



BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale n. 25 del 01 Marzo 2013

Sanità

Vendita e Informazioni

**UFFICIO BURA
L'AQUILA
Via Salaria Antica est n° 27
- edificio B2 -
Località S. Antonio - Pile**

Bura: Tel. **0862/364221- 364211**- Fax. **0862/364219**
Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Servizi online: Tel. **0862/364702 - 364223 - 364222**

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

Avviso per gli abbonati

In applicazione della L.R. n. 51 del 9.12.2010 il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo dall'1.1.2011 viene redatto in forma digitale e diffuso gratuitamente in forma telematica, con validità legale. Gli abbonamenti non dovranno pertanto più essere rinnovati.

Il Bollettino Ufficiale viene pubblicato nei giorni di Mercoledì e Venerdì

Articolazione del BURAT

Il BURAT serie "ORDINARIO" si articola in due parti:

PARTE PRIMA

- a) Lo Statuto regionale e le leggi di modifica dello Statuto, anche a fini notiziali ai sensi dell'articolo 123 della Costituzione;
- b) le leggi ed i regolamenti regionali e i testi coordinati;
- c) il Piano regionale di sviluppo ed i relativi aggiornamenti, il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria nonché tutti gli atti di programmazione degli organi di direzione politica disciplinati dalla normativa regionale in materia di programmazione;
- d) gli atti relativi ai referendum da pubblicarsi in base alle previsioni della normativa in materia;
- e) le sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relative a leggi della Regione Abruzzo o a leggi statali o a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione Abruzzo, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità di leggi della Regione Abruzzo e i ricorsi del Governo contro leggi della Regione Abruzzo;
- f) gli atti degli organi politici e di direzione amministrativa della Regione che determinano l'interpretazione delle norme giuridiche o dettano disposizioni per loro applicazione;
- g) le ordinanze degli organi regionali.

PARTE SECONDA

- a) Le deliberazioni adottate dal Consiglio regionale e non ricomprese fra quelle di cui al comma 2;
- b) gli atti di indirizzo politico del Consiglio regionale;
- c) i decreti del Presidente della Giunta regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- d) i decreti del Presidente del Consiglio regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- e) i provvedimenti degli organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale;
- f) gli atti della Giunta regionale e dell'ufficio di Presidenza del Consiglio regionale di interesse generale;
- g) gli atti della Regione e degli enti locali la cui pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti statali e regionali;
- h) i bandi e gli avvisi di concorso della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici e i relativi provvedimenti di approvazione;
- i) i bandi e gli avvisi della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici o finanziari e i relativi provvedimenti di approvazione;
- j) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relative ai procedimenti di cui alle lettere h) e i);
- k) gli atti di enti privati e di terzi che ne facciano richiesta conformemente alle previsioni normative dell'ordinamento.

1. Gli atti particolarmente complessi, i bilanci ed i conti consuntivi, sono pubblicati sui BURAT serie "SPECIALE".
2. Gli atti interni all'Amministrazione regionale sono pubblicati sui BURAT serie "SUPPLEMENTO".
3. I singoli fascicoli del BURAT recano un numero progressivo e l'indicazione della data di pubblicazione.

NOTA:

Le determinazioni direttoriali e dirigenziali per le quali non sia espressamente richiesta la pubblicazione integrale sul BURAT, ancorché non aventi rilevanza esterna o che siano meramente esecutive di precedenti determinazioni, sono pubblicate per estratto contenente la parte dispositiva, l'indicazione del servizio competente, il numero d'ordine, la data e l'oggetto del provvedimento.

Sul Bollettino Ufficiale sono altresì pubblicati tutti i testi la cui pubblicazione è resa obbligatoria dall'ordinamento nazionale e comunitario, anche se richiesti da privati.

Sommario

PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

DECRETI

COMMISSARIO AD ACTA

DECRETO 04.02.2013, n. 9

LINEE NEGOZIALI PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI IN MATERIA DI PRESTAZIONI EROGATE DALLA RETE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRIVATA PROVVISORIAMENTE ACCREDITATA PER L'ANNO 2013..... 4

PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

DECRETI

IL COMMISSARIO AD ACTA

DECRETO 04.02.2013, n. 9

Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2009*)

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, così come integrata con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 e del 3 agosto 2012, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

RILEVATO che la predetta deliberazione individua, tra l'altro, quale specifica competenza commissariale, la "definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni";

CONSIDERATO che condizione necessaria per l'esercizio del potere di fissazione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati è la concreta individuazione delle somme che la Regione ha disposizione per tali finalità;

VISTO l'art 17, comma 1, lett a), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 il quale prevede che le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati;

VISTO il D.L. 6 luglio 2012 n.95 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n.135 ;

VISTO in particolare l'art.15, comma 14, del suddetto decreto legge che prevede "*che a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria. Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisce il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013, ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettera a) terzo periodo del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n.111*";

VISTO l'art. 15 comma 22, del sopracitato D.L. 6 luglio 2012 n. 95 che stabilisce che il fabbisogno del servizio sanitario nazionale e del correlato finanziamento è ridotto per l'anno 2013 di euro 1.800 milioni;

VISTO l'art. 1, comma 132 della legge 228/2012 che stabilisce che il livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e del correlato finanziamento, come rideterminato dall'art. 15, comma 22, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.

135, è ridotto di ulteriori 600 milioni per l'anno 2013;

RICHIAMATA la Deliberazione commissariale n.53/2010 del 10/09/2010 recante “*Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private provvisoriamente accreditate- tetto di spesa anno 2010*”;

VISTO il decreto commissariale n.55/2011 del 21/11/2011 “*Approvazione dei tetti di spesa per singola struttura e dello schema di contratto per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private (stabilimenti di FKT e studi di radiologia), per il biennio 2011/2012*” con cui è stato, tra l'altro, stabilito che: “*per lo Stabilimento FKT “Santa Lucia Srl” verranno adottati specifici provvedimenti all'esito della definizione del giudizio pendente innanzi al TAR Abruzzo-L'Aquila*” e “*per lo Stabilimento FKT “Vivio Annamaria” verranno adottati specifici provvedimenti in considerazione dell'attuale impossibilità dell'Erogatore di rendere, per motivi strutturali, le prestazioni di specialistica ambulatoriale*”;

VISTO il decreto commissariale n.56/2011 del 21/11/2011 “*Approvazione dei tetti di spesa per singola struttura e dello schema di contratto per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle case di cura private, per il biennio 2011/2012*” con cui tra l'altro, viene precisato che “*per la Casa di Cura Santa Maria Sas e la casa di Cura Sanatrix Srl verranno adottati specifici provvedimenti successivi alla conclusione del procedimento di volturazione dei relativi atti di autorizzazione e accreditamento ex L.R. 32/2007 rispettivamente a favore dell'associazione Opera Santa Maria della Pace e della Società Villa Letizia Srl, con i quali si procederà alla determinazione dei relativi tetti di spesa*”;

VISTO il decreto commissariale n.6/2012 del 21/02/2012 - avente ad oggetto: “*Contratto di cessione di Azienda tra il fallimento “Casa di Cura Sanatrix S.r.l.” e la Società “Villa Letizia S.r.l.”- Provvedimenti*” - con il quale è stata autorizzata la voltura, in favore della Società “Villa Letizia S.r.l.”, dell'accREDITamento

provvisorio all'attività di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale “limitatamente al titolo di legittimazione già in capo alla società Casa di Cura Sanatrix S.r.l.”;

VISTO il decreto commissariale n.17/2012 dell'11/05/2012 recante “*AccREDITamento predefinitivo Casa di Cura Società “Villa Letizia S.r.l.”- Provvedimenti*”;

VISTO il decreto commissariale n.9 del 15/03/2012 avente ad oggetto “*Contratto di Cessione di Azienda tra il fallimento Casa di Cura Santa Maria Sas di Verde Due Srl e l'Associazione Opera Santa Maria della Pace- Provvedimenti*” con il quale è stata autorizzata la voltura, in favore dell'Associazione Opera Santa Maria della Pace, dell'accREDITamento provvisorio relativo all'attività di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale limitatamente al titolo di legittimazione già in capo alla società Casa di Cura Santa Maria Sas di verde Due Srl;

PRESO ATTO del Decreto commissariale n.29 del 13/07/2012 avente ad oggetto: “*Istanza di autorizzazione al trasferimento dell'attività sanitaria afferente alla Casa di Cura Santa Maria presso la Casa di Cura L'Immacolata (art.3 L.R.32/2007)-Nulla osta di compatibilità programmatoria*”;

VISTA la determinazione DG19/19 del 05/11/2012 del Servizio Programmazione Sanitaria della Direzione Politiche della Salute, con la quale si prende atto dell'autorizzazione definitiva all'esercizio di attività sanitaria rilasciata dal Comune di L'Aquila alla Società “*Istituto di Fisiokinesiterapia Vivio S.r.l.*” per lo stabilimento di Fisiokinesiterapia sito in via Piccolomini, 28 e della relativa trasformazione societaria;

VISTO il Decreto Commissariale n.67/2012 del 27/12/2012 “*Definizione del fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale 2013-2015. Diagnostica per immagini, Laboratorio, Medicina Nucleare, Medicina fisica ed FKT, Odontoiatria e Branche a visita*”, da cui tra l'altro si rileva, nell'ambito dell'Azienda USL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, un fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle predette tipologie di strutture provvisoriamente accreditate, non soddisfatto dall'attuale sistema di offerta;

RILEVATA la necessità di garantire nella misura più ampia possibile sul territorio regionale, i livelli essenziali di assistenza con specifico riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

RITENUTO, pertanto, dover procedere alla definizione dei tetti di spesa 2013 relativi alla Casa di cura Sanatrix (da assegnare alla casa di Cura Villa Letizia), alla Casa di Cura Santa Maria (da assegnare alla Casa di Cura L'Immacolata - Opera Santa Maria della Pace) e all'Istituto di Fisiokinesiterapia Vivio, in linea con gli obiettivi regionali 2010, tenuto conto, altresì, della relativa misura di riduzione degli importi per l'anno 2013 come appresso determinata per gli erogatori di specialistica ambulatoriale, in applicazione di quanto stabilito dal D.L. 6 luglio 2012 n.95 convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n.135 ;

DATO ATTO che le *"Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle Strutture private provvisoriamente accreditate - Tetto di spesa anno 2010"* approvate con la Deliberazione commissariale n.53/2010 del 10/09/2010 hanno stabilito che:

- il tetto massimo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale rese dalle strutture, che non hanno stipulato specifici accordi, relative al I semestre 2010, è definito nella misura del 50% del tetto di spesa assegnato nel 2009 dalle Aziende USL territorialmente competenti a ciascuna struttura provvisoriamente accreditata;
- il tetto massimo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale rese dalle strutture, che non hanno stipulato specifici accordi, relative al II semestre 2010, è definito nella misura del 50% del fatturato prodotto nel 2009 da ciascuna struttura provvisoriamente accreditata;

RILEVATO che, in applicazione degli obiettivi regionali 2010 sopra richiamati deriva, per la strutture Sanatrix, Santa Maria e per l'Istituto di Fisiokinesiterapia Vivio, un valore di spesa annuo rispettivamente pari a :

- Euro 755.300,27 per la CC SANATRIX
- Euro 626.137,76 per la CC SANTA MARIA

- Euro 73.369,60 per l' ISTITUTO FKT VIVIO
per un totale complessivo pari a Euro 1.454.807,63;

VISTA l'ordinanza del Consiglio di Stato n.703/2012 con cui viene disposta la sospensione dell'esecutività della sentenza n.601/2011 sul ricorso n. 575/2012 proposto dalla Struttura FKT Santa Lucia di Ortucchio, onerando l'amministrazione di effettuare una nuova e più completa valutazione anche alla luce delle diverse e ulteriori circostanze emerse (che risultano dalla nota della Giunta Regionale 11 gennaio 2011 prot. RA 5633 e della Regione Abruzzo 2 marzo 2011 prot. 20293);

ATTESO CHE in esecuzione della predetta ordinanza sono state avviate le verifiche di cui alle sopracitate note, che sono tuttora in corso;

RITENUTO, di dover procedere alla definizione del tetto di spesa 2013 relativo al prefato Stabilimento FKT in linea con gli obiettivi regionali di cui alla Deliberazione commissariale n.53/2010- che fissava un tetto pari a 311.741,43 -tenuto conto, altresì, della relativa misura di riduzione degli importi per l'anno 2013 come appresso determinata per gli erogatori di specialistica ambulatoriale, in applicazione di quanto stabilito dal D.L. 6 luglio 2012 n.95 convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n.135;

DATO ATTO che con nota del 29/11/2012 - acclarata al prot.RA/274879 del 4/12/2012 - il Dr. Francesco Scioli (studio medico- branca a visita) ha comunicato la cessazione della sua attività di specialista convenzionato esterno;

PRESO ATTO della Sentenza n.749/2012 - depositata in data 9/11/2012- con cui il TAR dell'Aquila ha dichiarato inammissibile il ricorso presentato dal dott. di Eusanio Serafino (studio medico-branca a visita) per l'annullamento del Decreto Commissariale n.12/2011 del 29/03/2012 recante la revoca del relativo provvedimento di accreditamento; pertanto risulta efficace il prefato provvedimento commissariale n.12/2011 del 29/03/2012;

PRESO ATTO della necessità di adottare un criterio per la determinazione dei tetti di spesa 2013 che risulti oggettivo e che distribuisca

equamente l'abbattimento previsto dall'art.15, comma 14 del del DL 6 luglio 2012 n.95, convertito nella Legge 7 agosto 2012 n.135;

CONSIDERATO CHE la spesa consuntivata per l'anno 2011 relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale acquistate da privato ammonta ad Euro 30.244.806,75, come risulta da comunicazioni trasmesse dalle competenti Aziende USL della Regione Abruzzo e che l'1 per cento di tale importo è pari ad Euro 302.448,07; conseguentemente il valore massimo sostenibile per la Regione Abruzzo per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nel 2013 va determinato complessivamente in Euro 29.942.358,68;

RITENUTO, in applicazione dell'art 15 comma 14 del DL 95/2012, di dover determinare nella misura percentuale fissa del 9,26 per cento l'abbattimento da praticare ai valori di spesa indicati nella colonna A dell'allegato n.1, parte integrante e sostanziale del presente decreto, dei contratti e degli accordi sottoscritti nell'esercizio 2012 con gli erogatori privati provvisoriamente accreditati ai sensi dell'art.8 quinquies del decreto legislativo 31/12/1992, n.502, prima dell'entrata in vigore delle disposizioni di cui al DL 95/2012, facendo riferimento in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, agli atti di programmazione regionale della spesa sanitaria;

PRECISATO che la predetta percentuale fissa del 9,26 per cento è calcolata sulla base del rapporto del valore della spesa complessiva di Euro 32.998.012,06 pari all'importo deliberato con i decreti commissariali nn.55/2011 e s.m.i, 56/2011 e s.m.i e 57/2011 e s.m.i. e, per quanto riguarda i laboratori analisi privati, riferito al valore dei tetti di spesa della contrattazione 2010 confermati con nota commissariale prot. n RA/21719/Comm/DG16/DG18 del 27/01/2011 (Euro 31.287.812,00), incrementato dei valori di spesa innanzi calcolati per le Case di Cura Sanatrix, Santa Maria e gli Stabilimenti FKT Vivio Annamaria e Santa Lucia (complessivamente pari ad Euro 1.766.549,06) e ridotto dell'importo di spesa 2012 degli Studi Medici non più accreditati (complessivamente pari a Euro 56.349,00), al netto del valore del nuovo tetto di spesa complessivo di Euro 29.942.358,68

rideterminato ai sensi dell'art.15, comma 14, del DL 95/2012 convertito dalla L. 135/2012, rispetto al valore della predetta spesa complessiva di Euro 32.998.012,06:

$$\frac{32.998.012,06 - 29.942.358,68}{32.998.012,06}$$

CONSIDERATO che in forza della applicazione delle predette misure, così come previsto dalla normativa di che trattasi, gli importi dei contratti per l'acquisto di prestazioni dai singoli erogatori privati di specialistica ambulatoriale per l'anno 2013, vanno determinati nella misura indicata alla colonna B dell' Allegato 1 al presente provvedimento;

CONSIDERATO che le Regioni interessate al Piano di rientro, non potendo contare su risorse regionali proprie, non hanno alcun margine per reperire ulteriori risorse da assegnare alle strutture private accreditate;

RITENUTO di dover precisare che pertanto il budget assegnato a ciascuna struttura è tale da ricomprendere anche la quota da destinarsi alla mobilità extraregionale;

RITENUTO, a tal fine, di dover procedere alla definizione di un modello contrattuale uniforme da sottoscrivere tra Regione Abruzzo, Direttori Generali delle AA.SS.LL. ed Erogatori privati;

ATTESO che è tutt'ora in corso il complesso processo di riordino della rete laboratoristica privata avviato con il decreto commissariale n.11/2011 del 29/03/2011e ss.mm.ii. e che pertanto, nelle more della conclusione della riorganizzazione e razionalizzazione di che trattasi, i laboratori aderenti ai consorzi approvati con decreto commissariale n.62/2011 del 02/12/2011 sono ammessi alla contrattazione per l'anno 2013 come singoli erogatori provvisoriamente accreditati;

VISTO l'allegato schema di contratto di cui all'allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che sarà sottoscritto tra la Regione Abruzzo, le AA.SS.LL. e gli Stabilimenti FKT, gli Studi di radiologia, i Laboratori di analisi che non hanno aderito alla rete dei Consorzi approvati con decreto commissariale n.62/2011 e le Case di Cura , con esclusione della Casa di Cura Villa Pini Srl, per l'erogazione di prestazioni di specialistica

ambulatoriale da rendere nell'anno 2013, sia a pazienti regionali che extraregionali;

PRESO ATTO della Determina DG19/06 del 03/05/2011 con cui il competente Servizio regionale autorizza, tra l'altro, la voltura dell'accreditamento provvisorio in titolarità alla Società Laboratorio analisi Salus Srl di Pescara, con sede in Pescara alla via G. D'Annunzio n.23, alla Società Laboratorio Analisi Lifecare Srl, con sede in Pescara in Via Venezia n.4;

DATO ATTO che pertanto per il "Laboratorio analisi Salus" di Pescara in affitto alla Società "Laboratorio analisi Lifecare Srl", non aderente al riordino della rete laboratoristica privata, il contratto è efficace fino al 31/12/2013 o eventualmente- fino al termine inferiore di durata del contratto di affitto derivante da anticipata cessazione del medesimo intervenuta per qualsiasi causa;

STABILITO che per lo Stabilimento FKT "Santa Lucia" la procedura di interlocuzione e la sottoscrizione del relativo contratto sono rinviate ad eventuali successivi provvedimenti all'esito delle verifiche tuttora in corso;

VISTO il Decreto commissariale n. 13/2011 del 31 marzo 2011 con il quale si prende atto del contratto di affitto di Azienda corrente tra la Curatela del Fallimento Villa Pini d'Abruzzo e la Casa di cura Abano Terme Polispecialistica e Termale S.p.A stipulato il 23.12.2010 e si autorizza la cessione a detta Casa di Cura Abano Terme dei contratti stipulati per l'erogazione di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale;

CONSIDERATO che la scadenza del suddetto contratto di affitto è stata prorogata al 31.03.2013, come comunicato con nota Racc. A.R prot. n. 1032P/VP del 29 settembre 2012 acquisita al protocollo n. RA 219374 del 02.10.2012 della Direzione Politiche della Salute;

VISTO l'allegato schema di contratto di cui all'allegato 3, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, predisposto ai fini della sottoscrizione dell'accordo contrattuale tra la Regione Abruzzo, le quattro Aziende UU.SS.LL. insistenti nel territorio regionale -per l'erogazione di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, sia a pazienti

regionali che extraregionali, dalla Casa di cura privata facente capo al Fallimento "Villa Pini d'Abruzzo"- la Società Casa di Cura Abano Terme Polispecialistica e Termale S.p.A. per il periodo dal 01.01.2013 al 31.03.2013 (ovvero fino alla scadenza del contratto di affitto) e la Curatela fallimentare per il periodo successivo fino al 31 dicembre 2013;

VISTO lo schema di contratto di cui all'allegato 4, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che sarà sottoscritto tra la Regione Abruzzo, le AA.SS.LL. ed i Laboratori di analisi provvisoriamente accreditati che hanno aderito ai consorzi approvati con decreto commissariale n.62/2011, per l'erogazione di prestazioni da rendere nell'anno 2013, sia a pazienti regionali che extraregionali;

DATO ATTO che per i Laboratori di analisi provvisoriamente accreditati aderenti ai Consorzi, il contratto è efficace fino al 31 dicembre 2013 o eventualmente- fino alla scadenza inferiore derivante dalla sottoscrizione del contratto tra la Regione Abruzzo ed il relativo Consorzio di appartenenza;

STABILITO che per il laboratorio analisi Sant'Anna (punto prelievi del Consorzio ATQ) e il Laboratorio analisi Analitica di Piergiuseppe Ceddia (punto prelievi del Consorzio Biofleman) verranno adottati eventuali successivi provvedimenti nell'ambito della definizione delle condizioni contrattuali dei rispettivi Consorzi approvati con il decreto commissariale n.62/2011;

VISTO lo schema di contratto di cui all'allegato 5, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che sarà sottoscritto tra la Regione Abruzzo, le AA.SS.LL. e gli Studi Medici-branches a Visita per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale-anno 2013- da rendere sia a pazienti regionali che extraregionali;

VISTO l'art. 8, comma 4, della legge regionale n. 32 del 31.07.2007, che stabilisce che gli accordi contrattuali vengono stipulati con l'amministrazione regionale e sottoscritti dal Presidente della Giunta Regionale;

TENUTO CONTO che il presente decreto, unitamente all'allegati schemi contrattuali

(all.2,3,4 e 5), viene notificato, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, a ciascun erogatore privato entro il termine di sette giorni dalla data di adozione, fissando, altresì, la data di sottoscrizione del contratto con gli erogatori ammessi alla contrattazione che deve essere effettuata entro i successivi quindici giorni;

CONSIDERATO che il termine di cui sopra può anche essere utilizzato dall'erogatore privato ammesso alla contrattazione ai fini del deposito di eventuali controdeduzioni al Commissario ad acta in ordine al rapporto di sua competenza quale risultante dallo schema di contratto e dai tetti assegnati e che, in tal caso, il Commissario provvederà a fornire la relativa risposta entro i successivi quindici giorni fissando entro i successivi dieci giorni la data per la stipula del contratto;

ATTESO che, in ogni caso, viene fissata la data del 5 Aprile 2013 come termine massimo per la sottoscrizione di tutti i contratti afferenti con gli erogatori privati di specialistica ambulatoriale ammessi alla contrattazione, anche a seguito della eventuale procedura di interlocuzione;

CONSIDERATO che i tetti fissati nel presente provvedimento, per ciascuna struttura privata, costituiscono il limite massimo di spesa che la Regione Abruzzo, che è in Piano di Rientro e in regime commissariale, può mettere a disposizione per la copertura di contratti per gli erogatori privati ed il cui rispetto è quindi condizione per l'esistenza e validità del contratto;

PRECISATO pertanto che la regione Abruzzo non dispone di risorse aggiuntive da destinare al finanziamento di eventuali produzioni extrabudget che non possono in alcun modo essere remunerate;

VISTO l'art 7 comma 5 lett b) della LR 32 del 31-7-2007 che prevede la revoca dell'accreditamento nel caso di erogazione per due annualità, nel periodo di validità dell'accordo contrattuale, di prestazioni - delle quali è comunque vietata la remunerazione - eccedenti nella misura massima del 7,5% il programma preventivamente concordato e sottoscritto nell'accordo stesso;

SPECIFICATO, con riferimento agli erogatori privati non intenzionati a sottoscrivere il contratto proposto, che non potranno essere erogate a nessun titolo prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale dalla data della mancata stipula del suddetto accordo e che - contestualmente - verrà data formale comunicazione, ai sensi degli artt. 7 e 8 della Legge 241/1990 e ss. mm. ii., di avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento per effetto dell'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies* del D. Lsg. 30.12.1992 n° 502 e ss. mm. ii.;

CONSIDERATO CHE le prestazioni eventualmente erogate nelle more del termine fissato con il presente provvedimento in ordine alla stipula del contratto e che non venissero ricoperte con la sottoscrizione del contratto di che trattasi - che ha decorrenza giuridica a partire dal 01.01.2013 - ove ne venisse accertata da parte del Servizio Sanitario Regionale l'effettiva utilità ricevuta, verranno indennizzate nella misura del 90% delle tariffe vigenti, fatto salvo il diritto del privato interessato di far valere e dimostrare una diversa misura ai sensi dell'art. 2041 del c.c.;

RILEVATO che quanto sopra rappresentato riveste carattere di urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi alla definizione delle negoziazioni con le strutture private provvisoriamente accreditate di che trattasi e che, pertanto, il presente atto non è sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

Tutto ciò premesso

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di dare atto** che le strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con le quali si procede alla negoziazione sono quelle provvisoriamente accreditate operanti sul territorio all'atto dell'emanazione della L.R. 31.07.2007, n. 32, ai sensi dell'articolo 12 della legge stessa;
2. **di autorizzare** nella misura di Euro 29.942.358,68 (Euro ventinovemilanovecento-quarantaduetrecentocinquantotto/68) il tetto di spesa complessivo relativo all'anno

- 2013 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale così come ripartito tra le singole strutture private di cui all'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. **di coprire** la spesa di ciascun contratto con i singoli erogatori privati provvisoriamente accreditati- in attuazione dei criteri indicati in narrativa- nella misura indicata nell'allegato 1 sia in favore dei residenti sul territorio regionale sia in favore dei non residenti;
 4. **di approvare** il modello di contratto negoziale di cui all'allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che sarà sottoscritto tra la Regione Abruzzo, le AA.SS.LL. e gli Stabilimenti FKT, Studi di radiologia, i Laboratori di analisi che non hanno aderito alla rete dei Consorzi approvati con decreto commissariale n.62/2011 e le Case di Cura, con esclusione della Casa di Cura Villa Pini, per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale da rendere nell'anno 2013, sia a pazienti regionali che extraregionali;
 5. **di dare atto** che per il "Laboratorio analisi Salus" di Pescara in affitto alla Società "Laboratorio analisi Lifecare Srl" il contratto è efficace fino al 31/12/2013 o eventualmente- fino al termine inferiore di durata del contratto di affitto derivata da anticipata cessazione del medesimo intervenuta per qualsiasi causa;
 6. **di stabilire** che per lo Stabilimento FKT "Santa Lucia" la procedura di interlocuzione e la sottoscrizione del relativo contratto sono rinviate ad eventuali successivi provvedimenti all'esito delle verifiche tuttora in corso;
 7. **di approvare** lo schema di contratto di cui all'allegato 3, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, da sottoporre alla sottoscrizione - per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale, da rendere sia a pazienti regionali che extraregionali, per la Casa di Cura privata facente capo al Fallimento "Villa Pini d'Abruzzo"- alla Società Casa di Cura Abano Terme Polispecialistica e Termale S.p.A. per il periodo dal 01.01.2013 al 31.03.2013 (ovvero fino alla scadenza del contratto di affitto) ed alla Curatela fallimentare per il periodo successivo fino al 31 dicembre 2013;
 8. **di approvare** il modello di contratto negoziale di cui all'allegato 4, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che sarà sottoscritto tra la Regione Abruzzo, le AA.SS.LL. ed i Laboratori di analisi provvisoriamente accreditati che hanno aderito ai consorzi approvati con decreto commissariale n.62/2011, per l'erogazione di prestazioni da rendere nell'anno 2013, sia a pazienti regionali che extraregionali;
 9. **di stabilire** che per il laboratorio analisi Sant'Anna (punto prelievi del Consorzio ATQ) e il Laboratorio analisi Analitica di Piergiuseppe Ceddia (punto prelievi del Consorzio Biofleman) verranno adottati eventuali successivi provvedimenti nell'ambito della definizione delle condizioni contrattuali dei rispettivi Consorzi di appartenenza;
 10. **di approvare** il modello di contratto negoziale di cui all'allegato 5, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che sarà sottoscritto tra la Regione Abruzzo, le AA.SS.LL. e gli Studi Medici-branches a Visita per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale-anno 2013- da rendere sia a pazienti regionali che extraregionali;
 11. **di stabilire** che il presente decreto, unitamente agli allegati schemi contrattuali (all.2,3,4 e 5), viene notificato, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, a ciascun erogatore privato entro il termine di sette giorni dalla data di adozione, fissando, altresì, la data di sottoscrizione del contratto con gli erogatori ammessi alla contrattazione che deve essere effettuata entro i successivi quindici giorni;
 12. **di stabilire** che il termine di cui sopra può anche essere utilizzato dall'erogatore privato ammesso alla contrattazione ai fini del deposito di eventuali controdeduzioni al Commissario ad acta in ordine al rapporto di sua competenza quale risultante dallo schema di contratto e dai tetti assegnati e che, in tal caso, il Commissario provvederà a fornire la relativa risposta entro i successivi quindici giorni fissando entro i successivi dieci giorni la data per la stipula del contratto;
 13. **di fissare** la data del 5 Aprile 2013 come termine massimo per la sottoscrizione di tutti i contratti afferenti con gli erogatori privati di specialistica ambulatoriale

- ammessi alla contrattazione, anche a seguito della eventuale procedura di interlocuzione;
14. **di dare atto** che, con riferimento agli erogatori privati non intenzionati a sottoscrivere il contratto proposto, non potranno essere erogate a nessun titolo prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale dalla data della mancata stipula del suddetto accordo e che – contestualmente – verrà data formale comunicazione, ai sensi degli artt. 7 e 8 della Legge 241/1990 e ss. mm. ii., di avvio del procedimento di sospensione dell’accreditamento per effetto dell’art. 8 quinquies, comma 2 quinquies del D. Lsg. 30.12.1992 n° 502 e ss. mm. ii.
 15. **di dare atto** che le prestazioni eventualmente erogate nelle more del termine fissato con il presente provvedimento in ordine alla stipula del contratto e che non venissero ricoperte con la sottoscrizione del contratto di che trattasi - che ha decorrenza giuridica a partire dal 01.01.2013 – ove ne venisse accertata da parte del Servizio Sanitario Regionale l’effettiva utilità ricevuta, verranno

- indennizzate nella misura del 90% delle tariffe vigenti, fatto salvo il diritto del privato interessato di far valere e dimostrare una diversa misura ai sensi dell’art. 2041 del c.c.;
16. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell’Economia e delle Finanze, siccome previsto nell’Accordo con la Regione Abruzzo per l’attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico per la relativa validazione;
 17. **disporre** che il presente provvedimento venga trasmesso ai Direttori Generali delle Unità Sanitarie Locali e comunicato, secondo le modalità indicate in narrativa, alle strutture private interessate provvisoriamente accreditate e che sia pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Giovanni Chiodi

Seguono Allegati

ALLEGATO 1

Stabilitimenti FKT e studi di radiologia provvisoriamente accreditati		Altera		A/Tetto pre Spending Review		% Abbattimento		B) Tetto 2013		Delta (€)	
Tipologia	Struttura										
Stabilitimenti FKT	BLEU S.r.l.	Pescara	213.120	9,26%	193.385	- 19.735					
	CENFIS, S.r.l. Centro Fisiocinesiterapico Aquilano	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	189.963	9,26%	172.372	- 17.591					
	COLAROSSO ROBERTO & C. S.a.s.	Pescara	123.185	9,26%	111.778	- 11.407					
	COPAN S.a.s.	Pescara	152.878	9,26%	138.721	- 14.157					
	DE LUCA dr. FABIO	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	122.342	9,26%	111.013	- 11.329					
	DON ORIONE Provincia Religiosa SS. Apostoli Pietro e Paolo	Pescara	158.667	9,26%	143.974	- 14.693					
	FISIOTER	Pescara	453.756	9,26%	411.738	- 42.018					
	GLORIA S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	126.777	9,26%	115.037	- 11.740					
	MASCI dr.ssa Giovanna & C. S.a.s.	Pescara	308.736	9,26%	280.147	- 28.589					
	MEDICAL MARSICANO S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	149.631	9,26%	135.775	- 13.856					
	PADRE ALBERTO MILENO Fondazione Onlus - S. FRANCESCO D'ASSISI	Lanciano-Vasto-Chieti	162.933	9,26%	147.845	- 15.088					
	RADIOSANIT S.r.l.	Teramo	14.460	9,26%	13.121	- 1.339					
	SALUS S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	192.201	9,26%	174.403	- 17.798					
	SAN GIUSEPPE S.r.l.	Lanciano-Vasto-Chieti	270.385	9,26%	245.347	- 25.038					
	SANTA LUCIA S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	311.741	9,26%	282.874	- 28.868					
	SCIUBA dr. TORINTO S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	73.661	9,26%	66.840	- 6.821					
	STATIC S.r.l.	Pescara	651.994	9,26%	591.619	- 60.375					
	VILLA ROMINA S.r.l.	Lanciano-Vasto-Chieti	145.896	9,26%	132.386	- 13.510					
	ISTITUTO DI FISIOKINESITERAPIA VIVIO S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	73.370	9,26%	66.575	- 6.794					
	VUZA dr.ssa MARIA & C. S.a.s.	Pescara	245.282	9,26%	222.569	- 22.713					
Totale Stabilitimenti FKT			4.140.978	9,26%	3.757.519	- 383.459					
Studi di Radiologia	4R S.n.c.	Pescara	84.328	9,26%	76.519	- 7.809					
	BLEU S.r.l.	Pescara	198.187	9,26%	179.835	- 18.352					
	Istituto Diagnostico Italiano Madonna del ponte S.r.l.	Lanciano-Vasto-Chieti	1.454.301	9,26%	1.319.631	- 134.670					
	RADIOSANIT S.r.l.	Teramo	81.605	9,26%	74.048	- 7.557					
	REGINA MARGHERITA di Lauriti Dr. Giovanni S.a.s.	Pescara	126.992	9,26%	115.232	- 11.760					
	SAN GIUSEPPE S.r.l.	Lanciano-Vasto-Chieti	206.540	9,26%	187.414	- 19.126					
	SCIUBA dr. TORINTO S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	191.572	9,26%	173.832	- 17.740					
	Totale Studi di Radiologia			2.343.525	9,26%	2.126.512	- 217.013				
TOTALE COMPLESSIVO			6.484.503	9,26%	5.884.031	- 600.472					

Allegato a Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 9 del 04 FFR 2013

ALLEGATO 1

Case di Cura provvisoriamente accreditate		A) Tetto pro Spending Review		B) Tetto 2013		Delta (€)
Struttura	Azienda	% Abbattimento	Tetto 2013	Delta (€)		
DI LORENZO S.p.A.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	9,26%	2.206.375	2.002.062	-	204.313
INI S.r.l. - Divisione CANISTRO	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	9,26%	598.883	543.426	-	55.457
L'IMMACOLATA - Ass.ne Opera Santa Maria della Pace	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	9,26%	1.085.377	984.870	-	100.507
PIERANGELI S.r.l.	Pescara	9,26%	3.485.541	3.162.776	-	322.765
SAN RAFFAELE	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	9,26%	468.626	425.231	-	43.395
SPATOCCO	Lanciano-Vasto-Chieti	9,26%	2.363.837	2.144.943	-	218.894
VILLA LETIZIA S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	9,26%	563.317	511.153	-	52.164
VILLA PINI D'ABRUZZO S.r.l.	Lancianb-Vasto-Chieti	9,26%	4.116.421	3.735.236	-	381.185
VILLA SERENA S.r.l.	Pescara	9,26%	4.166.540	3.780.714	-	385.826
SANATRIX S.r.l.*	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	9,26%	755.300	685.359	-	69.942
SANTA MARIA S.a.s.**	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	9,26%	626.138	568.157	-	57.981
Totale		9,26%	20.436.355	18.543.925	-	1.892.430

* tetto da assegnare alla Casa di Cura Villa Letizia S.r.l.

** tetto da assegnare alla Casa di Cura L'Immacolata - Ass.ne Opera Santa Maria della Pace

ALLEGATO 1

Branche a visita		B)		Delta (€)
Struttura	Azienda	A) Tetto pro Spending Review	Tetto 2013	
		% Abbattimento		
D'ASCENZO dr. Ugo	Lanciano-Vasto-Chieti	9,26%	23.255	21.102 - 2.153
DE BERARDINIS dr. Vincenzo - Centro Oculistico Santa Lucia Srl	Lanciano-Vasto-Chieti	9,26%	88.766	80.546 - 8.220
DI CRECCHIO dr. Ezio	Lanciano-Vasto-Chieti	9,26%	37.818	34.316 - 3.502
DI PRINZIO dr. Antonio	Lanciano-Vasto-Chieti	9,26%	59.197	53.715 - 5.482
MINICUCCI dr. Renato	Pescara	9,26%	25.526	23.162 - 2.364
ORLANDI dr.ssa Adriana	Pescara	9,26%	25.355	23.007 - 2.348
VARRATI dr. Carlo	Lanciano-Vasto-Chieti	9,26%	35.183	31.925 - 3.258
Totale		9,26%	295.100	267.773 - 27.327

ALLEGATO 1

Laboratori analisi provvisoriamente accreditati		Prov.	A	B	Delta (€)
Struttura	% Abbonamenti				
ALFA S.n.c.	9,26%	PE	33.152	30.082	- 3.070
ALHENA S.a.s.	9,26%	PE	86.074	78.103	- 7.971
ALTO SANGRO di Cocco & C. S.a.s.	9,26%	CH	260.411	236.297	- 24.114
ARS MEDICA di Valli dott.ssa Illeana & C. S.a.s	9,26%	PE	96.963	87.984	- 8.979
BELLUZZI del Dr. L. DI Muzio e C. S.n.c.	9,26%	CH	24.262	22.015	- 2.247
BIOANALISI Srl	9,26%	CH	287.531	260.905	- 26.626
BIOCONTROL S.n.c.	9,26%	AQ	204.511	185.573	- 18.938
BIOLOGICHE S.r.l.	9,26%	CH	40.824	37.044	- 3.780
BIOMETRON S.a.s	9,26%	AQ	76.498	69.414	- 7.084
BIOS del Dr. Zappacosta Paride, Roberto Luciani & C. S.a.s.	9,26%	CH	116.486	105.699	- 10.787
BIOTEST S.n.c.	9,26%	PE	79.436	72.080	- 7.356
CARBONI SAUL S.n.c.	9,26%	PE	72.223	65.535	- 6.688
CARRESE	9,26%	AQ	65.126	59.095	- 6.031
CENTRO MEDICO di Cervone Eliana & C. S.n.c.	9,26%	CH	11.081	10.055	- 1.026
CLINILAB S.r.l.	9,26%	TE	238.845	216.728	- 22.117
CLINITEST S.r.l.	9,26%	PE	58.022	52.649	- 5.373
CWAY S.r.l.	9,26%	CH	123.138	111.735	- 11.403
DACE S.n.c.	9,26%	CH	132.157	119.919	- 12.238
DI IORIO MARIO & C. S.r.l.	9,26%	PE	30.471	27.649	- 2.822
DI PERNA dr. NICOLA e figlia S.n.c.	9,26%	CH	43.335	38.415	- 4.920
DI ROCCO & M. TARQUINIO Soc. Sempl.	9,26%	CH	55.073	49.973	- 5.100
DOVIM S.a.s.	9,26%	PE	72.573	65.853	- 6.720
FANCI Prof. Dr. Urbano & C. S.a.s.	9,26%	CH	124.938	113.369	- 11.569
FLEMING S.a.s.	9,26%	TE	174.633	158.462	- 16.171
FLEMING S.r.l.	9,26%	AQ	31.883	28.931	- 2.952
FLEMING S.r.l.	9,26%	CH	54.534	49.484	- 5.050
FRENTANO di Bianco M. Vittoria S.n.c.	9,26%	CH	109.617	99.466	- 10.151
GALENO del Dr. D'Alessandro & C. S.a.s.	9,26%	CH	114.788	104.159	- 10.629
GRAM Sas	9,26%	CH	187.240	169.901	- 17.339
HISTONIUM di Montanaro Francesco & C. S.n.c.	9,26%	CH	201.121	182.497	- 18.624
IGEA di Di Pietro Rossella e C. S.n.c.	9,26%	PE	51.677	46.892	- 4.785
IGEA S.a.s. di F. Ciomaroni & C.	9,26%	PE	23.044	20.910	- 2.134
IGEA S.r.l.	9,26%	AQ	112.957	102.497	- 10.460

ALLEGATO I

Laboratori analisi provvisoriamente accreditati	Struttura	Prov.	A		% Abbinamento	B		Delta (€)
			Totale pre Spending Review*			Totale 2013		
IGEA S.r.l.		TE	197.242	9,26%	178.977	-	18.265	
ITALIA S.r.l.		TE	215.050	9,26%	195.136	-	19.914	
IULIUS S.n.c.		TE	271.011	9,26%	245.915	-	25.096	
MANTOUX		CH	272.359	9,26%	247.138	-	25.221	
MARCHEGIANI S.n.c.		PE	77.714	9,26%	70.518	-	7.196	
MATER DOMINI del dr. ACETOSO Massimo		CH	91.782	9,26%	83.283	-	8.499	
MENDEL - Studio associato		CH	94.935	9,26%	86.144	-	8.791	
PETRAGNANI di Bonacci A. & C. S.n.c.		CH	73.380	9,26%	66.585	-	6.795	
PRECI-LAB di Marucci & C. S.n.c.		CH	286.870	9,26%	260.306	-	26.564	
RIA S.n.c.		CH	93.185	9,26%	84.556	-	8.629	
RUTOLO ELEONORA Soc. SEMPL.		PE	96.857	9,26%	87.888	-	8.969	
S. ANTONIO di Anna D'Annunzio S.n.c.		PE	55.692	9,26%	50.535	-	5.157	
S. CAMILLO S.a.s.		PE	139.413	9,26%	126.503	-	12.910	
S. DAMIANO S.a.s.		PE	41.000	9,26%	37.203	-	3.797	
SALUS di Antonelli Anna Maria S.a.s.		CH	30.834	9,26%	27.979	-	2.855	
SALUS S.r.l.		PE	35.418	9,26%	32.138	-	3.280	
SANTA LUCIA S.n.c.		PE	56.527	9,26%	51.293	-	5.234	
SANT'ANNA di MARCUCCI R. & C. Sas		PE	-	9,26%	-	-	-	
SO.PRE.MA. S.r.l.		PE	26.793	9,26%	24.312	-	2.481	
VAL VIBRATA S.r.l.		TE	232.368	9,26%	210.850	-	21.518	
Totale			5.782.054	9,26%	5.246.629	-	595.425	

*Valore dei leiti di spesa della certificazione 2010 confermati con nota commissoriale prot. n. RA/21719/Comm/DG16/DG18 del 27/01/2011

Allegato a **DECRETO** del Commissario
ad ACTA

n. **9** del **04 FEB, 2013**

ALLEGATO 2

**CONTRATTO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**
(STABILIMENTI FKT, STUDI DI RADIOLOGIA, CASE DI CURA, LABORATORI DI ANALISI NON ADERENTI ALLA RETE
DEI CONSORZI APPROVATI CON DECRETO COMMISSARIALE N.62/2011)
ANNO 2013

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

- la Società/Associazione/Fondazione P.I., con sede in, alla via, in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, sig., il quale si dichiara munito dei poteri necessari a contrarre il presente atto in nome e per conto della Struttura. con sede operativa in (di seguito indicata come Struttura)

PREMESSO CHE

La Struttura è provvisoriamente accreditata all'esercizio di prestazioni di specialistica ambulatoriale e consegue il definitivo accreditamento unicamente all'esito positivo del relativo iter procedurale in corso di svolgimento;

PRESO ATTO

- del Decreto Commissariale n. _____ del _____ recante " Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di Specialistica Ambulatoriale privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013 "di cui il presente allegato 2 costituisce parte integrante e sostanziale

SI CONVIENE E SI STIPULA

Art. 1

Documentazione

1. Per la sottoscrizione del presente accordo la Struttura presenta:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15, comma 1, Legge 12/11/2011, n.183 di essere in regola nell'adempimento agli obblighi contributivi nei confronti del personale dipendente;

- dichiarazioni ai sensi del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15, comma 1, Legge 12/11/2011, n.183 sostitutive dei seguenti certificati:

- Certificato attestante l'iscrizione al Registro delle Imprese – ove previsto-, rilasciato dalla competente C.C.I.A.A. in data _____, indicante l'attestazione di insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure e la dicitura antimafia di cui all'art. 9 del D.P.R. 3 giugno 1998, n. 352;
- Certificato dei carichi pendenti relativo ai soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura;
- Certificato generale del casellario giudiziale per i soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura;
- Certificato rilasciato già previsto dagli art.li 80 e 81 del D.Lgs.231/01 come attualmente contemplato dal DPR 14/11/2002 n.313 di non aver subito la Struttura nessuna sanzione e di non esser pendente nei suoi confronti nessun procedimento concernente le comminatorie;
- Certificato attestante l'otterperanza alle norme per il diritto al lavoro dei disabili (ex art. 17 della l. 12 marzo 1999, n. 68).

2. La stipula del presente contratto avviene con la riserva di cui all'art. 11 commi 2 e 3 del D.P.R. 252/98 e ss.mm.ii. La Struttura, presenta, unitamente alle dichiarazioni di cui al punto 2, copia della Richiesta di informazioni al Prefetto di cui all'art 10 comma 6 del D.P.R. 3 giugno 1998, n. 252. Le suddette informazioni dovranno essere recapitate all'A.S.L. di competenza tenuta a segnalare alla Regione eventuali tentativi di infiltrazione mafiosa

accertati successivamente alla stipula del presente accordo.

Art. 2

Oggetto

1. Per l'anno 2013 il Servizio Sanitario Regionale affida alla Struttura 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:
 - la Struttura si obbliga ad erogare le prestazioni di cui all'art. 3;
 - la A.S.L., nel cui ambito territoriale la Struttura è ubicata, si obbliga a remunerarle.
3. Le prestazioni sono erogate in favore degli aventi diritto, regionali ed extraregionali che, esercitando la libera scelta, decidono di accedervi per il tramite della Struttura nei limiti del budget ad essa assegnato.

Art. 3

Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa

1. La Struttura si impegna ad erogare per l'anno 2013, le sole prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, di cui al piano delle prestazioni che sarà definito con il Direttore Generale della Unità Sanitaria Locale ove è territorialmente ubicata la Struttura, il quale individuerà in via ~~prioritaria le prestazioni caratterizzate da elevati tempi di attesa, nei limiti del tetto di spesa di cui~~ al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati ed accetta, come corrispettivo massimo annuale, il tetto di spesa 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;
 - del valore del tetto di spesa di cui all'art. 3;
 - delle disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2011-2012;
 - della normativa antinfortunistica.
2. La Struttura 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. La Struttura 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 2. Detta oscillabilità mensile del 10%, quando in eccesso, non è ammessa per le prestazioni erogate nell'ultimo trimestre dell'anno 2013 (ottobre-novembre-dicembre 2013).
2. Le prestazioni dichiarate inappropriate, incongrue ed illegittime dagli Organismi di controllo di cui all'art. 11 rientrano nel limite mensile del 10% 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 la Struttura 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 della Struttura.
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 la Struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

Art. 7**Ulteriori obblighi della Struttura**

1. La Struttura 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;
- 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 secondo quanto verrà specificato dall'Amministrazione regionale;
- ad aderire al progetto fascicolo sanitario elettronico;
- 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. La Struttura 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;

Art. 9**Personale della Struttura e requisiti di compatibilità**

1. La Struttura 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. La Struttura garantisce l'impiego di personale in possesso dei titoli abilitanti che 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 della Struttura 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 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. La Struttura si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dalla Struttura nell'elenco di cui al punto 4 del presente articolo.

Art. 10

Obblighi informativi della Struttura

1. La Struttura 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 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. La Struttura 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 le Strutture dotate di apparecchiature), STS 21 ed il file art.50 Sistema Tessera Sanitaria (SOGEI).
6. La Struttura 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 dalla Struttura 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. Detti controlli possono essere effettuati anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria;
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 10%.
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. 13
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. 13 punto 1.
7. La Struttura 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 della Struttura;

- 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 dalla Struttura.

Al termine delle operazioni di verifica, il verbale è consegnato alla Struttura.

- entro i successivi 10 giorni dalla consegna del verbale, la Struttura può presentare contro-deduzioni;
- entro 10 giorni dalla ricezione delle contro-deduzioni formulate dalla Struttura, l'A.S.L. competente comunica alla Struttura 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 della Struttura e delle ~~motivazioni della mancata o diversa liquidazione.~~

11. Resta ferma la responsabilità della Struttura per inadempienze relative a circostanze e prestazioni che non hanno formato oggetto di controllo.

Art. 12

Modalità di fatturazione

1. La Struttura trasmette alla A.S.L. di competenza territoriale e all'Agenzia Sanitaria della Regione Abruzzo (ASR), 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, 4 e 5.
2. La fattura è trasmessa all'A.S.L. territorialmente competente e all'ASR Abruzzo 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 dalla Struttura 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 in corrispondenza del

conto - 40.03.00 "Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie. Altro";

5. Alla fattura deve essere allegata la seguente la documentazione relativa alla produzione di cui all'art. 10.
6. L'A.S.L. verifica la regolarità del DURC e non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente articolo.

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. 9/11/2012 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 del 10% entro 30 giorni dalla protocollazione della fattura.
3. 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 alla Struttura 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. 18.
6. Nei casi in cui la somma corrisposta mensilmente in acconto alla Struttura 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.
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 dalla Struttura in forza del presente contratto, risultino non dovute totalmente o in parte.
10. Gli interessi per ritardato pagamento sono fissati nella misura di legge e decorrono dal sessantesimo giorno successivo alla data di protocollazione della fattura.

Art. 14

Tariffe

1. Le prestazioni di cui al presente contratto sono remunerate:
 - dal 1 gennaio 2013 al 27 gennaio 2013 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;
 - dal 28 gennaio 2013 al 31 dicembre 2013 secondo le tariffe individuate con apposito decreto del ~~Commissario ad Acta in attuazione del Decreto del Ministero della Salute del 18/10/2012 (pubblicato sulla G.U. n.23 del 28/01/2013, supplemento ordinario n.8);~~
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 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 dalla struttura a titolo di anticipazione e la A.S.L. ne tiene conto all'atto del pagamento degli acconti mensili/bimensili, corrispondendo solo la differenza tra quanto già riscosso dalla struttura 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 dalla Struttura a titolo di anticipazione non costituendo in nessun caso fonte di remunerazione aggiuntiva.

Art. 15

Cessione dei crediti

1. La Struttura 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 dalla relativa notifica 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. 13 punto 7. In conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo.
3. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo ed in conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori di quanto previsto ai commi precedenti 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 ai sensi dell'art. 18.

Art. 17

Durata

1. Il presente contratto regola le prestazioni rese a decorrere dal 1 gennaio 2013 fino al 31 dicembre 2013;

Art. 18

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 dalla Struttura ai fini della stipula e della esecuzione del presente contratto;
 - l'impedimento ai controlli di cui agli artt. 11, 13;
 - 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. 13;
 - 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 alla Struttura 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 della Struttura.

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.

Art. 20

Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la Struttura 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, la Struttura 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. 21

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. 22

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

La Struttura

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, 13,14,15,16, 17 – comma 2, 18,20.

La Struttura

**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 a 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

			1	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') 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 anagrafo 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'. Da segnalare solo se importo maggiore di zero	
73	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	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 della 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 associate 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	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

Allegato a **Decreto** del Commissario
ad ACTA

n. 9 del 04 FEB. 2013

ALLEGATO 3

CONTRATTO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
CASA DI CURA PRIVATA VILLA PINI D'ABRUZZO Srl
ANNO 2013

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

- La Struttura privata "Villa Pini D'Abruzzo Srl" con sede in Chieti, alla via dei Frentani, in persona:
- del legale rappresentante pro-tempore della Casa di Cura Abano Terme Polispecialistica e Termale S.p.A., con sede in Abano Terme (PD), alla piazza Cristoforo Colombo n.1, P.I. _____, Sig. _____, il quale si dichiara munito dei poteri necessari a contrarre il presente atto in nome e per conto della Casa di Cura facente capo al Fallimento della Società Villa Pini d'Abruzzo s.r.l., in virtù del contratto di affitto in essere con la Curatela Fallimentare, per il periodo dal 01.01.2013 al 31.03.2013, ovvero fino alla scadenza naturale del contratto di affitto tra la Curatela

fallimentare della Società "Villa Pini d'Abruzzo Srl" e la medesima società "Casa di Cura Abano Terme Polispecialistica e Termale S.p.A.", eventualmente, a quella inferiore derivante da anticipata cessazione del medesimo, intervenuta per qualsiasi causa, come stabilito con decreto commissariale n.13/2011 del 31 marzo 2011 (di seguito anche indicata come "Struttura");

- del Curatore Fallimentare avv. Giuseppina IVONE, Curatela del Fallimento della Società Villa Pini d'Abruzzo s.r.l., PI _____, la quale si dichiara munita dei poteri necessari a contrarre il presente atto, per il periodo successivo fino al 31 dicembre 2013, (di seguito anche indicata come "Struttura"),

PREMESSO CHE

La Struttura è provvisoriamente accreditata all'esercizio di prestazioni di specialistica ambulatoriale e consegue il definitivo accreditamento unicamente all'esito positivo del relativo iter procedurale in corso di svolgimento;

PRESO ATTO

- del Decreto Commissariale n. _____ del _____ recante "Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di Specialistica Ambulatoriale privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013" di cui il presente allegato 2 costituisce parte integrante e sostanziale

SI CONVIENE E SI STIPULA

Art. 1

Documentazione

1. Per la sottoscrizione del presente accordo la Struttura presenta:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15, comma 1, Legge 12/11/2011, n.183 di essere in regola nell'adempimento agli obblighi contributivi nei confronti del personale dipendente;
- dichiarazioni ai sensi del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15, comma 1, Legge 12/11/2011, n.183 sostitutive dei seguenti certificati:
 - Certificato attestante l'iscrizione al Registro delle Imprese – ove previsto-, rilasciato dalla competente C.C.I.A.A. in data _____, indicante l'attestazione di insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure e la dicitura antimafia di cui all'art. 9 del D.P.R. 3 giugno 1998, n. 352;

- Certificato dei carichi pendenti relativo ai soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura;
 - Certificato generale del casellario giudiziale per i soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura;
 - Certificato rilasciato già previsto dagli art.li 80 e 81 del D.Lgs.231/01 come attualmente contemplato dal DPR 14/11/2002 n.313 di non aver subito la Struttura nessuna sanzione e di non esser pendente nei suoi confronti nessun procedimento concernente le comminatorie;
 - Certificato attestante l'ottemperanza alle norme per il diritto al lavoro dei disabili (ex art. 17 della l. 12 marzo 1999, n. 68).
2. La stipula del presente contratto avviene con la riserva di cui all'art. 11 commi 2 e 3 del D.P.R. 252/98 e ss.mm.ii. La Struttura, presenta, unitamente alle dichiarazioni di cui al punto 2, copia della Richiesta di informazioni al Prefetto di cui all'art 10 comma 6 del D.P.R. 3 giugno 1998, n. 252. Le suddette informazioni dovranno essere recapitate all'A.S.L. di competenza tenuta a segnalare alla Regione eventuali tentativi di infiltrazione mafiosa accertati successivamente alla stipula del presente accordo.

Art. 2

Oggetto

1. Per l'anno 2013 il Servizio Sanitario Regionale affida alla Struttura 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:
 - la Struttura si obbliga ad erogare le prestazioni di cui all'art. 3;
 - la A.S.L., nel cui ambito territoriale la Struttura è ubicata, si obbliga a remunerarle.
3. Le prestazioni sono erogate in favore degli aventi diritto, regionali ed extraregionali che, esercitando la libera scelta, decidono di accedervi per il tramite della Struttura nei limiti del budget ad essa assegnato.

Art. 3

Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa

1. La Struttura si impegna ad erogare per l'anno 2013, le sole prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, di cui al piano delle prestazioni che sarà definito con il Direttore Generale della Unità Sanitaria Locale ove è territorialmente ubicata la Struttura, il quale individuerà in via prioritaria le prestazioni caratterizzate da elevati tempi di attesa, nei limiti del tetto di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati ed accetta, come corrispettivo massimo annuale, il tetto di spesa 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;
 - del valore del tetto di spesa di cui all'art. 3;
 - delle disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2011-2012;
 - della normativa antinfortunistica.
2. La Struttura 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. La Struttura 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 2. Detta oscillabilità mensile del 10%, quando in eccesso, non è ammessa per le prestazioni erogate nell'ultimo trimestre dell'anno 2013 (ottobre-novembre-dicembre 2013).
2. Le prestazioni dichiarate inappropriate, incongrue ed illegittime dagli Organismi di controllo di cui all'art. 11 rientrano nel limite mensile del 10% 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 la Struttura 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 della Struttura.
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 la Struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

Art. 7

Ulteriori obblighi della Struttura

1. La Struttura 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;
 - 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 secondo quanto verrà specificato dall'Amministrazione regionale;
 - ad aderire al progetto fascicolo sanitario elettronico;
 - 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. La Struttura 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;

Art. 9**Personale della Struttura e requisiti di compatibilità**

1. La Struttura 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. La Struttura garantisce l'impiego di personale in possesso dei titoli abilitanti che non versino 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 della Struttura 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 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. La Struttura si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dalla Struttura nell'elenco di cui al punto 4 del presente articolo.

Art. 10**Obblighi informativi della Struttura**

1. La Struttura 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 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. La Struttura 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 le Strutture dotate di apparecchiature), STS 21 ed il file art.50 Sistema Tessera Sanitaria (SOGEI).
6. La Struttura 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 dalla Struttura 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. Detti controlli possono essere effettuati anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria;
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 10%.
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. 13
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. 13 punto 1.
7. La Struttura 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 della Struttura;
 - 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 dalla Struttura.Al termine delle operazioni di verifica, il verbale è consegnato alla Struttura.
 - entro i successivi 10 giorni dalla consegna del verbale, la Struttura può presentare contro-deduzioni;
 - entro 10 giorni dalla ricezione delle contro-deduzioni formulate dalla Struttura, l'A.S.L. competente comunica alla Struttura 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 della Struttura e delle motivazioni della mancata o diversa liquidazione.
11. Resta ferma la responsabilità della Struttura per inadempienze relative a circostanze e prestazioni che non hanno formato oggetto di controllo.

Art. 12

Modalità di fatturazione

1. La Struttura trasmette alla A.S.L. di competenza territoriale e all'Agenzia Sanitaria della Regione Abruzzo (ASR), 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, 4 e 5.
2. La fattura è trasmessa all'A.S.L. territorialmente competente e all'ASR Abruzzo 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 dalla Struttura 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 in corrispondenza del conto - 40.03 00 "Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie. Altro";
5. Alla fattura deve essere allegata la seguente documentazione relativa alla produzione di cui all'art. 10.
6. L'A.S.L. verifica la regolarità del DURC e non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente articolo.

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. 9/11/2012 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% (ottantacinqueper cento) della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 5 non comprensivo dell'oscillabilità del 10% entro 30 giorni dalla protocollazione della fattura.
3. 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 alla Struttura 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. 18.
 6. Nei casi in cui la somma corrisposta mensilmente in acconto alla Struttura 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.
 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 dalla Struttura in forza del presente contratto, risultino non dovute totalmente o in parte.
 10. Gli interessi per ritardato pagamento sono fissati nella misura di legge e decorrono dal sessantesimo giorno successivo alla data di protocollazione della fattura.

Art. 14

Tariffe

1. Le prestazioni di cui al presente contratto sono remunerate:
 - dal 1 gennaio 2013 al 27 gennaio 2013 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;
 - dal 28 gennaio 2013 al 31 dicembre 2013 secondo le tariffe individuate con apposito decreto del Commissario ad Acta in attuazione del Decreto del Ministero della Salute del 18/10/2012 (*pubblicato sulla G.U. n.23 del 28/01/2013, supplemento ordinario n.8*);
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 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 dalla struttura a titolo di anticipazione e la A.S.L. ne tiene conto all'atto del pagamento degli acconti mensili/bimensili, corrispondendo solo la differenza tra quanto già riscosso dalla struttura 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 dalla Struttura a titolo di anticipazione non costituendo in nessun caso fonte di remunerazione aggiuntiva.

Art. 15

Cessione dei crediti

1. La Struttura 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 dalla relativa notifica 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. 13 punto 7. In conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo.
3. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo ed in conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori di quanto previsto ai commi precedenti 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 ai sensi dell'art. 18.

Art. 17

Durata

1. Il presente contratto regola le prestazioni erogate nella Struttura facente capo al Fallimento "Villa Pini d'Abruzzo":
 - dalla società "Casa di Cura Abano Terme Polispecialistica e Termale S.p.A." dal 01.01.2013 al 31.03.2013, ovvero fino alla scadenza naturale del contratto di affitto tra la Curatela fallimentare della Società "Villa Pini d'Abruzzo Srl" e la medesima società "Casa di Cura Abano Terme Polispecialistica e Termale S.p.A.", o, eventualmente, a quella inferiore derivante da anticipata cessazione del medesimo, intervenuta per qualsiasi causa, come stabilito con decreto commissariale n.13/2011 del 31 marzo 2011;

- dalla Curatela fallimentare per il periodo successivo fino al 31 dicembre 2013.

Art. 18

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 dalla Struttura ai fini della stipula e della esecuzione del presente contratto;
 - l'impedimento ai controlli di cui agli artt. 11, 13;
 - 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. 13;
 - 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 alla Struttura 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 della Struttura.

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.

Art. 20

Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la Struttura 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, la Struttura 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. 21**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. 22**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

La Struttura

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, 13,14,15,16, 17 – comma 2, 18,20.

La Struttura _____

**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') 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
66	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 trasmesse 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 associate 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	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

ad ACTA del Commissario

n. 9 del 04 FEB, 2013

ALLEGATO 4

**CONTRATTO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

(LABORATORI DI ANALISI PROVVISORIAMENTE ACCREDITATI ADERENTI AI CONSORZI APPROVATI CON DECRETO
COMMISSARIALE N.62/2011)
ANNO 2013

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

- la Società/Associazione/Fondazione P.I., con sede in, alla via, in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, sig., il quale si dichiara munito dei poteri necessari a contrarre il presente atto in nome e per conto della Struttura con sede operativa in (di seguito indicata come Struttura)

PREMESSO CHE

La Struttura è provvisoriamente accreditata all'esercizio di prestazioni di specialistica ambulatoriale e consegue il definitivo accreditamento unicamente all'esito positivo del relativo iter procedurale in corso di svolgimento;

PRESO ATTO

- del Decreto Commissariale n. _____ del _____ recante " Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di Specialistica Ambulatoriale privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013 "di cui il presente allegato 2 costituisce parte integrante e sostanziale

SI CONVIENE E SI STIPULA

Art. 1

Documentazione

1. Per la sottoscrizione del presente accordo la Struttura presenta:
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15, comma 1, Legge 12/11/2011, n.183 di essere in regola nell'adempimento agli obblighi contributivi nei confronti del personale dipendente;
 - dichiarazioni ai sensi del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15, comma 1, Legge 12/11/2011, n.183 sostitutive dei seguenti certificati:
 - Certificato attestante l'iscrizione al Registro delle Imprese – ove previsto-, rilasciato dalla competente C.C.I.A.A. in data, indicante l'attestazione di insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure e la dicitura antimafia di cui all'art. 9 del D.P.R. 3 giugno 1998, n. 352;
 - Certificato dei carichi pendenti relativo ai soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura;
 - Certificato generale del casellario giudiziale per i soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura;
 - Certificato rilasciato già previsto dagli art.li 80 e 81 del D.Lgs.231/01 come attualmente contemplato dal DPR 14/11/2002 n.313 di non aver subito la Struttura nessuna sanzione e di non esser pendente nei suoi confronti nessun procedimento concernente le comminatorie;
 - Certificato attestante l'ottemperanza alle norme per il diritto al lavoro dei disabili (ex art. 17 della l. 12 marzo 1999, n. 68).
2. La stipula del presente contratto avviene con la riserva di cui all'art. 11 commi 2 e 3 del D.P.R. 252/98 e ss.mm.ii. La Struttura, presenta, unitamente alle dichiarazioni di cui al punto 2, copia della Richiesta di informazioni al Prefetto di cui all'art 10 comma 6 del D. P.R. 3 giugno 1998, n. 252. Le suddette informazioni dovranno essere recapitate all'A.S.L. di competenza tenuta a segnalare alla Regione eventuali tentativi di infiltrazione mafiosa

accertati successivamente alla stipula del presente accordo.

Art. 2

Oggetto

1. Per l'anno 2013 il Servizio Sanitario Regionale affida alla Struttura 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:
 - la Struttura si obbliga ad erogare le prestazioni di cui all'art. 3;
 - la A.S.L., nel cui ambito territoriale la Struttura è ubicata, si obbliga a remunerarle.
3. Le prestazioni sono erogate in favore degli aventi diritto, regionali ed extraregionali che, esercitando la libera scelta, decidono di accedervi per il tramite della Struttura nei limiti del budget ad essa assegnato.

Art. 3

Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa

1. La Struttura si impegna ad erogare per l'anno 2013, le sole prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, di cui al piano delle prestazioni che sarà definito con il Direttore Generale della Unità Sanitaria Locale ove è territorialmente ubicata la Struttura, il quale individuerà in via prioritaria le prestazioni caratterizzate da elevati tempi di attesa, nei limiti del tetto di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati ed accetta, come corrispettivo massimo annuale, il tetto di spesa 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;
 - del valore del tetto di spesa di cui all'art. 3;
 - delle disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2011-2012;
 - della normativa antinfortunistica.
2. La Struttura 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. La Struttura 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 2. Detta oscillabilità mensile del 10%, quando in eccesso, non è ammessa per le prestazioni erogate nell'ultimo trimestre dell'anno 2013 (ottobre-novembre-dicembre 2013).
2. Le prestazioni dichiarate inappropriate, incongrue ed illegittime dagli Organismi di controllo di cui all'art. 11 rientrano nel limite mensile del 10% 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 la Struttura 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 della Struttura.
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 la Struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

Art. 7**Ulteriori obblighi della Struttura**

1. La Struttura 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;
- 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 secondo quanto verrà specificato dall'Amministrazione regionale;
- ad aderire al progetto fascicolo sanitario elettronico;
- 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. La Struttura 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;

Art. 9**Personale della Struttura e requisiti di compatibilità**

1. La Struttura 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. La Struttura garantisce l'impiego di personale in possesso dei titoli abilitanti che non versino 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 della Struttura 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 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. La Struttura si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dalla Struttura nell'elenco di cui al punto 4 del presente articolo.

Art. 10

Obblighi informativi della Struttura

1. La Struttura 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 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. La Struttura 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 le Strutture dotate di apparecchiature), STS 21 ed il file art.50 Sistema Tessera Sanitaria (SOGEI).
6. La Struttura 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 dalla Struttura 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. Detti controlli possono essere effettuati anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria;
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 10%.
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. 13
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. 13 punto 1.
7. La Struttura 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 della Struttura;

- 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 dalla Struttura.

Al termine delle operazioni di verifica, il verbale è consegnato alla Struttura.

- entro i successivi 10 giorni dalla consegna del verbale, la Struttura può presentare controdeduzioni;
 - entro 10 giorni dalla ricezione delle contro-deduzioni formulate dalla Struttura, l'A.S.L. competente comunica alla Struttura 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 della Struttura e delle motivazioni della mancata o diversa liquidazione.
11. Resta ferma la responsabilità della Struttura per inadempienze relative a circostanze e prestazioni che non hanno formato oggetto di controllo.

Art. 12

Modalità di fatturazione

1. La Struttura trasmette alla A.S.L. di competenza territoriale e all'Agenzia Sanitaria della Regione Abruzzo (ASR), 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, 4 e 5.
2. La fattura è trasmessa all'A.S.L. territorialmente competente e all'ASR Abruzzo 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 dalla Struttura 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 in corrispondenza del

conto - 40.03.00 "Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie. Altro";

5. Alla fattura deve essere allegata la seguente documentazione relativa alla produzione di cui all'art. 10.
6. L'A.S.L. verifica la regolarità del DURC e non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente articolo.

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. 9/11/2012 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% (ottantacinqueper cento) della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 5 non comprensivo dell'oscillabilità del 10% entro 30 giorni dalla protocollazione della fattura.
3. 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 alla Struttura 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. 18.
6. Nei casi in cui la somma corrisposta mensilmente in acconto alla Struttura 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.
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 dalla Struttura in forza del presente contratto, risultino non dovute totalmente o in parte.
10. Gli interessi per ritardato pagamento sono fissati nella misura di legge e decorrono dal sessantesimo giorno successivo alla data di protocollazione della fattura.

Art. 14

Tariffe

1. Le prestazioni di cui al presente contratto sono remunerate:
 - dal 1 gennaio 2013 al 27 gennaio 2013 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;
 - dal 28 gennaio 2013 al 31 dicembre 2013 secondo le tariffe individuate con apposito decreto del Commissario ad Acta in attuazione del Decreto del Ministero della Salute del 18/10/2012 (*pubblicato sulla G.U. n.23 del 28/01/2013, supplemento ordinario n.8*);
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 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 dalla struttura a titolo di anticipazione e la A.S.L. ne tiene conto all'atto del pagamento degli acconti mensili/bimensili, corrispondendo solo la differenza tra quanto già riscosso dalla struttura 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 dalla Struttura a titolo di anticipazione non costituendo in nessun caso fonte di remunerazione aggiuntiva.

Art. 15

Cessione dei crediti

1. La Struttura 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 dalla relativa notifica 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. 13 punto 7. In conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo.
3. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo ed in conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori di quanto previsto ai commi precedenti 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 ai sensi dell'art. 18.

Art. 17

Durata

1. Il presente contratto regola le prestazioni rese a decorrere dal 1 gennaio 2013 fino al 31 dicembre 2013 o- eventualmente- fino al termine di scadenza inferiore derivante dalla sottoscrizione del contratto tra la Regione Abruzzo ed il Consorzio di appartenenza approvato con il decreto commissariale n.62/2011 del 02/12/2011;

Art. 18

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 dalla Struttura ai fini della stipula e della esecuzione del presente contratto;
 - l'impedimento ai controlli di cui agli artt. 11, 13;
 - 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.13;
 - 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 alla Struttura 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 della Struttura.

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.

Art. 20

Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la Struttura 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, la Struttura 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. 21

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. 22

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

La Struttura

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, 13,14,15,16, 17 – comma 2, 18,20.

La Struttura

**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 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') 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 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 anno 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	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	Riemplire 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

gato a **Decreto** del Commissario
Ad Acta

9 del **04 FEB. 2013**

ALLEGATO 5

CONTRATTO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE (**BRANCHE A VISITA**)
ANNO 2013

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

- Il/la Dott./Dott.ssa specialista in P. IVA.....con ambulatorio in alla via sede in alla via (di seguito anche indicata come "Erogatore privato")

PREMESSO CHE

L'Erogatore privato è provvisoriamente accreditato all'esercizio di prestazioni di specialistica ambulatoriale e consegue il definitivo accreditamento unicamente all'esito positivo del relativo iter procedurale in corso di svolgimento;

PRESO ATTO

- del Decreto Commissariale n. _____ del _____ recante " Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di Specialistica Ambulatoriale privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013 "di cui il presente allegato 2 costituisce parte integrante e sostanziale

SI CONVIENE E SI STIPULA**Art. 1****Documentazione**

1. Per la sottoscrizione del presente accordo l'Erogatore privato presenta:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15, comma 1, Legge 12/11/2011, n.183 di essere in regola nell'adempimento agli obblighi contributivi nei confronti del personale dipendente;
- dichiarazioni ai sensi del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15, comma 1, Legge 12/11/2011, n.183 sostitutive dei seguenti certificati:
 - Certificato dei carichi pendenti;
 - Certificato generale del casellario giudiziale;
 - Certificato rilasciato già previsto dagli art.li 80 e 81 del D.Lgs.231/01 come attualmente contemplato dal DPR 14/11/2002 n.313 di non aver subito l'Erogatore privato nessuna sanzione e di non esser pendente nei suoi confronti nessun procedimento concernente le comminatorie;

Art. 2**Oggetto**

1. Per l'anno 2013 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 la libera scelta, decidono di accedervi per il tramite dell' Erogatore privato nei limiti del budget ad esso assegnato.

Art. 3**Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa**

1. L' Erogatore privato si impegna ad erogare per l'anno 2013, le sole prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale di cui al piano delle prestazioni che sarà definito con il Direttore Generale della Unità Sanitaria Locale ove è territorialmente ubicato l'Erogatore, il quale individuerà in via prioritaria le prestazioni caratterizzate da elevati tempi di attesa, nei limiti del tetto di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati ed accetta, come corrispettivo massimo annuale, il tetto di spesa 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;
 - del valore del tetto di spesa di cui all'art. 3;
 - delle disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2011-2012;
 - 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 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 10% del tetto mensile fermo restando quanto previsto all'art.3, comma 2. Detta oscillabilità

mensile del 10%, quando in eccesso, non è ammessa per le prestazioni erogate nell'ultimo trimestre dell'anno 2013 (ottobre-novembre-dicembre 2013).

2. Le prestazioni dichiarate inappropriate, incongrue ed illegittime dagli Organismi di controllo di cui all'art. 11 rientrano nel limite mensile del 10% 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 tenuto 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;
 - a trasmettere al CUIF 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 secondo quanto verrà specificato dall'Amministrazione regionale;
- ad aderire al progetto fascicolo sanitario elettronico;
 - 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 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.

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 assistito;

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 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'Erogatore privato 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 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 l'Erogatore privato dovrà specificare: le generalità del professionista, la durata della collaborazione indicando la data di inizio e di conclusione del rapporto.
5. La Erogatore si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dalla Erogatore 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 , 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 ulteriori obblighi informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS) e regionali ed, in particolare, i modelli STS11, STS14 (per le Strutture dotate 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. Detti controlli possono essere effettuati anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria;
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 10%.
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. 13
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. 13 punto 1.
7. L'Erogatore 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 dei 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 e all'Agenzia Sanitaria della Regione Abruzzo (ASR), 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, 4 e 5.
2. La fattura è trasmessa all'A.S.L. territorialmente competente e all'ASR Abruzzo 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 privato 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 in corrispondenza del conto 40.03.00 "Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie. Altro";
5. Alla fattura deve essere allegata la seguente documentazione relativa alla produzione di cui all'art. 10.
6. L'A.S.L. verifica la regolarità del DURC e non procede alla liquidazione ed al pagamento

della fattura non conforme alle previsioni del presente articolo.

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. 9/11/2012 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% (ottantacinqueper cento) della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 5 non comprensivo dell'oscillabilità del 10% entro 30 giorni dalla protocollazione della fattura.
3. 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. 18.
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.
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 sono fissati nella misura di legge e decorrono dal sessantesimo giorno successivo alla data di protocollazione della fattura.

Art. 14

Tariffe

1. Le prestazioni di cui al presente contratto sono remunerate:
 - dal 1 gennaio 2013 al 27 gennaio 2013 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;
 - dal 28 gennaio 2013 al 31 dicembre 2013 secondo le tariffe individuate con apposito decreto del Commissario ad Acta in attuazione del Decreto del Ministero della Salute del 18/10/2012 (*pubblicato sulla G.U. n.23 del 28/01/2013, supplemento ordinario n.8*);
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 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/bimensili, corrispondendo solo la differenza tra quanto già riscosso dall' Erogatore 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. La '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 dalla relativa notifica 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. 13 punto 7. In conseguenza di quanto sopra l' Erogatore privato si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo.

3. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo ed in conseguenza di quanto sopra l' Erogatore privato si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori di quanto previsto ai commi precedenti 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 ai sensi dell'art. 18.

Art. 17

Durata

1. Il presente contratto regola le prestazioni rese a decorrere dal 1 gennaio 2013 fino al 31 dicembre 2013;

Art. 18

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, 13;
 - 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.13;
 - 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. 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.

Art. 20

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. 21

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. 22

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 privato _____

Le Aziende Sanitarie Locali di:

Avezzano, Sulmona, L'Aquila _____

Lanciano, Vasto, Chieti _____

Pescara _____

Teramo _____

Se e per quanto possa occorrere l' Erogatore privato approva specificamente le previsioni di cui agli artt. 2,3,4,5,7,10,11,12, 13,14,15,16, 17 – comma 2, 18,20.

L' Erogatore privato _____

**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') 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 dal 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 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 associate 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	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

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, PROGRAMMAZIONE,
PARCHI, TERRITORIO, AMBIENTE, ENERGIA
Servizio Verifica Atti del Presidente e della Giunta Regionale,
Legislativo e Bura
UFFICIO BURA**

**DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
Via Salaria Antica Est - Località S. Antonio - Pile
67100 L'Aquila**

**centralino: 0862 3631
Tel. 0862 36 4211/4221
Fax 0862 36 4219**

**Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it**