

TETTI DI SPESA 2011-2012

Branche a visita

N.	Tipologia	Denominazione	Branca	ASL	Tetto 2011	Tetto 2012
1	Branche a Visita	D'ASCENZO dr. Ugo	Odontoiatria	2	23.255,00	23.255,00
2	Branche a Visita	DE BERARDINIS dr. Vincenzo - Centro Oculistico Santa Lucia Srl	Oculistica	2	88.766,00	88.766,00
3	Branche a Visita	DI CRECCHIO dr. Ezio	Odontoiatria	2	37.818,00	37.818,00
4	Branche a Visita	DI EUSANIO dr. Serafino	Ortopedia	4	36.680,00	36.680,00
5	Branche a Visita	DI PRINZIO dr. Antonio	Odontoiatria	2	59.197,00	59.197,00
6	Branche a Visita	MINICUCCI dr. Renato	Oculistica	3	25.526,00	25.526,00
7	Branche a Visita	ORLANDI dr.ssa Adriana	Odontoiatria	3	25.355,00	25.355,00
8	Branche a Visita	SCIOLI dr. Francesco	Odontoiatria	1	19.669,00	19.669,00
9	Branche a Visita	VARRATI dr. Carlo	Oculistica	2	35.183,00	35.183,00
TOTALE					351.449,00	351.449,00

**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 riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB
59-66	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella	OBB V

				riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	
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') <u>solo</u> 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 (<i>da segnalare sulla riga '99'</i>)	
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 l'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 zn)	
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	OBB

				erogazione =S e posizione utente nei confronti del ticket 01 Valorizzare sulla riga 99	
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, eventuale sconto	N	8	Importo fatturato dall'erogatore privato <u>a carico del SSR</u> [importo totale (campo 59-66) + importo ticket (campo 52-58) + quota di compartecipazione alla spesa (campo 114-121) + eventuale sconto (campo 130-137)] Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OBB
130-137	Eventuale sconto	N	8	Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OSP
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, eventuale sconto	N	8	Importo fatturato dall'erogatore privato <u>a carico del SSR</u> [importo totale [campo 59-66] - [importo ticket (campo 52-58) + quota di compartecipazione alla spesa (campo 114-121) + eventuale sconto (campo 130-137)]] Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	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

SCHEMA DI CONTRATTO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
SPECIALISTICA AMBULATORIALE (**BRANCHE A VISITA**)

ANNUALITÀ 2011-2012

STIPULATO PRESSO, IN DATA

TRA

- la **Regione Abruzzo**, C.F. e P.I. 80003170661, con sede in, alla via, in persona del Presidente della Giunta Regionale della Regione Abruzzo, Dott. Giovanni Chiodi;
- il **Commissario Ad Acta** per la realizzazione del Piano di rientro dei disavanzi del Servizio Sanitario Regionale Abruzzese nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 11 dicembre 2009, Dott. Giovanni Chiodi;
- 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 _____
n. in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore
C.F. _____ P.I. _____
 2. Azienda Sanitaria Locale 2 – Lanciano, Vasto, Chieti con sede in Chieti Via _____
n. in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore
C.F. _____ P.I. _____
 3. Azienda Sanitaria Locale 3 – Pescara con sede in Pescara Via _____ in persona del
Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore _____ C.F.
_____ P.I. _____
 4. Azienda Sanitaria Locale 4 – Teramo con sede in Teramo Via _____ n.
in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore
C.F. _____ P.I.

E

- III /la dott./dott.ssa, specialista in,
P.IVA....., con ambulatorio in..... alla via....., (di seguito anche
indicata come “erogatore privato”)

PREMESSO CHE

- 1). L'erogatore privato provvisoriamente autorizzato ed accreditato all'esercizio.....consegue la definitiva autorizzazione ed il definitivo accreditamento unicamente all'esito positivo del relativo iter procedurale in corso di svolgimento;
- 2). L'erogatore privato si impegna a presentare alla Regione i seguenti documenti in corso di validità:
 - Autocertificazione attestante la regolarità contributiva e retributiva;
 - Certificato dei carichi pendenti;
 - Certificato generale del casellario giudiziale;
 - Certificato rilasciato ai sensi degli art.li 80 e 81 del D.Lgs.231/01 di non aver subito l'erogatore privato nessuna sanzione e di non esser pendente nei suoi confronti nessun procedimento concernente le comminatorie;

SI CONVIENE E SI STIPULA

Art. 1

Documentazione

1. L'erogatore privato si impegna a presentare alla Regione le certificazioni elencate in premessa entro e non oltre 30 giorni dalla stipula del presente contratto ai fini della relativa efficacia e validità.
2. Per la sottoscrizione del presente accordo l'erogatore privato presenta dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. 445/2000 in ordine al possesso dei requisiti e/o alla ricorrenza delle condizioni attestate dalla documentazione di cui al punto 1.

Art. 2

Oggetto

1. Per le annualità 2011 e 2012 il Servizio Sanitario Regionale affida all'erogatore privato l'erogazione delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale di cui all'art. 3 del presente contratto.
2. 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 privato è ubicato, si obbliga a remunerarle.
3. Le prestazioni sono erogate in favore degli aventi diritto, regionali ed extraregionali che, esercitando libera scelta, decidono di accedervi per il tramite dell'erogatore privato.

Art. 3

Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa

1. L'erogatore privato si impegna ad erogare, per le annualità 2011 e 2012, le sole prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale nei limiti del tetto di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati ed accetta, come corrispettivo massimo relativo all'anno 2011, il tetto di spesa di euro.....ed, all'anno 2012, il tetto di spesa di euro.....per un totale complessivo di euro.....;
2. La produzione eccedente il tetto massimo annuale di cui al punto 1 non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile. E' considerata resa al di fuori del contratto e si dichiara fin da ora non coperta dal tetto di spesa e, quindi non remunerabile e non esigibile.

Art. 4

Condizioni di erogabilità delle prestazioni

1. Le prestazioni sanitarie di cui agli artt. 2 e 3 devono essere erogate nel rispetto:
 - del DPCM 29/11/2001 (LEA) e ss.mm.ii.;
 - della normativa e dei provvedimenti nazionali e regionali, in particolare del D.P.R. 14/01/1997 e della L.R. n. 32 /2007;
 - dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento;
 - delle disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2011/2012;
 - del valore del tetto di spesa di cui all'art. 3;
 - della normativa antinfortunistica.
2. L'erogatore privato 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, obbligandosi, in ogni caso, a conformarsi e ad adeguarsi alle disposizioni di cui alla L.R. 32/07 nei tempi e secondo le modalità ivi previste.
3. L'erogatore privato 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 30% del tetto mensile. Detta oscillabilità mensile del 30%, quando in eccesso, non è ammessa per le prestazioni erogate nell'ultimo trimestre di entrambe le annualità di riferimento del presente accordo (ottobre-novembre-dicembre 2011 ed ottobre-novembre-dicembre 2012).

2. Le prestazioni dichiarate inappropriate, incongrue ed illegittime dagli Organismi di controllo di cui all'art. 11 rientrano nel limite mensile del 30% previsto al punto 1, ancorché non remunerabili ed esigibili.

Art. 6

Modalità di 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 dal D.M. 17/3/2008 e ss.mm.ii., dal D.M. 350/1988 oltre che dalle disposizioni regionali in materia.
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 privato è tenuta a verificare, preliminarmente, la sussistenza della richiesta e la sua compilazione sul ricettario nel rispetto dei requisiti di cui al punto 1 del presente articolo segnalando alla A.S.L. competente, per le necessarie valutazioni, ogni eventuale anomalia e/o irregolarità. La mancata segnalazione alla A.S.L. comporta la non remunerabilità della prestazione. L'A.S.L. è tenuta ad accertare la correttezza e la remunerabilità delle prescrizioni segnalate e a comunicare le determinazioni assunte entro il termine di 10 giorni dalla ricezione della segnalazione a cura dell' Erogatore.
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 privato si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

Art. 7

Ulteriori obblighi dell'erogatore privato

1. L'erogatore privato si impegna:
 - ad adeguare la propria organizzazione interna ai principi di programmazione regionale in materia di "reti cliniche", agli standard di profilo ed ai percorsi assistenziali concernenti le prestazioni oggetto del presente contratto, definiti a livello nazionale e regionale;
 - a garantire la partecipazione dei propri operatori ad eventuali iniziative formative promosse

- dalle AA.SS.LL. e dalla Regione;
- a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
 - ad adeguare la propria organizzazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia di CUP unico e di condivisione delle agende di prenotazione e monitoraggio delle prestazioni;
 - 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., l'invio mediante strumenti telematici alla A.S.L. nel cui ambito territoriale è ubicata la Struttura, 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.

Art. 8

Documentazione relativa agli utenti

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 paziente;

Art. 9

Personale dell'erogatore privato e requisiti di compatibilità

1. L'erogatore privato 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 in materia di autorizzazione e accreditamento.
2. L'erogatore privato garantisce l'impiego di personale in possesso dei titoli abilitanti che, per quanto di sua conoscenza, non versi in situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art 1 della L. 662/96.
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'elenco della dotazione organica dell'ambulatorio, indicante il codice fiscale di ogni singolo dipendente, la relativa qualifica, la mansione svolta, il monte ore settimanale ed eventuali, successive, variazioni deve essere comunicato trimestralmente all'A.S.L. di pertinenza oltre che al Servizio Attività Ispettiva e Controllo Qualità della Direzione Regionale Politiche della Salute. L'elenco dovrà essere comprensivo anche del personale in regime libero professionale per il quale la Struttura dovrà specificare: le generalità del professionista, la durata della collaborazione indicando la data di inizio e di conclusione del rapporto.
5. L'erogatore privato 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 privato nell'elenco di cui al punto 4 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'All. 1, la Struttura specifica 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 ulteriori obblighi informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS) e regionali ed, in particolare, i modelli STS11, STS14 (per gli erogatori privati dotati di apparecchiature), STS 21 ed il file art.50 Sistema Tessera Sanitaria (SOGEI) .
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 all'art 7.
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'appropriatezza, 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 e funzionale, secondo le condizioni, le modalità ed i termini previsti dalle norme di settore e dai provvedimenti regionali.
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 del 30%.
3. L'A.S.L. competente territorialmente deve verificare la coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione di cui all'articolo 12 secondo le modalità previste dall'art. 12 bis.
4. I controlli presso le Strutture sono di competenza dei Nuclei Operativi di Controllo (N.O.C.) secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali.
5. E' in facoltà della Regione e della A.S.L. di pertinenza avvalersi, per lo svolgimento dei predetti controlli, di altro personale, anche non dipendente, in possesso di particolare e comprovata competenza tecnica, fatti salvi gli effetti del Protocollo di Intesa, concluso il 21/02/2011, tra la Regione Abruzzo e il Comando Carabinieri 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 al punto 8, fermo restando il termine previsto dall'art. 12 bis punto 1.
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 nel rispetto della L. 241/90 e ss.mm.ii. con le seguenti precisazioni:
 - le verifiche avvengono alla presenza di Rappresentanti dell'erogatore privato;
 - di esse è redatto verbale attestante, tra l'altro:
 - a) le generalità degli intervenuti;
 - b) la descrizione delle circostanze di fatto rilevate;
 - c) le operazioni compiute;
 - d) le osservazioni eventualmente avanzate dall'erogatore privato.Al termine delle operazioni di verifica, il verbale è consegnato all'erogatore privato.
 - entro i successivi 10 giorni dalla consegna del verbale, l'erogatore privato può presentare

contro-deduzioni;

- entro 10 giorni dalla ricezione delle contro-deduzioni formulate dall'erogatore privato, l'A.S.L. competente comunica all'erogatore privato l'esito definitivo della verifica, assegnando un termine non superiore a 10 giorni, per adempiere alle prescrizioni eventualmente impartite, decorsi inutilmente i quali l'A.S.L. adotta i provvedimenti e le prescrizioni del caso, la cui inosservanza costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art. 17.
9. L'esito della verifica deve indicare il valore in danaro delle prestazioni inappropriate, incongrue, illegittime rispetto al tetto mensile di cui all'art. 5.
10. L'A.S.L. è tenuta ad inserire campi aggiuntivi al File "C", secondo lo schema di cui all'All. 1 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 inadempimenti relative a circostanze e prestazioni che non hanno formato oggetto di controllo.

Art. 12

Modalità di fatturazione

1. L'erogatore privato trasmette alla A.S.L. di competenza territoriale, la fattura relativa all'integrale produzione del mese di riferimento posta a carico del S.S.R nel rispetto dei limiti previsti dagli artt. 3 e 4.
2. La fattura è trasmessa all'A.S.L. territorialmente competente 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. Alla fattura deve essere allegata la seguente documentazione:
 - autocertificazione attestante la regolarità contributiva e retributiva;
 - documentazione relativa alla produzione di cui all'art. 10.
5. L'A.S.L. non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente articolo.

Art. 12 bis

Controlli sul fatturato, liquidazione e pagamento

1. Il pagamento delle prestazioni, fatturate secondo le modalità di cui all'art 12, avviene entro 90 giorni dalla data di protocollazione della fattura di riferimento a cura dell'A.S.L. di competenza.
2. La A.S.L. deve effettuare acconti mensili pari al 70% (settantapercento) della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 5 non comprensivo dell'oscillabilità del 30% entro 30 giorni dalla protocollazione della fattura.
3. Alla scadenza di ogni trimestre, entro il termine di cui al comma 1, 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 all'art. 11 e all'art 13 del 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.
5. La mancata emissione della nota di credito, secondo le modalità ed i termini previsti dal presente articolo, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto previa formale diffida ai sensi dell'art. 17.
6. Nei casi in cui la somma corrisposta mensilmente in acconto all'erogatore privato ecceda, nel trimestre, 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 trimestre successivo, in costanza di rapporto.
7. Le parti convengono che per produzione accertata e validata si intende il totale delle prestazioni fatturate, poste a carico del S.S.R., 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.
8. La A.S.L. sospende i pagamenti in presenza di violazioni della vigente normativa e nei casi previsti dal presente contratto, fermo restando l'obbligo di attivare le procedure previste dal presente accordo e dalla vigente normativa.
9. È fatta salva la ripetizione in favore della A.S.L. delle somme che, sulla base dei controlli effettuati in qualunque tempo sull'attività erogata dall'erogatore privato in forza del presente contratto, risultino non dovute totalmente o in parte.
10. Gli interessi per ritardato pagamento di cui all'art. 1284 c.c. decorrono dal novantesimo giorno successivo alla data di protocollazione della fattura.

11. La A.S.L. competente è tenuta ad adempiere gli obblighi informativi nei confronti dell'Agenzia Sanitaria Regionale ai sensi della L.R. n. 5/2008 al fine del monitoraggio della spesa sanitaria.

Art. 13

Tariffe

1. Le prestazioni di cui al presente contratto sono remunerate secondo le tariffe di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n.675 del 19/06/2006 e alla deliberazione di Giunta Regionale n.1139 del 16/10/2006, ferme restando le previsioni contenute nel Patto della salute 2011/2012.
2. Le parti concordano che in caso di incremento, a seguito 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 derivanti dalle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti e la quota fissa per ricetta, sono portati in decremento rispetto al budget annuale assegnato e vengono pertanto appresi dalla Struttura a titolo di anticipazione.
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.

Art. 14

Cessione dei crediti

1. L'erogatore privato ha l'obbligo di notificare la cessione a qualsiasi titolo dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente contratto alla A.S.L. competente territorialmente.
2. Le parti convengono che l'efficacia della cessione è condizionata all'accettazione espressa nel termine di 20 giorni dall'A.S.L. di pertinenza e che la cessione del credito potrà essere accettata esclusivamente nei limiti delle prestazioni verificate positivamente e valorizzate ai sensi dell'art. 12 bis punto 7.
3. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo.

Art. 15

Incedibilità del contratto

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

Art. 16

Durata

1. Il presente contratto regola le prestazioni rese nelle annualità 2011 e 2012 rispettivamente:
 - dal giorno della sottoscrizione del presente accordo con scadenza naturale il giorno 31 dicembre 2011;
 - dal giorno 01.01.2012 con scadenza naturale il giorno 31 dicembre 2012.
2. Le parti concordano che le prestazioni erogate dall'erogatore privato dal 01.01.2011 sino alla data della formale sottoscrizione del presente accordo sono disciplinate nei termini e secondo le modalità definite nel contratto relativo all'annualità 2010.
3. Le parti stabiliscono che i contenuti del presente accordo sono da intendersi confermati sino alla stipula dell'eventuale successivo contratto.

Art. 17

Risoluzione del contratto

1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dal presente contratto e dalla normativa ad esso applicabile, costituiscono grave inadempimento e cause di risoluzione del presente accordo:
 - l'accertata falsità di dichiarazioni rese dall'erogatore privato ai fini della stipula e della esecuzione del presente contratto;
 - l'impedimento ai controlli di cui agli artt. 11, 12 bis;
 - la mancata ottemperanza agli obblighi informativi nelle ipotesi di cui all'art. 10;
 - la cessione del presente contratto di cui all'art. 16;
 - l'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia dei documenti relativi alle prestazioni rese;
 - l'accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui all'art. 7;
 - la mancata emissione della nota di credito di cui all'art. 12bis;
 - l'inosservanza grave e ripetuta dell'art. 4 comma 1 e 2;
 - la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento provvisori, la sospensione dei quali determina l'automatica sospensione degli effetti del presente contratto;

- il mancato conseguimento e/o la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento definitivi, la sospensione dei quali determina l'automatica sospensione degli effetti del presente contratto;
 - inosservanza dei provvedimenti aziendali di cui all'art. 11 punto 8 del presente contratto.
2. Le predette inadempienze sono contestate dalle parti per iscritto con fissazione di un termine per le eventuali repliche.
 3. In caso di definitivo accertamento delle inadempienze contestate di cui al comma 1 la Regione e/o l'A.S.L. di competenza potrà richiedere la risoluzione di diritto del presente contratto previa comunicazione scritta all'erogatore privato ai sensi dell'art. 1456 c.c..
 4. Resta fermo il diritto della Regione e dell'A.S.L. competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento dell'erogatore privato.

Art. 18

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.

Art. 19

Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del presente accordo l'erogatore privato accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.
2. In conseguenza dell'accettazione, l'erogatore privato presta acquiescenza ai medesimi provvedimenti e, per l'effetto, rinuncia alle azioni già intraprese e/o a futuri contenziosi avverso gli atti e/o provvedimenti suddetti.

Art. 20

Norma di rinvio

1. Per quanto non previsto nel presente contratto si fa riferimento alle disposizioni del codice civile, alle norme nazionali vigenti in materia di appalti, in quanto compatibili, e, per quanto possa occorrere, alle disposizioni regionali.

Art. 21

Registrazione

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. dell'imposta di registro approvato con D.P.R. n. 131 del 26.04.1986.

Firme

La Regione Abruzzo

Il Commissario ad Acta

L' Erogatore

Le Aziende Sanitarie Locali di:

Avezzano, Sulmona, L'Aquila

Lanciano, Vasto, Chieti

Pescara

Teramo

Se e per quanto possa occorrere la Struttura approva specificamente le previsioni di cui agli artt. 2,3,4,5,7,10,11,12, 12 bis,13,14,15, 16 – comma 2, 17,19.

L' Erogatore
