatore le prestazioni di Patologia Clinica rese dalla nuova struttura, applicando i limiti di spesa 2016 e 2017 con le modalità e i criteri stabiliti dal presente contratto in continuità con il periodo che va dal 1° gennaio 2016 alla data in cui l'attività del sottoscritto Laboratorio di Analisi risulterà cessata e confluita in quella del sottoscritto Soggetto Aggregatore.
 - 4) Ai fini della applicazione delle limitazioni agli incrementi del numero, del valore e del valore medio delle prestazioni, stabiliti dall'art. 8 del presente contratto, la base di riferimento per le prestazioni rese dal nuovo Soggetto Aggregatore è costituita dalla somma dei dati 2015 di attività dei soggetti in esso confluiti (compresi quelli operanti in altre ASL).
 - 5) Il Commissario ad acta si riserva di apportare modifiche alla ripartizione dei limiti di spesa 2016 – 2017 tra le diverse ASL, fermo restando il totale complessivo definito dal DCA n. 89/2016 per le prestazioni di Patologia Clinica, quando sarà definito il quadro delle confluenze nei nuovi Soggetti Aggregatori dei Laboratori di Analisi precedentemente operanti in ASL diverse da quella in cui opera il nuovo soggetto.

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 Patologia Clinica, da erogarsi nell'anno 2016, nonché per l'anno 2017, da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

Contratto ex art. 8 quinquies Dlgs 502/92 e s.m.i.

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2016, nonché a n. _____ prestazioni per l'anno 2017.
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2016, nonché a n. _____ prestazioni per l'anno 2017.
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2016, nonché a n. _____ prestazioni per l'anno 2017.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2016, nonché a n. _____ prestazioni per l'anno 2017, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2016, nonché per l'anno 2017, relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica, determinato per l'anno 2016, nonché per l'anno 2017, all'art. 3, comma 4, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del 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;ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica da acquistare per l'anno 2016, nonché per l'anno 2017, per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2016, nonché per l'anno 2017, per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2016, nonché per l'anno 2017, per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per



Contratto ex art. 8 quinquies Dlgs 502/92 e s.m.i.

l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.

5. 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 ai precedenti commi 3 e/o 4 sia utilizzato per compensare superamenti del limite di cui al precedente comma 2; mentre eventuali superamenti del limite di cui al precedente comma 3 possono essere compensati dall'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 2 e/o 4;
6. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio delle prestazioni per la branca di Patologia Clinica, 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 2015 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, lettera a), ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. La ASL comunicherà OGNI MESE a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
 - 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



Contratto ex art. 8 quinquies Dlgs 502/92 e s.m.i.

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. 5 bis

(applicazione dei limiti di spesa 2017 in corso d'anno)

6. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i mesi dell'anno solare, per l'esercizio 2017 la regressione tariffaria di cui al precedente art. 5, comma 4, lettera a), sarà applicata in via trimestrale, ripartendo il limite di spesa 2017 in undicesimi, per tenere conto del minor fabbisogno che, generalmente, si registra nel periodo estivo. La regressione tariffaria sarà, quindi, applicata in sede di liquidazione dei saldi trimestrali di cui all'art. 7, comma 2, in base all'eccedenza sul tetto di branca commisurato a
 - 3/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 marzo 2017;
 - 6/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 giugno 2017;
 - 8/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 settembre 2017, in modo da tenere conto del minore fabbisogno estivo;
 - 11/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 dicembre 2017.
7. Gli sfioramenti del limite trimestrale progressivo di cui al comma precedente, qualora contenuti nella misura massima del 10%, di 3/11 del tetto annuo di branca, potranno essere remunerati soltanto per la parte che dovesse essere recuperata nel trimestre immediatamente successivo e, comunque, entro il 31 dicembre 2017. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima non saranno remunerate. A tal fine, la sottoscritta struttura privata potrà emettere le note di credito infrannuali di cui all'art. 7, comma 5, limitatamente al fatturato da considerarsi definitivamente abbattuto ai sensi del presente articolo.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)



Contratto ex art. 8 quinquies Dlgs 502/92 e s.m.i.

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. __ membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ 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 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 A1e A2	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, escluso A6	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, incluso A6	Laboratori specializzati

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.
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.Arp. 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



Contratto ex art. 8 quinquies Dlgs 502/92 e s.m.i.

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).
2. 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.
3. 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.
4. 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: _____;

presso: _____,

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____

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



Contratto ex art. 8 quinquies Dlgs 502/92 e s.m.i.

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 6 dell'art.4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
 - di superare di oltre il 30% nel 2016 e/o nel 2017 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 diseguaglianze 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 agli esercizi 2016 e 2017 e sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10

(norme finali)



Contratto ex art. 8 quinquies Dlgs 502/92 e s.m.i.

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 8/8/2016, parzialmente modificato dal DCA n. 103 del 30/9/2016, nonché dal DCA n. ____ del __/10/2016.

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.

..... , ____ / _____ 2016

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma dei Legali Rappresentanti delle strutture private:
Il Laboratorio di Analisi Il Soggetto Aggregatore

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

Timbro e firma dei Legali Rappresentanti delle strutture private:
Il Laboratorio di Analisi Il Soggetto Aggregatore



