

REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale Bari
DIREZIONE GENERALE
Lungomare Starita n. 6 - 70123 - Bari

Contratto per la erogazione ed acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte di Professionisti e Strutture Sanitarie Private in regime di accreditamento istituzionale per l'intero anno 2024

TRA

L'Azienda Sanitaria Locale Bari, con sede legale in Bari a Lungomare Starita n 6, rappresentata dal **Direttore Generale F.F. Avv. Luigi Fruscio** che opera per sé ed in nome e per conto delle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia, di seguito denominata anche Committente,

E

L'Azienda Individuale/la Società/l'Associazione tra Professionisti medici e non medici **CENTRO MEDICO FISIATRICO S.R.L. C.F. / P. IVA 04336910726** - codice regionale **676093** rappresentato legalmente o per delega da _____ con sede dell'ambulatorio specialistico sito in **CORATO** istituzionalmente accreditato per la erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali nella branca specialistica di **Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) - giusta D.D. n. ____ del _____, ovvero per effetto delle prescrizioni richiamate dall'art. 12 della L.R. n. 4/2010**, di seguito indicato come "Erogatore", dichiara – consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., – di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportino l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente.

RICHIAMATI

- l'art. 8 quater, l'art.8 - quinquies e l'art. 8 - sexies del Decreto Legislativo (D.Lgs) n. 502/1992 e successive modificazioni;
- l'art. 6, commi 5 e 6 della Legge (L.) 23.12.1994, n. 724;
- l'art. 2, comma 8 della L. 28.12.1995, n. 549;
- l'art. 1, comma 32 della L. 23.12.1996, n. 662;
- l'art. 32, comma 8 della L. 27.12.1997, n. 449;
- l'art.72, comma 1 della L. 23.12.1998, n. 448;
- la L. 16.11.2001, n. 405;
- la L. 06.08.2008 n. 133;
- l'art. 11 della Legge Regionale (L.R.) n. 32 del 05.12.2001;
- l'art. 30 comma V della L.R. n. 4 del 07.03.2003;
- l'art. 1, comma 171, L. 30.12.2004, n. 311;
- art. 17 comma 1 della L.R. n. 14 del 04.08.2004;
- l'art. 18 della L.R. 09.08.2006, n. 26;
- l'art 16 della L.R. 02.07.2008, n.19;
- l'art. 3 della L.R. 24.09.2010, n.12;
- il Decreto Legge (D.L.) 06.07.2012, n. 95;
- la L. 07.08.2012, n. 135;
- il D.Lgs 09.11.2012, n. 192;

- la L.R. 09.02.2011, n. 2;
- la Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 1392 del 05.10.2001;
- la DGR n. 2087 del 27.12.2001;
- la DGR n. 1073 del 16.07.2002;
- la DGR n. 1326 del 04.09.2003;
- la DGR n. 1366 del 03.09.2004;
- la DGR n. 1794 del 30.11.2004;
- la DGR n. 1621 del 30.10.2006;
- la DGR n. 1400 del 03.08.2007;
- la DGR n. 95 del 31.01.2008;
- la DGR n. 1494 del 04.08.2009;
- la DGR n. 2671 del 28.12.2009;
- la DGR n. 1500 del 25.06.2010;
- la DGR n. 2866 del 20.12.2010;
- la DGR n. 2990 del 29.12.2011;
- la DGR n. 240 del 18/02/2013;
- la DGR n. 951 del 13/05/2013 e ss.mm.ii.;
- la DGR n. 1304 del 09/07/2013;
- la DGR n. 2089 del 30/11/2015;
- la DGR n. 483 del 28/03/2017;
- la L.R. n. 9 del 02/05/2017 e ss.mm.ii.;
- l'art. 53 comma 16-ter del D.Lgs. n. 165 del 30.03.2001;
- la DGR n. 350 del 08/03/2021;
- nota ASL BA prot. n. 158287 del 20/12/2021;
- la Circolare Regione Puglia prot. AOO_183 n. 855 del 20.01.2022;
- la Circolare Regione Puglia prot. AOO_183 n. 7075 del 12.05.2022;
- la DGR n. 1946 del 22/12/2022;
- la nota Regione Puglia prot. AOO_183 n. 7724 del 17/05/2023;
- la nota Regione Puglia prot. AOO_183 n. 8949 del 14/06/2023;
- la DGR n. 1924 del 21/12/2023.

IN APPLICAZIONE

della disciplina legislativa e regolamentare definita con la normativa in premessa richiamata, nonché dei criteri e modalità definiti dalla Regione Puglia in particolare in materia di erogazione ed acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali con spesa da porre a carico del SSR, tenuto conto del limite di spesa per ciascuna branca specialistica stabilita dalle leggi e disposizioni regionali e della verifica delle dichiarazioni contenute nelle griglie di cui alla DGR n. 1946 del 22/12/2022;

SI STIPULA

il presente contratto, con validità per l'anno **2024**, che è destinato a regolamentare la produzione, da parte dell'Erogatore, di prestazioni specialistiche ambulatoriali in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del bilancio dell'ASL e del SSR.

ART.1**Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione
per prestazioni erogate verso residenti della Puglia**

1. Preso atto della **Deliberazione del Direttore Generale F.F. n. 1110 del 31/05/2024** con la quale la Asl Bari ha determinato il limite di spesa Aziendale per l'acquisto di prestazioni sanitarie da strutture private accreditate, il Committente si impegna, con le modalità ed i criteri previsti dalla Giunta Regionale, così come in premessa richiamati, ad acquistare dall'Erogatore, un volume di prestazioni distinte per ogni singola tipologia, in favore dei residenti della Regione Puglia, che s'intende al netto della quota ticket ed al lordo della quota ricetta, così come di seguito riportato :

CODICE	TIPOLOGIA ELETTROMIOGRAFIA
93081	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]
93082	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA
93083	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA
93091	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA
93092	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA
BUDGET ASSEGNATO ALLA TIPOLOGIA ELETTROMIOGRAFIA	
	€ 11.444,32

CODICE	TIPOLOGIA MEDICINA FISICA RIABILITATIVA
897	VISITA GENERALE
8901	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
9315	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE
9316	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI
9322	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO
9326	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI
9383	TERAPIA OCCUPAZIONALE
93081	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]
93082	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA
93083	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA
93091	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA
93092	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA
93111	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE STRUMENTALE COMPLESSA
93112	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE
93113	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA
93114	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE
93115	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO
93181	ESERCIZI RESPIRATORI
93182	ESERCIZI RESPIRATORI
93191	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI
93192	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI
93352	IRRADIAZIONE INFRAROSSA
93392	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO
93397	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI
93398	MAGNETOTERAPIA
BUDGET ASSEGNATO ALLA TIPOLOGIA MEDICINA FISICA RIABILITATIVA	
	€ 274.663,58

TOTALE BUDGET	
	€ 286.107,90

L' Erogatore:

- a) potrà erogare prestazioni di branca con codici diversi da quelli commissionati per un volume finanziario che non superi il 10% del budget complessivo assegnato per l'anno **2024**, fermo restando i limiti del budget di remunerazione contrattualizzato. L'importo delle prestazioni con codici diversi da quelli commissionati dovrà essere decurtato dal sub-budget di riferimento delle stesse;
- b) dovrà erogare le prestazioni della tipologia Elettromiografia per un minimo del volume finanziario indicato al sub-budget dedicato, ove contrattualizzato. A esaurimento dello stesso, potrà continuare l'erogazione attribuendone l'importo alla tipologia Medicina Fisica Riabilitativa, fermo restando i limiti del budget complessivo e invalicabile di remunerazione assegnato.

La ASL:

- a) procederà alla remunerazione delle prestazioni erogate nel rispetto dei sub-budget assegnati e delle prestazioni erogate nel rispetto dei parametri dei precedenti punti a) e b), che s'intendono al netto della quota ticket;
 - b) non ammetterà alle procedure di liquidazione le prestazioni erogate al di fuori di quanto sopra rappresentato, nonché le prestazioni erogate oltre il limite del budget complessivo e invalicabile di remunerazione assegnato alla Struttura Erogante per l'anno **2024**.
2. L'importo di **€ 286.107,90**, costituisce il limite onnicomprensivo ed invalicabile di remunerazione per l'anno corrente a carico del SSR, riferito alle prestazioni da erogarsi in favore di residenti della Regione Puglia, da ripartirsi in dodicesimi, con quota mensile pari ad **€ 23.842,33**, con la possibilità di scorrimento tra le singole tipologie, nella misura massima del 10% ed in ragione di espresse richieste da parte della ASL committente per mutate esigenze assistenziali.
3. A norma dell'art. 3 della L.R. 24.09.2010 n. 12 e della L.R. 09.02.2011 n. 2, nessuna remunerazione sarà dovuta per le prestazioni specialistiche eccedenti il tetto di spesa annuale contrattualizzato di cui ai commi 1 e 2.

ART. 2

Modalità Organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni, Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini

1. L'Erogatore si impegna:
 - a) a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e la utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso per dodicesimi;
 - b) ad adeguare la propria produzione mensile con oscillazioni ragionevoli (massimo 15%), con l'obbligo di recuperare la maggiore o minore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nell'ambito del quadrimestre di riferimento, che convenzionalmente s'intende: 1) Gennaio-Aprile; 2) Maggio-Agosto; 3) Settembre-Dicembre;
 - c) a non richiedere la remunerazione di prestazioni erogate al di fuori del volume finanziario di attività effettuato secondo il meccanismo di compensazione di cui al precedente punto b);
 - d) ad osservare le prescrizioni di cui ai punti a) e b), al fine di non incorrere nella sanzione, rispettivamente del 5% in meno, per ogni mensilità non garantita, nonché in aggiunta, la sanzione dell'1%, in caso di mancato rispetto del volume economico delle prestazioni riferite al quadrimestre. Le sanzioni nella misura del 5% e dell'1% sono da calcolarsi sull'imponibile del tetto annuale dell'anno di riferimento in cui si è verificata l'infrazione e comunque da scontarsi sul tetto assegnato per l'anno successivo; giusta DGR n. 1946/2022 e nota Regione Puglia prot. AOO_183 n. 7724 del 17/05/2023, in caso di scostamento nella misura superiore al 10% dei valori economici da garantire nell'arco di un quadrimestre, la sanzione contrattuale da applicarsi è pari all'1% del quadrimestre di riferimento;
 - e) al rispetto dell'invio dei flussi informativi, secondo modalità e tempi stabiliti dalle norme nazionali, regionali e dalle correlate disposizioni attuative e ad osservare le

modalità tecniche stabilite dalla Regione e dall'ASL per il collegamento tra il proprio sistema informativo ed il sistema informativo regionale e quello aziendale, nonché ad osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e dall'ASL per il collegamento con il CUP Aziendale e/o con il sistema CUP regionale ai fini della riduzione delle liste e dei tempi di attesa e loro monitoraggio;

- f) a concordare con l'Azienda le varie agende di prenotazione e ad attenersi alle modalità di apertura delle stesse nel rispetto delle percentuali vincolanti indicate dall'Azienda senza alcuna distinzione tra pazienti utenti esenti e non esenti. L'Azienda ASL espleta la funzione di prenotazione delle prestazioni, inserendo le agende offerte dall'erogatore all'interno del Sistema informatizzato aziendale CUP;
 - g) a garantire l'offerta delle agende di prenotazione nel rispetto della programmazione sanitaria negoziata, mantenendo, nel corso dell'anno l'erogazione costante e stabile senza alcuna distinzione tra pazienti utenti esenti e non esenti. L'Azienda si riserva la facoltà di intervenire sulla programmazione delle agende, qualora particolari esigenze organizzative interne o la "criticità" dei tempi d'attesa lo richiedano, fermo restando il rispetto del tetto massimo di prestazioni annualmente stabilito;
 - h) a dare preventiva comunicazione formale alla ASL di eventuali periodi di sospensione temporanea dell'attività e relativa motivazione. L'Erogatore, durante il periodo estivo, al fine di concorrere ad assicurare adeguate potenzialità di servizio nei diversi ambiti distrettuali, a tutela delle esigenze degli utenti, si obbliga a concordare preventivamente con la ASL gli eventuali periodi di sospensione della propria attività;
 - i) al rispetto delle disposizioni tecniche e organizzative stabilite dalla Regione e dalla Azienda Sanitaria Locale ai fini dell'attuazione del processo di dematerializzazione della ricetta medica ai sensi del D.M. 02/11/2011 e del D.L. 179/2012, convertito con modificazioni con L. 221/2012, fatte salve le eventuali modificazioni ed integrazioni che dovessero intervenire in materia di sanità digitale;
 - j) a garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP e NIR e finalizzate ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni erogate sia la congruenza tra prescrizioni e prestazioni rese correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre alle relative tariffe, ai sensi della normativa vigente. L'Erogatore è consapevole che tali controlli possono essere effettuati in qualsiasi momento e senza limiti temporali decadenziali;
2. Ai fini del monitoraggio delle liste di attesa, in conformità alla normativa vigente, l'Erogatore è tenuto a predisporre idonea forma di registrazione delle richieste secondo le modalità stabilite dalla Regione e, comunque, con la indicazione della data di prenotazione, del numero di ricetta, del soggetto prescrittore, delle generalità dell'assistito, del relativo codice fiscale, della ASL di appartenenza, del tipo di prestazione richiesta e della data prevista per la relativa esecuzione. Dette registrazioni dovranno essere rese disponibili per la eventuale visione da parte della ASL, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i.,
3. L'Erogatore è tenuto ad apporre nel vano di ingresso al proprio ambulatorio, idonea informativa nei confronti dei cittadini circa la possibilità per gli stessi di fruire di prestazioni con oneri a carico del SSR rivolgendosi ad altre Strutture pubbliche o private;
4. La violazione grave e continuativa delle clausole del presente accordo contrattuale comporta l'applicazione delle prescrizioni di cui all'art. 26 della L.R. 02.05.2017 n. 9 e ss.mm.ii..

ART. 3

Tetto di remunerazione a tariffa intera e con scontistica tariffaria per prestazioni erogate nei confronti di residenti della Regione Puglia

- 1. La ASL si impegna a remunerare le prestazioni specialistiche per gli importi mensili corrispondenti al piano annuale delle prestazioni di cui al precedente art. 1 e nei limiti di quanto richiamato alla lett. b) dell'art. 2.
- 2. La ASL retribuisce le prestazioni:
 - a) fino all'80% del tetto di spesa di cui al comma 1) con la tariffa in vigore;
 - b) dall'80,01% al 100% del tetto di spesa di cui al comma 1), con la tariffa in vigore scontata del 30%.

3. Giusta punti 7. e 11. della DGR n. 350 del 08/03/2021, il presente comma 2 dell'art. 3 è interamente cassato. Di conseguenza, a far data dal 01/01/2021, tutte le prestazioni saranno pagate a tariffa intera secondo il tariffario vigente e comunque fino alla concorrenza del tetto di spesa assegnato. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni rese in favore di pazienti extraregionali che, dunque, non sono da assoggettarsi a regressione tariffaria.

ART.4

Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Regione Puglia

1. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari sono remunerate secondo le tariffe vigenti nella Regione Puglia, al di fuori dei tetti di spesa assegnati e dei vincoli di cui all'art. 2 co. 1 lett. a) e b), con assoggettamento alla scontistica prevista dal co. 2 dell'art. 3, che sarà effettuata sull'ultima mensilità utile di liquidazione prendendo come base imponibile l'intera produzione annuale. In caso di incapienza di fondi, i conguagli potranno essere effettuati a compensazione nel corso dell'anno sulle prestazioni erogate a favore dei residenti nella Regione Puglia, ovvero sui tetti di spesa dell'anno successivo.

Giusta Deliberazioni/DG F.F. n. 1078 del 28/05/2024 e n. 1110 del 31/05/2024, qui da intendersi integralmente richiamate e trascritte, questa ASL ha assegnato alla branca di Medicina Fisica e Riabilitativa l'importo complessivo di € 6.650,54= per prestazioni da erogarsi in favore di assistiti extraregionali, con la precisazione che, giusta DGR 1924/2023, tale valore economico è stato definito in misura pari al volume finanziario prodotto e riconosciuto all'intera branca e non più a ogni singola struttura, nel corso dell'anno 2011, decurtato del 2%, con la previsione che, in caso di superamento del medesimo fondo, tutte le strutture, subiranno una decurtazione percentuale della quota eccedente in relazione al volume di prestazioni erogato. Per tale ragione, le prestazioni erogate nel corso dell'anno 2024 da ciascuna struttura in favore di assistiti extraregionali, potranno essere liquidate e pagate solo in fase di conguaglio 2024, poiché l'eventuale superamento del precitato fondo e la suddetta consequenziale decurtazione sono quantificabili solo in fase di chiusura dell'esercizio di che trattasi. In tal senso, con le determinazioni dirigenziali adottate dalla UOGRC ASL BA e ritualmente pubblicate nella sezione "Albo Pretorio" del sito web di questa Azienda, a partire dalla liquidazione delle competenze relative alla mensilità di gennaio 2024, le strutture erogatrici sono state rese edotte della produzione di branca complessiva mensile extraregionale rapportata al valore complessivo annuale ammissibile a rimborso (€ 6.650,54=) a chiusura esercizio 2024, con l'evidenza pertanto della quota residua disponibile. La nuova disciplina introdotta dalla DGR n. 1924/2023 in ordine alla determinazione del tetto di spesa in favore di pazienti extraregionali, quale tetto complessivo di branca e non più per struttura, ha come conseguenza l'impossibilità per ciascuna struttura di poter assorbire, a qualsiasi titolo, l'eventuale decurtazione percentuale della quota eccedente in relazione al volume di prestazioni extraregionale erogato, nell'ambito del tetto di spesa invalicabile contrattualizzato per le prestazioni da erogarsi in favore di assistiti residenti nella regione Puglia.

Giusta punti 7. e 11. della DGR n. 350 del 08/03/2021, il comma 2 dell'art. 3 è interamente cassato. Di conseguenza, a far data dal 01/01/2021, tutte le prestazioni saranno pagate a tariffa intera secondo il tariffario vigente e comunque fino alla concorrenza del tetto di spesa assegnato. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni rese in favore di pazienti extraregionali che, dunque, non sono da assoggettarsi a regressione tariffaria.

2. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori dalla Puglia sono riconoscibili solo nel caso in cui la ASL sia posta dall'Erogatore nelle condizioni di poter esercitare il relativo addebito al competente Paese Europeo e/o Extracomunitario ovvero, attraverso la Regione Puglia, alla rispettiva Regione di residenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni Comunitarie e/o dai Trattati regolanti la materia e, nell'ambito nazionale, dal vigente testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria.
3. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla ASL le controdeduzioni richieste, le quali, ove non ritenute motivatamente valide dall'UVARP, danno luogo all'addebito del controvalore in precedenza corrisposto.

4. Il pagamento da parte della ASL per le prestazioni rese dall'Erogatore nei confronti di residenti al di fuori della Regione avviene, fermo quant'altro disposto nel presente articolo, secondo le modalità ed i termini generali previsti nel presente contratto.

ART. 5

Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

1. L'Erogatore, oltre quanto previsto dagli articoli precedenti, si obbliga ad osservare le seguenti prescrizioni e ad assicurare i seguenti adempimenti:
 - 1.1. consegna o trasmissione alla ASL, entro il 10° giorno del mese successivo a quello di compimento o completamento delle prestazioni rese, della notulazione delle stesse esclusivamente mediante flusso informativo o mediante inserimento diretto delle prestazioni nel sistema informativo sanitario regionale, da realizzarsi secondo le indicazioni e le specifiche tecniche, fornite dalla Regione e dalla ASL, nel rispetto della indicazione obbligatoria del soggetto prescrittore, giusta lettera a) del punto 14 della DGR 1392/2001, unitamente ai documenti originali costituiti dalle prescrizioni del medico curante che dovranno essere conformi, per essere valide ai fini amministrativi, ai disposti delle lettere b) e c) dello stesso punto di detto atto dell'Esecutivo Regionale;
 - 1.2. utilizzo dei codici delle prestazioni di cui al D.M. 22.07.1996, così come richiamati nella DGR n. 951/2013 e ss.mm.ii. e tenuto conto delle precisazioni e/o integrazioni definite dal Ministero della Sanità e dalla Regione Puglia e delle direttive applicative notificate dalla ASL all'Erogatore;
 - 1.3. erogazione delle prestazioni specialistiche previste per la branca di originario convenzionamento dell'Erogatore, come riportate negli allegati nn. 1 e 3 del D.M. 22.07.1996 ed in applicazione di quanto stabilito dalla Regione Puglia con DGR. n. 3784 del 22.07.1998, DGR n. 3842 del 01.10.1998, DGR n. 141 del 02.03.1999, DGR n. 1392 del 05.10.2000 ed eventuali successive ulteriori variazioni e/o integrazioni, non ultima, la DGR n. 951/2013 e ss.mm.ii.;
 - 1.4. esecuzione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario infermieristico e tecnico, in possesso dei titoli abilitanti, comunque sotto la diretta e personale responsabilità del Professionista intestatario del rapporto di istituzionale o del Responsabile Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi ed ulteriori, strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione. L'Erogatore, quale intestatario del rapporto di accreditamento istituzionale, nella responsabilità e sorveglianza sull'esercizio della prestazione erogata garantisce che la stessa è prestata sotto il controllo diretto del Professionista, o in caso di struttura, del Responsabile Sanitario della stessa, con esclusione, a tal fine, di qualsiasi forma di collaborazione con soggetti diversi, ovvero incardinati a tempo pieno in altre strutture;
 - 1.5. rispetto della normativa regionale e nazionale in tema di incompatibilità del personale sanitario e non sanitario impiegato, connesso alla erogazione delle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa, così come del divieto di c.d. "pantouflage" di cui all'art. 53 comma 16-ter del D.Lgs. n. 165/2001;
 - 1.6. garantire la persistenza dei requisiti strutturali, organizzativi, tecnologici in uso e non come scorte di magazzino, nei termini dichiarati sotto forma di autocertificazione nella griglia di valutazione relativa alla dotazione tecnologica di cui alla DGR n. 1946/2022;
 - 1.7. ai fini dell'applicazione della griglia di cui alla DGR n. 1500/2010, l'Erogatore si obbliga a compilare la griglia di cui alla DGR n. 1946/2022, valorizzando la dotazione strumentale e tecnologica ivi richiamata, in relazione a quella in uso, senza alcuna possibilità di estensione alle scorte di magazzino. Analogamente, la dotazione in uso deve essere rapportata al numero degli ambienti adibiti ad ogni specifica attività;
 - 1.8. dare, di norma, preventiva comunicazione formale alla ASL di eventuali periodi di sospensione temporanea dell'attività e relativa motivazione;
 - 1.9. durante il periodo estivo, al fine di concorrere ad assicurare adeguate potenzialità di servizio nei diversi ambiti distrettuali, a tutela delle esigenze degli utenti, si impegna a concordare preventivamente con la ASL gli eventuali periodi di sospensione delle proprie attività.

2. L'Erogatore, ai sensi del comma 3 dell'art. 39 della L.R. n. 4/2010 è, altresì, obbligato:
 - 2.1. a conferire i dati e le informazioni necessarie per il funzionamento dei sistemi informativi regionali di cui alla DGR 22.12.2006, n. 2005 (Piano per la sanità elettronica della Regione Puglia), secondo le specifiche tecniche e le modalità stabilite dalla Regione. Sono fatti salvi comunque i contenuti di norme, decreti e altri provvedimenti a carattere nazionale e regionali contenenti obblighi e adempimenti in materia di flussi e obblighi informativi;
 - 2.2. ai sensi dell'art. 50 del D.L. 269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L. n. 326/2003, e successive modifiche ed integrazioni, con cadenza mensile, e comunque entro le scadenze pubblicate annualmente, all'invio telematico dei dati delle ricette al Sistema Tessera Sanitaria;
 - 2.3. ai sensi del comma 4 dell'art. 50 del D.L. n. 269/2003, in accordo alle disposizioni tecnico organizzative regionali ed aziendali, a mantenere costantemente aggiornato ed a comunicare tempestivamente all'ASL ogni variazione dell'elenco dei medici ai quali è effettuata la consegna dei ricettari, nonché la data della consegna e i numeri progressivi regionali delle ricette consegnate (tale prescrizione si applica solo nei confronti di strutture in cui insistono medici prescrittori);
 - 2.4. con riferimento specifico al collegamento in rete dei medici per la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze e delle certificazioni di malattia all'INPS, così come previsto dall'art. 50 comma 5 bis e dal DPCM 26.03.2008, ad assicurare il collegamento dei propri medici prescrittori, senza oneri per la Regione e per la ASL, al sistema di accoglienza centrale e/o al sistema di accoglienza regionale predisposto dalla Regione ai sensi dell'art. 4 del suddetto DPCM 26.03.2008. Tale prescrizione si applica solo nei confronti di strutture in cui insistono medici prescrittori. Questi ultimi, a loro volta, non possono prescrivere per due strutture, sebbene ubicate in ambiti territoriali diversi;
 - 2.5. ad assicurare il collegamento dei propri medici prescrittori al Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST), secondo le modalità tecniche ed organizzative comunicate dai competenti uffici regionali.
3. Il mancato adempimento da parte dell'Erogatore degli obblighi dell'art. 50 della L. 326/03, comporta la sospensione della liquidazione delle prestazioni rese, sino alla dichiarazione dell'avvenuto adempimento ed alla relativa verifica da parte della ASL. Il comportamento reiterato di tale inadempimento sarà oggetto di valutazione ai fini delle prescrizioni previste dall'art. 26 della L.R. n. 9/2017 e ss.mm.ii..
4. Al fine di allineare le anomalie afferenti il codice fiscale, l'anagrafe sanitaria e comunale, costituisce obbligo (così come già previsto dalla Legge Finanziaria n. 296/06) per l'Erogatore dei servizi sanitari, di richiedere e verificare i dati contenuti sulla Tessera sanitaria del cittadino.
5. L'Erogatore si impegna ad applicare il nuovo Tariffario Regionale approvato con DGR n. 951 del 13/05/2013 e ss.mm.ii., senza l'applicazione della scontistica di cui all'art. 1, co. 796, lett. O, della L. 296/2006 disapplicata dalla DGR n. 1304 del 09/07/2013.
6. In caso di difformità tra importo mensilmente notulato ed importo liquidato e pagato dalla ASL, l'Erogatore, prima di intraprendere azioni a propria tutela, si impegna a:
 - 6.1. richiedere e ritirare gli elaborati analitici delle liquidazioni ad esse relative e le eventuali contestazioni relative alle prestazioni escluse dalla liquidazione, dopo i 30 giorni ed entro i 60 giorni dall'avvenuto pagamento;
 - 6.2. richiedere alla ASL, entro 60 giorni dal ritiro della suddetta documentazione, chiarimenti sulle motivazioni che legittimano eventuali discordanze o contestazioni effettuate;
 - 6.3. attendere la risposta ai chiarimenti che dovrà pervenirgli entro 60 giorni dalla richiesta. La mancata richiesta e ritiro degli elaborati entro il termine prescritto, ovvero la mancata richiesta di chiarimenti entro i 30 giorni dal ritiro stesso, costituiscono accettazione delle liquidazioni effettuate.
7. L'Erogatore si obbliga a consegnare alla data di sottoscrizione dell'accordo contrattuale copia del DURC, attestante la regolare posizione previdenziale nei confronti dei propri dipendenti, nonché la certificazione, equipollente al DURC (nдр: anche ricevuta di avvenuto

versamento all'ENPAM), attestante il regolare assolvimento degli obblighi contributivi di cui all'art. 1, co. 39 della L. 23.08.2004, n. 243. I soggetti erogatori che non hanno l'obbligo di effettuare versamenti in favore dell'ENPAM, potranno attestare tale prerogativa autocertificando il proprio status ai sensi del DPR 445/2000.

8. L'Erogatore si obbliga al puntuale rispetto di quanto previsto dal D.Lgs n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, nonché delle disposizioni attuative emanate dal Garante per la protezione dei dati personali.
9. L'Erogatore si obbliga, in ogni caso, al rispetto delle norme, delle disposizioni attuative ivi comprese le regole tecniche nazionali e regionali in materia se ed in quanto applicabili al presente contratto.
10. La violazione reiterata delle prescrizioni ed obblighi di cui al presente accordo ovvero la violazione di altre norme e disposizioni valutate gravi dalla ASL, dà luogo alla risoluzione dell'accordo contrattuale nel rispetto delle procedure di cui all'art. 26 della L.R. n. 9/2017 e ss.mm.ii..

ART. 6

Adempimenti della ASL

1. La ASL è tenuta a:
 - 1.1. eseguire la verifica tecnico-sanitaria delle prestazioni addebitate, sia con riferimento alla richiesta del medico prescrittore sia rispetto alla appropriatezza dei codici di prestazione utilizzati, di cui al D.M. 22.07.1996, così come richiamati nella DGR n. 951 del 13/05/2013 e ss.mm.ii., e relative indicazioni applicative emanate dal Ministero della Sanità o ulteriori indicazioni preventivamente divulgate dalla ASL;
 - 1.2. fino ad accertamento completato, a sospendere il pagamento relativo a prestazioni relative a cittadini il cui accesso a prestazioni specialistiche evidenzia frequenze e tipologie che richiedono ulteriori accertamenti in materia di appropriatezza clinico-diagnostica, da compiersi anche con la collaborazione del soggetto prescrittore;
 - 1.3. comunicare all'Erogatore nel più breve tempo possibile e nelle forme previste per legge:
 - 1.3.1. la evidenza di eventuali sospensioni dei pagamenti sub b) ed eventuali altre osservazioni;
 - 1.3.2. eventuali rilievi per errori ricorrenti di notulazione, così da evitare che tali comportamenti si reiterino nel tempo;
 - 1.3.3. garantire il controllo e la verifica periodica dei requisiti minimi ed ulteriori di cui ai RR n. 3/2005 e n. 3/2010;
 - 1.3.4. garantire il collegamento tra il proprio sistema informativo regionale e quello aziendale con quello dell'Erogatore, nonché le modalità tecniche per il collegamento con il CUP Aziendale e/o con il sistema CUP regionale ai fini della riduzione delle liste e dei tempi di attesa e loro monitoraggio: la mancata osservanza sarà oggetto di valutazione del Direttore Generale.

ART.7

Modalità di Pagamento e Conguagli

1. Il pagamento delle prestazioni eseguite dall'Erogatore ai sensi del presente contratto, è regolato dal presente articolo.
2. La ASL, esperiti positivamente gli adempimenti di cui ai precedenti artt. 5 e 6, provvede ad effettuare il pagamento delle competenze spettanti all'Erogatore entro 60 giorni dalla data di valida presentazione della richiesta di pagamento. Per "valida presentazione della richiesta", si intende la consegna degli originali delle ricette, compilate correttamente nella parte anagrafica relativa all'assistito e con coerente esposizione dei codici relativi alle prestazioni erogate, nonché del supporto informatico redatto secondo il tracciato record, descritto al precedente art. 5.
3. La ASL predispone i pagamenti mensili, previa acquisizione del DURC, nei modi e nei tempi previsti dalla normativa vigente.

ART. 8

Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali

1. Le parti si danno reciprocamente atto, che il presente contratto viene concluso in attuazione della normativa Nazionale e Regionale di cui in premessa ed in ottemperanza alle precisazioni formulate dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali unitamente al Comitato Permanete per la verifica dei L.E.A. nella seduta del 04.04.2014 e di seguito riportate:

“Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente e 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.

In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (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”.

Per tutto quanto non previsto nel presente contratto, si rimanda alle norme del c.c.

IL DIRIGENTE PROPONENTE UOGRC ASL BA

Letto, confermato e sottoscritto.

IL DIRETTORE GENERALE F.F. PRO-TEMPORE DELLA ASL BARI	IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA STRUTTURA EROGANTE
--	--

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ. si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli **Artt.: 1** (*Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione per prestazioni erogate verso residenti della Puglia*), **2** (*Modalità Organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni, Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini*), **3** (*Tetto di remunerazione a tariffa intera e con scontistica tariffaria*), **4** (*Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Regione Puglia*), **5** (*Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni*), **7** (*Modalità di Pagamento e Conguagli*), **8** (*Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e norme finali*).

In pari data, letto, confermato e sottoscritto, con esplicita approvazione dei punti che precedono.

L'Erogatore:
