ACCORDO CONTRATTUALE PROPOSTO ALLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE ANNO 2016

TRA

- la **Regione Abruzzo**, C.F. e P.I. 80003170661, con sede con in L'Aquila, alla Via Leonardo da Vinci n.1,in persona del Commissario Ad Acta per la realizzazione del Piano di rientro dei disavanzi del Servizio Sanitario Regionale Abruzzese nonché Presidente della Giunta Regionale della Regione Abruzzo;
- le **Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo** come sotto indicate:
  1. Azienda Sanitaria Locale 1 – Avezzano, Sulmona, L'Aquila con sede in L'Aquila, Via Saragat- Località Campo di Pile, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.01792410662, P.I.01792410662;
  2. Azienda Sanitaria Locale 2 – Lanciano, Vasto, Chieti con sede in Chieti, Via Martiri Lancianesi n.17/19, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.02307130696, P.I.02307130696;
  3. Azienda Sanitaria Locale 3 – Pescara con sede in Pescara, Via Renato Paolini n.47, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.01397530982, P.I.01397530982;
  4. Azienda Sanitaria Locale 4 – Teramo con sede in Teramo, Circonvallazione Ragusa n.1, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.00115590671, P.I. 00115590671;

E

- la **Società PRECI-LAB di Marcucci & C. S.n.c.**, P.IVA 00293180691, con sede legale in Vasto (CH), alla Via delle Croci n.108, in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, ***Dott. Antonio Marcucci***, il quale si dichiara munito dei poteri necessari a contrarre il presente atto in nome e per conto del **Laboratorio di Analisi PRECI.LAB. S.n.c.**, con sede operativa in Vasto (CH), alla Via delle Croci n.108 *(di seguito "Erogatore privato");*

PREMESSO CHE:

- con Decreto Commissariale n.73/2016 del 05/07/2016, avente ad oggetto: "*Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2016*", e ss.mm.ii., di cui il presente schema di contratto costituisce allegato e parte integrante e sostanziale sono stati definiti lo schema contrattuale e i tetti di spesa da proporre alle strutture di specialistica ambulatoriale per l' annualità 2016;
- l'Erogatore è accreditato ai sensi della L.R. 32/2007;
- le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono state stabilite con Decreto Commissariale n.12/2013 del 20/02/2013 avente ad oggetto "*Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012*", così come modificato ed integrato dal decreto commissariale n.45/2013 del 12/06/2013, avente ad oggetto: "*Modifiche e integrazioni ai decreti del Commissario ad acta n.12/2013 del 20/02/2013 «Approvazione Nomenclatore Tariffario*

Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012»";

- con Decreto del Commissario ad Acta n.64/2012 del 14/11/2012, si è provveduto alla "*Approvazione protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate";*
- la procedura di interlocuzione negoziale relativa alla contrattazione 2016 è stata conclusa - essendo stato il predetto provvedimento DCA n.73/2016 del 05/07/2016, ritualmente notificato all'Erogatore e alle AA.SS.LL. ed essendo stato fornito dall'Organo commissariale il riscontro alle osservazioni prodotte in esito alla predetta trasmissione; pertanto nulla osta alla sottoscrizione del presente contratto;
- per le finalità del presente contratto, l'Erogatore produce, ai sensi e per gli effetti degli artt. 45-46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., le dichiarazioni sostitutive di certificazione e atti di notorietà, di cui all'elenco Allegato A1 al presente contratto, con dichiarazione acquisita agli atti dei competenti Uffici regionali ed allegata al presente accordo contrattuale;
- la sottoscrizione del presente contratto è sottoposta alla condizione risolutiva prevista dall'art.92 del D.Lgs. 159/2011 stante l'urgenza della sottoscrizione del presente contratto, come dichiarata e motivata nel Decreto Commissariale di cui il presente schema contrattuale costituisce parte integrante e sostanziale.

TANTO PREMESSO
SI CONVIENE E SI STIPULA
QUANTO SEGUE

Articolo 1
Oggetto

1. Il presente contratto regolamenta sotto il profilo sia giuridico che economico l'acquisto delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale da privato nell'anno 2016.
2. Per l'anno 2016 il Servizio Sanitario Regionale affida all'Erogatore privato l'erogazione delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale relative alla disciplina per la quale lo stesso risulta accreditato di cui all'art. 3 del presente contratto.
3. Nel rispetto dei limiti e delle condizioni previste dal presente accordo:
   - l'Erogatore privato si obbliga ad erogare le prestazioni di cui all'art. 3;
   - la A.S.L,. nel cui ambito territoriale l'Erogatore è ubicato, si obbliga a remunerarle, previa verifica del rispetto degli obblighi e degli adempimenti previsti dal presente contratto e dalla normativa vigente.
4. Le prestazioni sono erogate, nei limiti del budget annuo assegnato all'Erogatore, in favore degli utenti aventi diritto, regionali ed extraregionali che, esercitando la libera scelta, decidono di accedervi.

Art. 2
Durata

1. Il presente accordo contrattuale regola le prestazioni rese a decorrere dal 1° gennaio 2016 fino al 31 dicembre 2016. Per le strutture aderenti ai consorzi il presente atto impegna il consorzio a far data dalla sottoscrizione, mentre per il periodo precedente il legale rappresentante sottoscrive, su delega dei singoli consorziati, ed in nome e per conto degli stessi

Art. 3
Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa

1. L'Erogatore si impegna ad erogare per l'anno 2016, le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, incluse nei LEA e a carico del SSR, afferenti alle specialità accreditate, nei limiti del tetto di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati con le specifiche di cui alla pianificazione definita con il Direttore Generale della Unità Sanitaria Locale ove è territorialmente ubicata l'Erogatore, ed accetta, come corrispettivo massimo annuale, il tetto di spesa complessivo di euro **255.175,00=** (*duecentocinquantacinquemilacentosettantacinque/00)* per l'anno 2016 per l'acquisto di prestazioni in favore di pazienti regionali e extraregionali.

2. Il Direttore Generale della Unità Sanitaria Locale territorialmente competente ha l'obbligo:
   - nella pianificazione di cui al punto precedente di individuare in via prioritaria le prestazioni caratterizzate da elevati tempi di attesa;
   - di rendere tutte le prestazioni erogabili attraverso la prenotazione sul sistema CUP della ASL.
3. La produzione eccedente il tetto massimo annuale di spesa assegnato all'Erogatore di cui ai punti precedenti non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile.
4. Sono considerate rese al di fuori del contratto e si dichiarano fin da ora non coperte dal tetto di spesa e, quindi, non remunerabili e non esigibili, le prestazioni eseguite in misura superiore al 100% della capacità produttiva massima giornaliera.

Art. 4
Condizioni di erogabilità delle prestazioni

1. Costituiscono norme di carattere generale, in materia di condizioni di erogabilità delle prestazioni e come tali trovano applicazione nell'ambito del presente rapporto negoziale:
   a. il D.P.C.M. 29 novembre 2001 (LEA) e ss.mm.ii.;
   b. il D.Lgs. 502/92, s.m.i., il D.P.R. 14 gennaio1997 e la L.R. 31 luglio 2007 n. 32;
   c. le disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2014-2016 ;
   d. il D.Lgs. n. 81/2008,
   e. il D.Lgs. n. 81/2015 per quanto applicabile;
   f. il valore del tetto di spesa di cui all'art.3.
2. L'Erogatore dichiara di possedere alla data odierna, e si impegna a mantenere per la durata del presente contratto, i requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento.
3. L'Erogatore dichiara e garantisce l'adeguatezza ed il perfetto stato di uso di tutte le apparecchiature e si impegna a tenere a disposizione della A.S.L. competente e della Regione, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata in maniera adeguata a ciascuna apparecchiatura.

Art. 5
Criteri di ripartizione della spesa preventivata

1. A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente contratto e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, le parti convengono che il tetto annuale di spesa, di cui all'art.3 del presente accordo, è frazionato in mensilità con l'obbligo di non superamento dei limiti progressivi mensili, con una oscillabilità (mensile) non superiore al 10% del tetto mensile, fermo restando quanto previsto all'art.3, comma 3. Per il periodo precedente alla sottoscrizione del contratto l'oscillabilità è fissata al 30% al fine di non pregiudicare le attività programmate.

Art. 6
Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni

1. L'erogazione della prestazione sanitaria è subordinata:
   - alla richiesta compilata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale a cura del medico prescrittore in conformità a quanto previsto dalle norme nazionali ed in particolare dal D.M. 17/3/2008 e ss.mm.ii., dal D.M. 350/1988 e dal DM 2-11-2011, D.L. 179 del 18.10.2012 convertito con legge 17 dicembre 2012, n. 221 oltre che dalle disposizioni regionali in materia, con l'onere di segnalare alla USL eventuali anomalie e/o irregolarità;
   - alla prenotazione attraverso il Sistema CUP Aziendale resa possibile dalla ASL ai sensi dell'art 3 comma 2
2. Non sono remunerabili ed esigibili le prestazioni erogate su richieste del S.S.N. non conformi alla richiamata normativa.
3. Per procedere all'erogazione delle prestazioni l'Erogatore è tenuta a verificare,

preliminarmente, la regolarità della richiesta nel rispetto dei requisiti di cui al punto 1 del presente articolo.

4. Le prestazioni sono erogate secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e di appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, e secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento che l'Erogatore si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

Art. 7
Obblighi dell'Erogatore

1. L'Erogatore privato ha l'obbligo di conservare, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di *privacy*, tutta la documentazione sanitaria e amministrativa relativa a ciascun assistito.
2. Le operazioni sui dati personali e sanitari del cittadino necessarie per l'alimentazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico rientrano tra i trattamenti di dati sensibili effettuati mediante strumenti elettronici in coerenza con le misure di sicurezza espressamente previste nel D.Lgs. n. 196/2003.

Art.8
Ulteriori obblighi dell'Erogatore privato

1. L'Erogatore privato ha l'obbligo di conservare, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di *privacy*, tutta la documentazione sanitaria e amministrativa relativa a ciascun assistito.
2. Le operazioni sui dati personali e sanitari del cittadino necessarie per l'alimentazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico rientrano tra i trattamenti di dati sensibili effettuati mediante strumenti elettronici in coerenza con le misure di sicurezza espressamente previste nel D.Lgs. n. 196/2003.
3. L'Erogatore privato si impegna:
   - → a garantire la partecipazione dei propri operatori ad eventuali iniziative formative promosse dalle AA.SS.LL. e dalla Regione;
   - → ad adottare strumenti di formazione e comunicazione ai cittadini/carta dei servizi, di rilevazione/valutazione della qualità percepita da utenti/cittadini;
   - → a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
   - → ad adempiere agli obblighi previsti dall'art 3 comma 3 del Dlgs 175/2014 sui dati da inviare al sistema Tessera Sanitaria ai fini fiscali;
   - → a rispettare l'obbligo di dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale ai sensi dell' art 27 comma 1-bis DL n.90 del 24/06/2014 convertito nella legge n.114 del 11/08/2014;
   - → a trasmettere al CUP Aziendale, per la condivisione telematica, le agende di prenotazione e monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sui sistemi aziendali e regionali;
   - → ad aderire al progetto fascicolo sanitario elettronico attraverso la predisposizione di soluzioni telematiche tese alla trasmissione, che garantiscano la corretta gestione del consenso informato, dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito;
   - → a pubblicare sul sito web in apposita area dedicata dei tempi previsti e di quelli medi effettivi per ciascuna tipologia di prestazione erogata o ,in assenza di sito web autonomo, a concordare con la ASL territorialmente competente le modalità per la pubblicazione nel sito aziendale della stessa, nell'apposita sezione denominata «Liste di attesa», dei richiamati tempi in attuazione dell' art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di

informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" (GU n.80 del 5-4-2013);

→ a garantire, unitamente alla documentazione contabile ed elettronica di cui agli artt.10 e 12 *(entro il 15° giorno successivo al mese di riferimento)* e nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., l'invio, mediante strumenti telematici alla A.S.L. nel cui ambito territoriale è ubicato l'Erogatore privato, delle informazioni di seguito dettagliate:

a. impegnativa di richiesta della prestazione;
b. trasmissione mensile del prospetto giornaliero del numero delle prestazioni effettuate con oneri a carico del S.S.N., suddivise in relazione alle branche specialistiche;
c. avvenuta prenotazione attraverso il CUP Aziendale.

Art. 9
Personale dell'Erogatore e requisiti di compatibilità

1. L'Erogatore si impegna ad erogare le prestazioni di cui agli artt. 2 e 3 utilizzando il personale e le figure professionali del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo previste dalla normativa vigente.
2. L'Erogatore garantisce l'impiego, anche per le attività di consulenza, di personale in possesso dei titoli abilitanti che non versi in situazioni di incompatibilità ai sensi della legge 23.12.1996 n.662 e dell'art 53 comma 16 ter del Dlgs 165/2001 e ss.mm.ii..
3. Le parti si danno atto che eventuali situazioni di incompatibilità e l'accertamento della insussistenza della capacità di garantire le prestazioni nei termini di cui al presente articolo, determinano l'apertura del procedimento amministrativo finalizzato all'irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996.
4. L'Erogatore si impegna a comunicare alla ASL di pertinenza oltre che al Servizio "*Attività Ispettiva* e *Controllo Qualità*" del Dipartimento per la Salute e il Welfare, apposito elenco della propria dotazione organica controfirmato dal Legale Rappresentante, indicante il codice fiscale di ogni singolo dipendente, la relativa qualifica, la mansione svolta, il monte ore settimanale ed eventuali successive variazioni e a provvedere con la stessa modalità ad eventuali aggiornamenti trimestrali. L'elenco di cui al paragrafo precedente deve essere validato dal personale del competente Dipartimento di Prevenzione ed essere comprensivo anche del personale operante con forme di contratto di lavoro flessibile e del personale operante in regime libero professionale per il quale l'Erogatore dovrà specificare, salvo gli ulteriori obblighi previsti in materia dal D.Lgs. n.81/2015: le generalità del professionista, la durata della collaborazione indicando la data di inizio e di conclusione del rapporto.
5. L'Erogatore si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dall'Erogatore nell'elenco di cui al quarto comma del presente articolo.

Art. 10
Obblighi informativi dell'Erogatore privato

1. L'Erogatore privato fornisce alla A.S.L. competente per territorio, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, unitamente alla fattura di cui all'art.12, il file di produzione (File "C") relativo alle prestazioni di assistenza di specialistica ambulatoriale, come disciplinato dalla normativa nazionale e dalle disposizioni regionali.
2. Il file "C" costituisce, oltre che obbligo informativo, anche allegato elettronico analitico alla fattura, chiarendosi che sono oggetto di fatturazione tutte le prestazioni erogate a carico del S.S.R. nel mese di competenza, nel rispetto dei limiti di cui agli artt. 3 e 4 del presente contratto.
3. Per prestazioni erogate sono da intendersi le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate nel mese di riferimento.
4. Con ulteriori campi aggiuntivi al tracciato record, di cui al punto 1 del presente articolo, secondo lo schema di cui all'**allegato A2** , l'Erogatore privato specifica anche le seguenti informazioni indicate in fattura:
   - il valore dell'importo fatturato lordo;

- l'importo del ticket per ogni prestazione;
- l'importo corrispondente alla quota fissa per ricetta;
- il valore dell'importo fatturato netto;
- il numero progressivo e la data di emissione della fattura.

5. L'Erogatore privato si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli obblighi informativi istituzionali stabiliti dalle normative ministeriali e regionali ed, in particolare:
   → Flussi NSIS, modelli STS11, STS14 *(per gli Erogatori privati dotati di apparecchiature)*, STS 21.
   → Flussi ex art. 50 del Decreto-Legge n. 269 del 30 settembre 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326 del 24 novembre 2003 e, obbligatoriamente, con particolare riferimento all'inserimento delle informazioni rilevabili dalle prescrizioni mediche e traducibili nei flussi di interesse specificatamente per i campi relativi a Data di prenotazione, a Data di erogazione della prestazione, a Tipo accesso, a Classi di priorità, a Garanzia dei tempi massimi.
6. L'Erogatore privato ha l'obbligo di comunicare eventuali ritardi nella trasmissione delle informazioni; l'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi tre mesi dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art.17.
7. Restano salvi gli obblighi informativi di cui ai precedenti articoli.
8. L'A.S.L., al ricevimento della fattura e dell'allegata documentazione informativa, verifica l'esatta attribuzione delle tariffe vigenti alle corrispondenti prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale .

Art. 11
Controlli di appropriatezza e congruità

1. Fatte salve le verifiche sul fatturato di cui al successivo art. 12, durante la vigenza del presente accordo, la Regione e la A.S.L. potranno in qualunque momento verificare l'accessibilità, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, la legittimità e la congruità delle prestazioni svolte dall'Erogatore privato che, in ogni caso, dovranno essere eseguite a regola d'arte sotto il profilo tecnico/funzionale, secondo le condizioni, le modalità ed i termini previsti dalle norme di settore e dal Decreto commissariale n. 64 del 14/11/2012.
2. Il campione dei controlli di appropriatezza, congruità e legittimità deve essere rappresentativo di almeno il dieci per cento della produzione fatturata al lordo delle possibilità di incremento mensile. La Regione e le AASSLL, in relazione a particolari criticità segnalate dal NOC competente, potranno disporre ulteriori e mirati controlli incrementando il campione oggetto di verifica.
3. La A.S.L. competente territorialmente è tenuta a verificare che le prestazioni erogate risultino prenotate attraverso il Sistema CUP Aziendale. L'applicazione della presente disposizione e di quelle precedenti relative alla prenotazione tramite sistema CUP è subordinata alle modalità di attuazione messe in atto dalla ASL di riferimento.
4. La A.S.L. è inoltre tenuta a verificare la coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione di cui all'articolo 12, secondo le modalità previste dall'art.14.
5. I controlli presso gli Erogatori privati sono di competenza dei Nuclei Operativi di Controllo (N.O.C.) secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali ed in particolare dal Decreto commissariale n. 64/2012. È comunque in facoltà della Regione Abruzzo e della ASL di pertinenza avvalersi, per lo svolgimento dei predetti controlli, di forme di cooperazione interistituzionale con i soggetti preposti ad attività di controllo e prevenzione per la tutela della salute.
6. I controlli di cui al presente articolo devono essere svolti nei tempi utili a garantire il rispetto dei termini del procedimento di verifica, di cui all'ottavo comma, fermo restando il termine previsto dall'art.13, comma 3, del presente accordo contrattuale.
7. L'Erogatore privato si impegna a predisporre e mantenere, a sue spese, condizioni organizzative necessarie ed utili a consentire il corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.

8. Il procedimento di verifica si svolge alla presenza di rappresentanti dell'Erogatore e di esso è redatto apposito e dettagliato processo verbale nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii.. Resta salva la facoltà per l'Erogatore di trasmettere alla ASL e per conoscenza al competente Servizio "*Attività Ispettiva e Controllo Qualità*" del Dipartimento per la Salute e il Welfare, apposite controdeduzioni entro e non oltre i successivi dieci giorni dalla consegna del predetto verbale. Entro 10 giorni dalla ricezione delle controdeduzioni formulate dall'Erogatore, la ASL competente comunica all'Erogatore stessa l'esito definitivo della verifica assegnando un termine non superiore a dieci giorni per adempiere alle prescrizioni eventualmente impartite, decorsi inutilmente i quali la ASL adotta i provvedimenti e le prescrizioni del caso la cui inosservanza costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'articolo 17 del presente accordo contrattuale. Con successive linee guida saranno adottate specifiche disposizioni per quanto concerne i procedimenti di verifica di particolare complessità.
9. L'esito della verifica deve indicare il valore in denaro delle prestazioni inappropriate, incongrue, illegittime.
10. La ASL è tenuta ad inserire campi aggiuntivi al File "C", secondo lo schema di cui all'**Allegato A2** del presente contratto, rappresentativi dell'importo liquidato in favore dell'Erogatore privato e delle motivazioni della mancata o diversa liquidazione.
11. Resta ferma la responsabilità dell'Erogatore privato per inadempienze relative a circostanze e prestazioni che non hanno formato oggetto di controllo.

Art. 12
Modalità di fatturazione

1. L'Erogatore privato si adegua alla normativa in materia di fatturazione elettronica e alle disposizioni regionali in materia e trasmette contestualmente alla A.S.L. di competenza territoriale e all'Agenzia Sanitaria della Regione Abruzzo (A.S.R.), la fattura relativa all'integrale produzione del mese di riferimento posta a carico del S.S.R nel rispetto in particolare dei limiti previsti dagli artt. 3, 4 e 5.
2. La fattura è trasmessa contestualmente alla A.S.L. territorialmente competente e all'A.S.R. Abruzzo (alla quale va inviato altresì un riepilogo secondo il prospetto di cui all'allegato A3) entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento.
3. La fattura deve indicare separatamente le prestazioni rese per tipologia a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo - distinguendole per A.S.L. di residenza del paziente - e quelle rese a favore di utenti residenti in altre Regioni.
4. La fattura deve indicare in calce, a titolo descrittivo, gli introiti per quota fissa di 10 euro per ricetta di cui al punto p) dell'art.1, comma 796 L.27/12/2006, n.296 ed il relativo numero delle ricette degli assistiti non esenti. Gli introiti per quota fissa riscossi dall'Erogatore sono portati in compensazione al momento del pagamento della fattura da parte della ASL e sono imputati in uno specifico sottoconto appositamente aperto dalla ASL .
5. Alla fattura deve essere allegata la documentazione relativa alla produzione di cui all'art. 10 nonché quella eventualmente prevista dalle disposizioni nazionali e regionali in materia di fatturazione elettronica.
6. La A.S.L. non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente contratto ed in particolare a quelle previste in questo articolo e negli artt. 10 e 11.
7. Prima delle liquidazioni la ASL richiede all'Enpam il rilascio della certificazione equipollente al DURC attestante il regolare adempimento degli obblighi contributivi di cui all'art 1 comma 39 L.n.243/2004 e verifica la regolarità del DURC e in caso di ottenimento di un documento che segnali un'inadempienza, in presenza di "definitivo accertamento" delle violazioni contributive, provvede in conformità alla normativa vigente dandone comunicazione alla Regione ai fini della LR 32/2007. Il "definitivo accertamento" delle violazioni contributive può essere rinvenuto in tutte le situazioni caratterizzate dalla non pendenza di ricorsi amministrativi o giurisdizionali.

Art. 13
Controlli sul fatturato, liquidazione e pagamento

1. Il pagamento delle prestazioni, fatturate secondo le modalità di cui all'articolo precedente, avviene ai sensi del DL 9/10/2002, n.231, così come modificato dal D.lgs. 09/11/2012, n. 192, entro 60 *(sessanta)* giorni dalla data di ricezione della fattura/nota contabile di riferimento a cura dell'ASL di competenza.
2. La A.S.L. deve effettuare acconti mensili pari all' 85% *(ottantacinquepercento)* della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 5 non comprensivo dell'oscillabilità entro 30 giorni dalla protocollazione della fattura.
3. La A.S.L. procede al saldo della fattura - positivo o negativo - sulla base della produzione accertata e validata come appropriata, congrua e legittima ed in osservanza di quanto previsto dal presente contratto. Ove necessario l'A.S.L. richiede all'Erogatore privato nota di credito.
4. La nota di credito è emessa entro e non oltre 60 giorni decorrenti dalla ricezione della relativa richiesta ed indica le prestazioni a cui si riferisce e la residenza dell'utente a cui favore è stata erogata la prestazione. La nota di credito verrà decurtata sulla liquidazione immediatamente successiva alla data di ricezione della stessa.
5. La mancata emissione della nota di credito, secondo le modalità ed i termini previsti dal presente articolo, se reiterata costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto previa formale diffida ai sensi dell'art. 17.Costituisce altresì grave inadempimento e causa di risoluzione del presente accordo contrattuale, previa formale diffida ai sensi dell'art 17 la mancata emissione reiterata di nota di credito a storno totale dell'eventuale eccedenza di produzione rispetto al budget assegnato.
6. Nei casi in cui la somma corrisposta mensilmente in acconto all'Erogatore privato ecceda, nel bimestre, il valore della produzione accertata e validata per lo stesso periodo, la A.S.L. procede a compensazione con il credito delle mensilità relative al bimestre successivo, in costanza di rapporto. Le parti convengono che per produzione accertata e validata si intende il totale delle prestazioni fatturate, poste a carico del S.S.R., nei limiti del tetto di spesa sottoscritto, che hanno positivamente superato i controlli di cui agli artt. 11 e 13 del presente accordo e debitamente certificata dalla A.S.L., non costituendo il solo fatturato, ex se, pretesa di corrispettivo.
7. La A.S.L., anche in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia, può sospendere i pagamenti in presenza di violazioni della vigente normativa e nei casi previsti dal presente contratto, dandone tempestiva comunicazione entro e non oltre quindici giorni dalla verifica documentata di oggettive condizioni ostative alla liquidazione al Dipartimento regionale salute e welfare, fermo restando l'obbligo di attivare le procedure previste dal presente accordo e dalla vigente normativa.
8. È fatta salva la ripetizione in favore della A.S.L. delle somme che, sulla base dei controlli effettuati sull'attività erogata dall'Erogatore privato in forza del presente contratto, risultino non dovute totalmente o in parte.
9. Gli interessi per ritardato pagamento sono fissati nella misura di legge e decorrono dal sessantesimo giorno successivo alla data di protocollazione della fattura/nota contabile.

Art. 14
Tariffe

1. Le prestazioni di cui al presente contratto sono remunerate secondo le modalità previste dal Decreto Commissariale n.12/2013 del 20/02/2013 avente ad oggetto "*Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012*", così come modificato ed integrato dal decreto commissariale n.45/2013 del 12/06/2013, avente ad oggetto: "*Modifiche e integrazioni ai decreti del Commissario ad acta n.12/2013 del 20/02/2013 «Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012»*";
2. Le parti concordano che, in caso di modificazioni dei valori unitari dei tariffari regionali per la

remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, il volume massimo di prestazioni remunerate si intenderà rideterminato ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lett. e-bis, del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii..

3. Le parti convengono che gli importi della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti e della quota fissa per ricetta, (*ed eventuali maggiorazioni di dette quote*), sono incassati dall'Erogatore privato a titolo di anticipazione e la A.S.L. ne tiene conto all'atto del pagamento degli acconti mensili, corrispondendo solo la differenza tra quanto già riscosso dall'Erogatore privato a titolo di anticipazione e l' 85% del fatturato *(come previsto dall'art. 13 del contratto)*.
4. Le parti stabiliscono che l'eventuale aumento di quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, comporterà che gli importi derivanti dalle stesse verranno portati in decremento rispetto al budget annuale assegnato e verranno appresi dall'Erogatore privato a titolo di anticipazione non costituendo in nessun caso fonte di remunerazione aggiuntiva.

Art. 15
Cessione dei crediti

1. L'Struttura ha l'obbligo di notificare la cessione a qualsiasi titolo dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente accordo contrattuale all'Azienda USL competente territorialmente.
2. Le parti convengono che l'efficacia della cessione è condizionata all'accettazione espressa, nel termine di trenta giorni dalla avvenuta ricezione – avvenuta a seguito di raccomandata con avviso di ricevimento (o trasmissione mediante posta elettronica certificata) presso il domicilio indicato nel presente accordo contrattuale e attestata dalla acquisizione del relativo atto di notifica al protocollo – da parte della Azienda USL di pertinenza e della Regione Abruzzo e che la cessione del credito potrà essere accettata esclusivamente nei limiti delle prestazioni verificate positivamente e valorizzate ai sensi degli articoli 13 e 14 del presente accordo contrattuale.
3. L'accettazione espressa da parte della Azienda USL di pertinenza e della Regione Abruzzo di cui al secondo comma è comunicata mediante raccomandata con avviso di ricevimento (o trasmissione mediante posta elettronica certificata) presso il domicilio indicato nel presente accordo contrattuale. Analoga modalità di comunicazione è prevista per il diniego espresso.
4. L'Azienda USL di pertinenza e della Regione Abruzzo possono opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente accordo contrattuale.
5. Restano fermi e impregiudicati gli eventuali ulteriori adempimenti connessi al presente accordo contrattuale.
6. In conseguenza di quanto sopra, l'Erogatore si impegna a mantenere indenne l'Azienda USL e la Regione Abruzzo per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo.
7. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo e, in conseguenza di quanto sopra, l'Erogatore si impegna a mantenere indenne l'Azienda USL e la Regione Abruzzo per eventuali cessioni effettuate al di fuori di quanto previsto ai precedenti commi del presente articolo.

Art. 16
Incedibilità del contratto

1. Il presente contratto è incedibile in tutto o in parte.
2. La cessione costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art.17.

Art. 17
Risoluzione del contratto

1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dall'accordo contrattuale e dalla normativa ad esso applicabile costituiscono grave inadempimento e cause di risoluzione *ipso iure* del

presente accordo contrattuale:

a) l'accertata falsità di dichiarazioni rese dall'Erogatore ai fini della stipulazione e della esecuzione del presente accordo contrattuale;

b) l'impedimento ai controlli di cui agli articoli 12 e 13 del presente accordo contrattuale;

c) la reiterata inottemperanza agli obblighi informativi nelle ipotesi di cui all'art. 10 del presente accordo contrattuale;

d) l'inosservanza di quanto previsto dall'articolo 15 del presente accordo contrattuale in materia di cessione dei crediti;

e) la cessione del presente accordo contrattuale in violazione di quanto espressamente previsto dall'articolo 16;

f) l'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia dei documenti relativi alle prestazioni rese;

g) l'accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/2008 e all'articolo 8 del presente accordo contrattuale;

h) la reiterata mancata emissione della nota di credito di cui all'articolo 13 del presente accordo contrattuale;

i) l'inosservanza di quanto previsto dall'articolo 6 del presente accordo contrattuale;

j) il diniego definitivo e/o la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento in corso di rapporto contrattuale;

k) la ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni indicati nel presente accordo contrattuale;

l) l'impedimento al controllo esercitato dalla Azienda USL di pertinenza e dalla Regione Abruzzo ai sensi dell'art. 11 del presente accordo contrattuale;

m) l'esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la Pubblica Amministrazione.

Ai fini della reiterazione le misure di cui al presente articolo si applicano a decorrere dal terzo episodio di violazione formalmente contestato.

La sospensione dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento determina l'automatica sospensione degli effetti del presente accordo contrattuale. In considerazione della gravità delle fattispecie di cui sopra - avuto riguardo alla reiterata violazione di uno o più obblighi dedotti ai sensi del presente accordo contrattuale, la Regione Abruzzo provvede in conformità all'art 7 comma 4 lett. d) LR 32/2007 come modificato dalla LR 12/2016.

2. In caso di definitivo accertamento delle inadempienze contestate di cui al primo comma la Regione Abruzzo e/o l'Azienda USL di competenza ne fanno contestazione in forma scritta all'Erogatore mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento (o trasmissione mediante posta elettronica certificata), concedendo a quest'ultimo il termine di quindici giorni per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale confutazione. Trascorso tale termine, La Regione Abruzzo può procedere alla risoluzione del contratto di diritto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c..
3. Fermo quanto sopra, in caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza, o sospensione previste dall'art. 67, D.Lgs., 6 settembre 2011, n. 159 (c.d. codice antimafia), il contratto è risolto *ipso iure* senza concessione di termini per dedurre.
4. Resta fermo, in ogni caso, il diritto della Regione Abruzzo e dell'Azienda USL competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento dell'Erogatore.
5. Resta inteso che, in caso di risoluzione ai sensi del presente articolo, l'Erogatore si impegna a non accettare pazienti, fatte salve eventuali esigenze indifferibili e urgenti espressamente indicate dalla Azienda USL competente. Eventuali attività rese in violazione di tale divieto non possono essere oggetto di remunerazione a carico del Servizio Sanitario ad alcun titolo.

Art. 18
Responsabile dell'esecuzione dell'accordo contrattuale

1. L'Azienda USL provvede ad individuare il responsabile della esecuzione del presente accordo contrattuale, secondo il proprio assetto organizzativo interno e ne fornisce comunicazione alla

Regione Abruzzo.

Art. 19
Controversie

1. Per tutte le controversie di pertinenza della giurisdizione ordinaria inerenti la conclusione e l'esecuzione del presente contratto è competente il foro di L'Aquila ove ha sede legale la Regione Abruzzo, ovvero il concorrente foro del luogo ove è ubicato l'Erogatore.

Art. 20
Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del presente accordo contrattuale l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto del medesimo, nonché quello di ogni altro atto allo stesso collegato o presupposto.
2. In considerazione dell'accettazione espressa delle clausole rubricate nel corpo ed in calce al presente accordo contrattuale, l'Erogatore rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese in merito, ovvero ai contenziosi comunque attivabili in relazione al contenuto dispositivo delle predette clausole che, una volta espressamente sottoscritte, si danno per accettate da tutte le parti al presente contratto senza riserve.
3. Resta inteso che l'Erogatore si impegna ad adeguarsi a eventuali ulteriori requisiti che fossero richiesti per effetto di normativa nazionale e/o regionale intervenuta successivamente alla stipulazione del presente accordo contrattuale, come pure ad adeguarsi a prescrizioni dettate da norme imperative.

Art. 21
Norma di rinvio

1. Per quanto non previsto nel presente accordo contrattuale trovano applicazione – in quanto compatibili – le disposizioni europee e nazionali in materia di appalti e concessioni di servizi, le norme finanziarie contabili e fiscali di carattere nazionale ad oggi vigenti e le ulteriori disposizioni regionali.

Art. 22
Registrazione

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi dell'art . 5 comma 2 del T.U. dell'imposta di registro approvato con D.P.R. n. 131 del 26/04/1986.

Art.23
Elezione di domicilio

1. Le parti eleggono domicilio ad ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente accordo contrattuale presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati.
2. L'Erogatore elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: marcucci@interaptiva.eu

   → la ASL 1 – Avezzano-Sulmona-L'Aquila elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it

   → la ASL 2 – Lanciano-Vasto-Chieti elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: direzione.generale@pec.asl1abruzzo.it

   → la ASL 3 – Pescara elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: aslpescara@postecert.it

   → la ASL 4 – Teramo elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere

ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: aslteramo@racccomandata.eu

→ la Regione Abruzzo elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: dpf006@pec.regione.abruzzo.it

Letto, approvato e sottoscritto

Firme

Per la Regione Abruzzo
Il Commissario ad Acta e
Presidente della Giunta Regionale _____

Per l'Erogatore
Il Rappresentante legale _____

Per le Aziende Sanitarie Locali di:

1. Avezzano, Sulmona, L'Aquila
Il Direttore Generale _____

2. Lanciano, Vasto, Chieti
Il Direttore Generale _____

3. Pescara
Il Direttore Generale _____

4. Teramo
Il Direttore Generale _____

Se e per quanto possa occorrere l'Erogatore approva specificamente le previsioni di cui agli artt.3,4,5,6,7,8,9,10,11,12, 13,14,15,16,17 18,20.

Per l'Erogatore
Il Rappresentante legale _____

ALLEGATO A1

DICHIARAZIONI DA PRESENTARE AI FINI DEL CONTRATTO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE L'ISCRIZIONE IN PUBBLICI REGISTRI:

1. per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese: certificazione di iscrizione alla Camera di Commercio riportante l'attestazione di insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure nonché i dati anagrafici di tutti i soggetti nei confronti dei quali – ai sensi e nel rispetto dell'art. 85 del D.Lgs. n. 159/2011 – deve essere eventualmente acquisita l'informativa antimafia di cui all'art. 91 del D.Lgs. 159/20
2. per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese: Fondazioni, Associazioni ed Enti no profit: certificazione di iscrizione al R.E.A.
3. per gli specialisti che esercitano l'attività in forma individuale: certificazione di iscrizione all'Ordine dei medici .

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI DIVIETO, DECADENZA O SOSPENSIONE PREVISTI DALL'ART. 67 DELLA NORMATIVA ANTIMAFIA

1. per gli enti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni, Associazioni ed Enti no profit) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione;
2. per i soggetti iscritti al registro delle Imprese: la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia, da parte di tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1 e 2, può essere contenuta nella dichiarazione sostitutiva di iscrizione alla Camera di Commercio;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO RELATIVA AI DATI DEI PROPRI FAMILIARI CONVIVENTI DI MAGGIORE ETÀ

Per i soggetti iscritti al registro delle Imprese i cui contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D.Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli articoli 84 e 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 (come da ultimo modificato dal D.Lgs. 15 novembre 2012, n. 218); a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, relativa ai dati dei propri familiari conviventi di maggiore età;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'OTTEMPERANZA AGLI OBBLIGHI INFORMATIVI IN MATERIA DI DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI:

secondo le modalità di cui all'art. 9 L.12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133, rilasciata dal legale rappresentante della Erogatore;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIARIO E DEI CARICHI PENDENTI

dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della Erogatore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GIÀ PREVISTO DAGLI ARTT.80 E 81 DEL DLGS 231/01 ss.mm.ii.

ATTESTAZIONE DA PARTE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ENTE GESTORE
della previsione nello statuto societario dell'obbligo di autocertificazione, da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni, dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. n.412/1991.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITÀ
ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. n. 412/1991 del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE
- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è avviato nei suoi confronti ;

- di aver / non aver presentato domanda di concordato preventivo;

- che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67, D.Lgs., n. 159/2011 (c.d. codice antimafia) in capo al/ai soggetto/i che ha/hanno la rappresentanza legale dell'Erogatore.

Tracciato record File "C"
SPECIALISTICA AMBULATORIALE)

FILE C1 - dati anagrafici

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB V
4-6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 o HSP11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	OBB
13-28	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29-58	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	FAC
59-78	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	FAC
79-94	Campo vuoto	AN	16	Riempire con spazi	
95-110	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OBB V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	OBB
112-119	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB
120-125	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza	OBB V
126-128	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
129-130	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	OBB V
131-150	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V

FILE C2 - dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB V
4-6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 o HSP11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	OBB
13-28	Numero ricetta	AN	16	Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) il campo deve obbligatoriamente essere compilato con il codice a barre di 15 cifre allineato a sinistra se la tipologia della modulistica prescrittiva è: ricetta unica SSN Nel caso di prestazioni ad accesso diretto o di pronto soccorso, riportare un numero progressivo univoco	OBB
29-30	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data", "Codifica Nomenclatore", "Codice Prestazione" *e "Codice Disciplina unità operativa erogatrice"* Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	OBB V
31-38	Data	AN	8	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di chiusura ciclo .	OBB V
39	Codifica nomenclatore	AN	1	Codificare con "N" (maiuscola) se si utilizzano le codifiche nazionali; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale se si utilizzano codifiche regionali.	OBB V
40-46	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale o quello regionale. Nel caso si utilizzi la codifica nazionale indicare il codice comprensivo dei punti separatori	OBB V
47-49	Quantità	N	3	1 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBB V
50-51	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica per le ricette SSN (tipo erogazione S): 01=esente totale; 02=non esente	OBB
52-58	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve	OBB

				riportare il l'importo complessivo del ticket)	
59-66	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
67	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni : A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile ='C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB
68	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	
69	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza non valorizzato o errato 2 = comune di residenza valorizzato ma non appartenente a regione che riceve l'addebito	
70	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe *zn*) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe *zn*) 3 = prestazione esclusa dai LEA	
71	ERR04 Errori sulla ricetta	AN	1	0 = nessun errore 1=Tipo erogazione assente o non previsto nel dominio *(da segnalare sulla riga '99')*	
72	ERR05 Errori del record	AN	1	0= nessun errore 3= Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga '99') 4= Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe 'zn'.	
73	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe *zn* meno il ticket della riga '99' 5 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa del Nomenclatore trasmesso da ciascuna Regione (solo sulle righe zn)	
74	ERR07 Errori su quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe z*n*)	
75	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = la data di erogazione o di fine ciclo assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga *zn* (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza)	
76	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0	
77	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
78-97	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V
98-100	Regione iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab. ='3'
101-102	Tipo erogazione	AN	2	Valori ammessi: A = Accesso diretto P = Pronto soccorso D = Ricetta specialistica interna S = Ricetta SSN Valorizzare sulla riga 99	OBB V
103-105	Codice disciplina unità operativa erogatrice	AN	3	Indicare uno dei codici dell'elenco delle discipline Per le prestazioni erogate in Pronto Soccorso il codice della disciplina erogante non dovrà necessariamente essere il codice 51, ma quello della disciplina che ha effettivamente erogato la prestazione. Per le discipline ospedaliere riportare il codice a due caratteri preceduto da uno 0; per le specialità non ospedaliere riportare il codice a tre caratteri. Valorizzare sulle righe zn	FAC
106	Classe di priorità della prenotazione	AN	1	Valori ammessi: U = Nel più breve tempo possibile, comunque, se differibile, entro 72 ore; B = Entro 10 giorni; D = Entro 30 (visite), entro 60 giorni (visite strumentali) P = Senza priorità Valorizzare sulla riga 99	FAC

107-112	Codice esenzione	AN	6	Codifica delle esenzioni come da tabella nazionale. Obbligatorio se tipo erogazione =S e posizione utente nei confronti del ticket 01 Valorizzare sulla riga 99	OBB
113	Tipo struttura	N	1	1= struttura pubblica 2=struttura privata Valorizzare su tutte le righe	OBB
114-121	Quota di compartecipazione alla spesa	N	8	Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OSP
122-129	Fatturato al lordo di ticket, quota di compartecipazione	N	8	Importo fatturato dall'erogatore privato a carico del SSR [(sommatoria righe campo "importo totale" 59-66 a eccezione della riga 99) + quota di compartecipazione alla spesa (campo 114-121)] Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OBB
130-137	Campo vuoto	N	8	Riempire con spazi	
138-157	Numero della fattura	AN	20	Codice allineato a sinistra e completato con spazi Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OBB
158-165	Data della fattura	Data	8	Formato GGMMAAAA Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OBB
166-173	Fatturato al netto di ticket, quota di compartecipazione,	N	8	Importo fatturato dall'erogatore privato a carico del SSR {(sommatoria righe campo "importo totale" 59-66 a eccezione della riga 99) - [importo ticket (campo 52-58) + quota di compartecipazione alla spesa (campo 114-121)]} Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 (ammesso valore "negativo")	OBB
174-181	Liquidato	N	8	Importo riconosciuto e liquidato all'erogatore privato Valorizzare sempre 0 tranne che nella riga 99	OBB
182	Causa di mancata liquidazione	AN	1	Indica la causa di non riconoscimento dell'intero valore del fatturato 1= prestazione illegittima (extra LEA o non accreditata o non corrispondente alla prescrizione) 2= prestazione inappropriata 3= irregolarità amministrativa 4= concomitanza di più condizioni (1+2, 2+3, 1+3, 1+2+3) 5= altro Valorizzare sempre 0 tranne che nella riga 99	OBB
183	Causa di parziale liquidazione	AN	1	Indica la causa di non riconoscimento di parte del valore del fatturato 1= errore di attribuzione della tariffa 2=recupero ticket 3= altro Valorizzare sempre 0 tranne che nella riga 99	OBB

In grigio chiaro: campi ad uso dell'erogatore privato
In grigio scuro: campi ad uso dell'organo di controllo

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____ **ASL** _____

Via.....,n..... Localita' (.....) Tel.....Fax.....

ACCREDITAMENTO REGIONE ABRUZZO D.G.R. N……DEL ../../..

FATTURA	**N.: …….**	**DEL :…../…../…..**

A.S.L. DI COMPETENZA …… **MESE DI COMPETENZA: ……**

LORDO PRESTAZIONI	€ …….
TICKET	€ …….
IMPORTO NETTO	€ …….
QUOTA FISSA SU RICETTA IN CONTO ANTICIPO	€ …….
TOTALE DOCUMENTO A PAGARE	**€ ……**

Prospetto riepilogativo delle prestazioni erogate per conto del S.S.R.

Altre Prestazioni	N°
Anestesia	N°
Cardiologia	N°
Chirurgia	N°
Chirurgia Plastica	N°
Dermatologia	N°
Endocrinologia	N°
Fisioterapia	N°
Gastroenterologia	N°
Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica	N°
Medicina Nucleare	N°
Nefrologia	N°
Neurochirurgia	N°
Neurologia	N°
Oculistica	N°
Odontostomatologia	N°
Oncologia	N°
Ortopedia	N°
Ostetricia e Ginecologia	N°
Otorinolaringoiatria	N°
Pneumologia	N°
Psichiatria	N°
Radiologia	N°
Radioterapia	N°
Urologia	N°
TOTALE N° PRESTAZIONI EROGATE	**N°**