

Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024
(Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)

**Schema di Protocollo di intesa tra l'Associazione _____
per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle
prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di DIALISI, da
erogarsi per l'anno 2025 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di
spesa, e _____ (conferma / modifica) anno 2024.**

E

L'Azienda Sanitaria Locale -----_Partita IVA: ----- Codice Fiscale-----
----- (se diverso dalla Partita IVA): rappresentata dal Commissario Straordinario -----
-----, nato a ----- (-- il --/--/-----, munito dei necessari poteri come da _____
di nomina n. ----- del ---/-- /-----:

PER

regolare i volumi massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica
ambulatoriale - branca di EMODIALISI AMBULATORIALE - per l'anno 2025, in via provvisoria,
e per _____ (specificare: confermare / modificare) il limite di spesa 2024.

PREMESSO

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di dialisi ambulatoriale 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. ____ del __/__/2025;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. ____ del __/__/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 dialisi ambulatoriale;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi contrattuali, approvati dalla richiamata DGRC n. ____ del __/__/2025;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2
(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE da erogarsi da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025 ed i correlati limiti di spesa, nonché la _____ (specificare: conferma / modifica) del limite di spesa 2024.

Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024
(Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)

Art. 3
(quantità delle prestazioni)

2. Il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. (prestazioni); mentre per l'esercizio 2024 si _____ (*si conferma, oppure, si modifica*) il volume di prestazioni già previsto ai sensi della DGRC n. 800/2023 (*in caso di modifica: stabilendolo in n. prestazioni*).

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato, in via provvisoria, in € _____ per l'anno 2025 e _____ (*specificare: confermato / modificato*) in € _____ per l'esercizio 2024.
2. Il limite di spesa fissato al comma precedente potrà essere utilizzato da ciascuna struttura privata accreditata per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore all'1% (uno per cento), fatta salva la eventuale maggiore percentuale risultante dalla applicazione in singoli casi del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023.

Art. 5
(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. 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, approvato dalla DGRC n. 660/2024 e s.m.i., applicando a ciascuna struttura la soglia massima annua di fatturazione del numero delle prestazioni di dialisi convettive con codice 39.95.5 e 39.95.7, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare (elevata dal 20% al 25% dalla DGRC n. 189/2023); le prestazioni di dialisi convettive con codice 39.95.5 e 39.95.7, eccedenti detta soglia, nonché tutte le altre prestazioni di dialisi o emofiltrazione (nei casi in cui siano appropriate e la struttura ne abbia i requisiti) saranno remunerate in misura non superiore alla tariffa della dialisi non convettiva con codice 39.95.4. Per l'esercizio 2024 si conferma la regolamentazione stabilita nell'art. 5, comma 1, del contratto provvisorio ex DGRC n. 800/2023.
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 protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento del limite di spesa indicato al precedente art. 4.
3. Le parti si danno atto che eventuali superamenti del limite di spesa di cui al precedente art. 4 potranno essere remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di apposito accordo integrativo tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, applicando le stesse condizioni e modalità stabilite per l'esercizio 2024 dalla DGRC n. 800/2023, citata in premessa.

Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024
(Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)

4. La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, 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)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico tra le Associazioni di categoria e l'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).
2. Al tavolo tecnico 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 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 del limite di spesa definito 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.
3. 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.
4. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguglianze applicative del presente protocollo, 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 protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.

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

1. Le strutture private accreditate documentano 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.
2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla struttura privata un acconto mensile pari all'85% 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

Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024
(Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)

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. Costituisce, inoltre, motivo di decurtazione e non liquidabilità delle prestazioni:

- a) il mancato rispetto del “*Percorso diagnostico terapeutico per la definizione dei Criteri di Immissione di pazienti in IRC V stadio (naive) in terapia emodialitica cronica*”, approvato dal DCA n. 89/2016;
 - b) il superamento del limite del 15% delle prestazioni supplementari.
3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a 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 giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a 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 4.**
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
5. 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.
6. 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.
7. 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

Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)

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.

8. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, le strutture private indicheranno il conto corrente bancario loro intestato, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del contratto, e si impegneranno a comunicare tempestivamente eventuali modifiche, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante.

Art. 8 (debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
 - a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **IN**FOrmativo saNità Campan**IA** 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;
 - b) 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;
 - c) 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.;
 - d) 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.
2. La sottoscritta Associazione prende atto che le strutture private sono tenute 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; sono tenute, 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.
3. 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.

Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)

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.

4. 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.
5. Le strutture private accreditate sono responsabili 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)

1. 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, le strutture sanitarie private sono impegnate 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.
2. 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.
3. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente protocollo, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare ciascuna 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.
4. Le strutture private accreditate, in qualità di "*Responsabili del Trattamento*", sono impegnate 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)

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

Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024
(Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)

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 dalle strutture private ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dai relativi contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva, nonché agli abbattimenti del fatturato liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dai medesimi contratti (regressioni tariffarie e/o altre decurtazioni).

Art. 11
(efficacia e norme finali)

1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, nonché all'esercizio 2024, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente protocollo 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 protocollo 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 Associazione dichiara espressamente di conoscere le delibere richiamate in premessa.

Art. 12
(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione 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 protocollo 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 protocollo, la sottoscritta Associazione 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 accordo.

li, ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024
(Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)

Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui: all'art. 5, comma 4: *“La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, 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”*; all'art. 7, comma 4: *“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*, l'art. 11, comma 3: *“Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo 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”* e l'intero art. 12 (Clausola di salvaguardia) del presente protocollo, che si ripete per espressa accettazione:

“Art. 12

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione 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 protocollo 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 protocollo, la sottoscritta Associazione 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 accordo”.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione