REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitaria Locale Taranto
DIREZIONE GENERALE
Viale Virgilio n. 31 – CAP 74121 - Taranto

Contratto per la erogazione ed acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte di Professionisti e Strutture sanitarie in regime di accreditamento istituzionale per l'intero anno 2015

TRA

L'Azienda Sanitaria Locale Taranto, con sede legale in Viale Virgilio Virgilio, n.31, rappresentata dal Direttore Generale **Avv. Stefano Rossi** che opera per se ed in nome e per conto delle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia, di seguito denominata anche Committente,

E

La Società **Centro Sanitario Polivalente s.r.l., P. IVA 02394490730** – codice regionale **929383** - rappresentata legalmente dalla **Sig.ra Addolorata Reale** nata il **11/10/1946** a **Matera** (MT) con sede dell'ambulatorio specialistico sito in **Ginosa (TA)** alla **Via F. Santamaria, s.n.**, istituzionalmente accreditato per la erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali nella branca specialistica di **Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT)** , **giusta D.D. n. 135 del 07/06/2006, 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-quinques e l' art.8-sexies del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni;
- l'art.6, commi 5° e 6° della legge 23.12.94, n.724;
- l'art.2, comma 8° della legge 28.12.95, n.549;
- l'art.1, comma 32° della legge 23.12.96, n.662;
- l'art. 32, comma 8° della legge 27.12.97, n.449;
- l'art.72, comma 1° della legge 23.12.98, n.448;
- la Legge 16.11.2001, n. 405;
- la Legge 6 agosto 2008 n. 133 ;
- l'art. 11 della l.r. n.32 del 5.12. 2001;
- l'art. 30 comma V° della L.R. n. 4 del 7.03.2003;
- l'art. 27 della l.r. 28.5.2004, n.8;
- l'art. 1, comma 171, Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- art. 17 comma 1 della L. R. n. 14 del 04.08.2004;
- l'art. 18 della l.r. 9 agosto 2006, n. 26;
- l'art 16 della l.r. 2 luglio 2008, n.19;
- l'art. 3 della l.r. 24 settembre 2010, n.12;
- il D.L. 6 luglio 2012, n. 95;
- la Legge 7 agosto 2012, n. 135;
- il D. Lgs. 9 novembre 2012, n. 192;
- la l.r. 9 febbraio 2011, n. 2;
- la delibera di Giunta Regionale N.1392 del 5.10.2001;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2087 del 27.12.2001;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1073 del 16.07.2002;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1326 del 04.09.2003;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1366 del 03.09.2004;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1794 del 30.11.2004;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1621 del 30.10.2006;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1400 del 03.08.2007;
- la delibera di Giunta Regionale N. 95 del 31.01.2008;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1494 del 04.08.2009;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2671 del 28.12.2009;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1500 del 25.06.2010;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2866 del 20.12.2010;

- la delibera di Giunta Regionale N. 2990 del 29.12.2011;
- la delibera di Giunta Regionale N. 240 del 18/02/2013;
- la delibera di Giunta Regionale N. 951 del 13/05/2013; -
- la delibera di Giunta Regionale N. 1304 del 09/07/2013;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1794 del 06/08/2014.

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 limiti di spesa per ciascuna branca specialistica stabilita dalle leggi e disposizioni regionali e della verifica delle dichiarazioni contenute nelle griglie di cui alla DGR 1500/2010;

SI STIPULA

il presente contratto, con validità per l'anno **2015** , 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. reso atto della Deliberazione n. 164 del 02/04/2015 con la quale la Asl di Taranto 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 da tabella allegata al seguente atto.

2. l'importo **di € 164.785,29 ,** 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 **€ 13.732,11** senza possibilità di scorrimento tra le singole tipologie, ad eccezione di espresse richieste da parte della ASL committente per mutate esigenze assistenziali.

3. A norma all'art. 3 della l.r. 24/9/2010 n. 12 e della l.r. 9 febbraio 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 obbliga:

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, nel corso del bimestre successivo, nel caso di non raggiungimento del tetto mensile, ovvero di superamento dello stesso nella misura massima del 10%;

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, ovvero dell'1% in caso di superamento della eccedenza del 10%, da calcolarsi sull'imponibile del tetto annuale da assegnarsi per l'anno successivo;

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 dellaprogrammazione 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. 2/11/2011 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. 27 della L.R. 28.5.2004 n.8.

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%.

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.
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 1392/01, 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 DM 22.7.96, così come richiamati nella D.G.R. n. 951/2013 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 DM 22.7.96 ed in applicazione di quanto stabilito dalla Regione Puglia con DGR. n.3784 del 22.7.98, DGR n.3842 del 1/10/98, DGR n.141 del 2.3.99, DGR n.1392 del 5.10.00 ed eventuali successive ulteriori variazioni e/o integrazioni, non ultima, la D.G.R. n. 951/2013;

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 accreditamento 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. 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 1500/2010;

1.6. ai fini dell'applicazione della griglia di cui alla D.G.R. n. 1500/2010, l'Erogatore si obbliga a compilare la griglia di cui alla DGR. n. 1500/2010, 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;

1.7. dare, di norma, preventiva comunicazione formale alla ASL. di eventuali periodi di sospensione temporanea dell'attività e relativa motivazione;

1.8. 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 deliberazione della Giunta regionale 22 dicembre 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 Legge 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. Quest'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 legge 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. 27 co. 4 e 5 della l.r. n. 8/2004 e s.m.i.

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, 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.

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. 27 della L.R. 8/2004.

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 DM 22.7.96, così come richiamati nella D.G.R. n. 951/2013, 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 evidenzi 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'Erogante 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;

   1.4. garantire il controllo e la verifica periodica dei requisiti minimi ed ulteriori di cui ai RR n. 3/2005 e n. 3/2010;

   1.5. 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 del 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

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 4/4/2014 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.

La clausola di salvaguardia richiamata dall'art. 8 di ogni singolo contratto, non produce alcun effetto, in attesa degli esiti della decisione di merito".

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Generale ASL Taranto **Avv. Stefano Rossi**	Il Professionista/ il Legale Rappresentante della **Struttura Erogante** C.S.P. CENTRO SANITARIO POLIVALENTE S.r.l. L'Amministratore Unico Dott.ssa A. Reale
Data 14 MAG. 2015	Data 25-05-15

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:

929383 CENTRO SANITARIO POLIVALENTE TETTO 164.785,29

codice prestazione	tipologia	volumi	budget 2015
89.7	VISITA GENERALE	514	9.734,69
93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE	115	1.496,55
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI	130	1.048,50
93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO	1.455	13.569,71
93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI	153	1.111,63
93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE	466	1.873,78
93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE	135	1.407,06
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE	1.996	16.634,16
93.11.3	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE	126	987,31
93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE	6.517	40.743,86
93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI	311	3.234,94
93.19.1	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI	7.108	66.659,87
93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA	155	256,40
93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO	701	5.473,94
93.39.7	DISTRETTI	135	313,23
93.39.8	MAGNETOTERAPIA	195	239,64
			164.785,29

L'erogatore

C.S.P.
CENTRO SANITARIO POLIVALENTE s.r.l.
L'Amministratore Unico
Dott.ssa A. Reale

Il Direttore Generale
Avv. Stefano ROSSI

data

25-05-2015