

Art. 5 (criteri di remunerazione delle prestazioni)

- Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, pro tempore vigente, fatti salvi eventuali successivi adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4. 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.
- In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa annuale al netto della compartecipazione dell'utente costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate dalla ASL in ciascun esercizio, 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 del volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni (e, quindi, di spesa lorda) maggiori di quelli previsti.
- 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 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.
- Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.
- La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse, a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia in data non anteriore alla loro prenotazione.

Art. 6 (Tavolo Tecnico)

- Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. 24 membri di cui n. 19 designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. 5 membri nominati dalla ASL. Al Tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019)
- Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
- Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art. 4;
 - esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
- 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.
- Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disequivalenze applicative del presente contratto, le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente contratto, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.

Art. 7 (documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

- La sottoscritta struttura privata si impegna a documentare l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 8, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 8 e dovrà essere accompagnata dall' "attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011", comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.
- A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% della produzione mensile liquidabile entro il limite di spesa di cui al precedente art. 4, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero.
- Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a luglio; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato, da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore della struttura privata, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime. Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate a partire dal 1° giugno 2025 deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 5.
- Entro il 30 giugno dell'anno successivo, previo accertamento del consuntivo regionale di tutte le branche della specialistica ambulatoriale, l'ASL liquiderà l'eventuale eccedenza facoltativa, fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) sul limite di spesa netta di cui al precedente comma 1, riconoscibile in parziale regressione tariffaria nella misura di almeno il 30% (trenta per cento), secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023 sopra citata.
- Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, non sarà liquidato e dovrà essere stornato da apposite note di credito, salvo conguaglio in sede di saldo annuale.
- 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.
- Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di

mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:

- per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
- La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
 - Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
 - Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, 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:

IBAN: IT 780837801520100000323179

presso: Banca Campania Centro - Fil. Salerno generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: Verrengia Domenico impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8 (debito informativo e CUP regionale)

- La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - ad entrare ed operare con continuità 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.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
 - ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;
 - ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
- La sottoscritta struttura privata è tenuta a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali - in sola visibilità - per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative ai follow-up.
- La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
- Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
- La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con 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.

Art. 9 (fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

- Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, la sottoscritta struttura privata si impegna ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
- L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
- Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente contratto, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare la sottoscritta struttura privata "Responsabile del Trattamento" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
- La sottoscritta struttura privata, in qualità di "Responsabile del Trattamento" si impegna a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 10 (precisazione in ordine al valore giuridico dell'Ordine Elettronico)

- 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

Contratto TRA

La struttura privata **KIROCENTER - S.R.L.** (cod. NSIS **011100**) Partita IVA: **00752040659**, p.e.c. **kirocenter@pec.tuttopec.it** con sede legale in **SALERNO** (Prov: **SA**; CAP: **84127**) – **Via Domenico Vietri, 5** e sede operativa in **SALERNO** (Prov: **SA**; C.A.P.: **84127**) **Via Domenico Vietri, 5**, accreditata con D.C.A. n. **142** del **31/10/2014** –
Branca/disciplina di accreditamento: rappresentato/a dal/la sottoscritto/a **VERRENGIA DOMENICO**, 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 rappresentante legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure - copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- 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 (*oppure: si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di concordato con continuità aziendale*);
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 6 del D.Lgs. n. 159/2011, che non sussistono le cause ostative previste artt. 67 e 84, comma 4, del D.Lgs. n. 159/2011, e più in generale le cause di esclusione previste dall'art. 80 comma 1 e 2 del D.Lgs. 50/2016;
- 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. (INPS o INAIL) n. **49858974** del **07/07/2025** (data richiesta indicata nel DURC) ex art. 80, comma 4, del D.Lgs. n. 50/2016.

E

PER

PREMESSO

che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori; delibera poi approvata con n. 175 del 02/04/2025;

che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. 1610 del 30/10/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT);

- che il presente contratto si uniforma ai nuovi schemi dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, approvati dalla richiamata DGRC n. 175 del 02/04/2025;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2 (oggetto)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa, nonché la *conferma/modifica* del limite di spesa 2024.

Art. 3 (quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 01/01/2025 – 31/12/2025 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. **16.110** (prestazioni); mentre per l'esercizio 2024, in via definitiva, il suddetto volume massimo è fissato in **16.411** prestazioni.

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

Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:

a) in via provvisoria, in € **315.407,28** per l'anno **2025** e, in via definitiva, in € **321.309,61** per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti;

b) in via provvisoria, in € **285.762,73** per l'anno **2025** e, in via definitiva, in € **291.110,32** per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.).

Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 99% al 30 novembre dello stesso anno; 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 limite.

3. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno solare, i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati dovranno essere applicati dalla sottoscritta struttura privata ripartendoli in dodicesimi su base mensile. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo delle prestazioni rese in corso d'anno solare, con una oscillazione mensile non superiore al 30% del tetto mensile, nei limiti della capacità produttiva massima della struttura, e con obbligo di recuperare lo sfioramento entro i tre mesi successivi e, comunque, entro il 31 dicembre dello stesso anno. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima mensile non saranno remunerate.

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 caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il 31 dicembre dello stesso anno.

5. Il limite di spesa lorda e netta, fissato per il 2025 nel precedente comma 1, in applicazione del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023, potrà essere utilizzato per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore al 1,00% (UNO per cento). Tale limite è inderogabile; al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tale limite potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.

Art. 11 (efficacia del contratto e norme finali)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, nonché all'esercizio 2024, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.

2. Il presente contratto sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto 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.

4. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere le delibere richiamate in premessa.

Art. 12 (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 alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto.

11 SALERNO, 27 NOV 2013

Timbro e firma della ASL Salerno
Il Direttore Generale

TIROCCO S.p.A.
 Timbro e firma del legale rappresentante
 della ditta soprafirmata
Via Domenico Vico 80121 SALERNO
~~Tel. 0964 753600 - 0964 753795~~
 Partita IVA 00752040650

Delegato alla firma **Daniela Mela**
Direttore U.O.C. Assistenza Accreditata
Ex Daburina n. 53 del 1999
U.O.C. Assistenza Accreditata
Tettole di via **Monte Mela**

Tutte le clausole del presente contratto sono state lette e formate, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1344 del CC, le clausole di cui all'art. 11, comma 3. La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2023, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema QP Sinfonia in data non anteriore alla loro predanzione; all'art. 7, comma 6 (l'Ani di regolarità contabile, la liquidazione ed i pagamenti di ciascuno dei soldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/s) nota/e di credito); all'art. 11, comma 3 "Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità ed efficacia del presente contratto è di competenza esclusiva del giudice ordinario/amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressiva esclusione del ricorso ai tribunali di cui alle controversie contenute in esenzioni alle sottoscrizioni tra le parti", e l'intero art. 12 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto, che si ripete per espressiva accettazione.

*Art. 12 (Clausula 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 con altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.

2. la considerazione dell'acquasazione 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/imputazioni già intraprese ovvero i predetti provvedimenti ovvero ai criteri di instaurabili controlli provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporali retroattivi alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto.

Timbro e firma della ASL Salerno
Il Direttore Generale

KIROCCUTER s.r.l.
 Timbro e firma del Legale Rappresentante
Via Domenico Vietri - 84121 SALERNO
 Tel. 089 753680 - 089 753735
 Partita IVA 00752040815

Delegata alla firma Dott.ssa E. Mele
Direttore U.O.C. Assistenza Accreditata
Ex Delibera n. 523 del 09/04/2015

Il Direttore
U.O.C. Assistenza Accreditata
Dott.ssa Ernesta Mele

