

n. 35 del 12 MAR. 2015



**CONTRATTO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
ANNO 2015**

STIPULATO IN _____, DATA _____

TRA

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

E

—La **Società/Associazione/Fondazione** _____,
P.IVA _____, 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 del **Laboratorio di Analisi/Centro di Fisiokinesiterapia/ Studio di Radiologia/ Casa di Cura** _____, con sede operativa in _____ (di seguito indicata come "Erogatore privato")

Per le Branche a visita:

—Il/La **Dott./Dott.ssa**, specialista in _____, P. IVA _____, con ambulatorio in _____, alla Via _____, (di seguito indicato/a come "Erogatore privato")

PREMESSO CHE

L'erogatore privato è accreditato, ovvero provvisoriamente accreditato, all'esercizio di prestazioni di specialistica ambulatoriale, ai sensi della L.R. 32/2007.

PRESO ATTO

- del Decreto Commissariale n. ____/2015 del _____ avente ad oggetto: “Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l’anno 2015”, di cui il presente schema di contratto costituisce allegato parte integrante e sostanziale;
- del Programma Operativo 2013-2015;
- del Decreto Commissariale n.12/2013 del 20/02/2013 avente ad oggetto “Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012”, così come modificato ed integrato dal decreto commissariale n.45/2013 del 12/06/2013, avente ad oggetto: “Modifiche e integrazioni ai decreti del Commissario ad acta n.12/2013 del 20/02/2013 «Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012»”;
- del Decreto del Commissario ad Acta n.64/2012 del 14/11/2012 recante “Approvazione protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate”;
- del Decreto Commissariale n. _____ del _____, con il quale l’Erogatore privato è stato accreditato ai sensi della L.R. 32/2007.

SI CONVIENE E SI STIPULA

Art. 1

Documentazione

1. Per la sottoscrizione del presente accordo l’Erogatore privato presenta, ai sensi del D.P.R. 445/2000;
 - dichiarazioni in sostituzione dei seguenti certificati, ai sensi dell’art. 15, comma 1, Legge 12/11/2011, n.183 ss.mm.ii.:
 - a) Certificato attestante l’iscrizione al Registro delle Imprese – ove previsto-, ovvero alla C.C.I.A.A., contenente la dicitura antimafia, riportante i dati anagrafici di tutti i soggetti nei confronti dei quali – ai sensi e nel rispetto dell’art. 85 del D.Lgs. n. 159/2011 – deve essere acquisita l’informativa antimafia di cui all’art. 91 del predetto D.Lgs. 159/2011 nonché l’attestazione di insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l’assoggettamento a dette procedure;
 - b) Certificato dei carichi pendenti relativo ai soggetti che hanno il potere di rappresentare l’Erogatore privato;
 - c) Certificato generale del casellario giudiziale per i soggetti che hanno il potere di rappresentare l’Erogatore privato;
 - d) Certificato 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 privata nessuna sanzione e di non esser pendente nei suoi confronti nessun procedimento concernente le comminatorie;
 - e) Certificato attestante l’ottemperanza alle norme per il diritto al lavoro dei disabili (ex art. 17 della l. 12 marzo 1999, n. 68).
 - dichiarazione di essere in regola nell’adempimento agli obblighi contributivi nei confronti del personale dipendente.
2. Stante l’urgenza della sottoscrizione del presente contratto, come dichiarata e motivata nel Decreto Commissariale n. ____/2014 del _____, avente ad oggetto: “Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete

di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2015", di cui il presente schema contrattuale costituisce parte integrante e sostanziale, la sottoscrizione del presente contratto è sottoposta alla condizione risolutiva prevista dall'art. 92 del D.Lgs. 159/2011.

Art. 2

Oggetto

1. Per l'anno 2015 il Servizio Sanitario Regionale affida all'Erogatore privato l'effettuazione delle prestazioni sanitarie di 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 previa verifica del rispetto degli obblighi e degli adempimenti del presente contratto e dalla normativa vigente.
3. Le prestazioni sono erogate, nei limiti del budget assegnato all'Erogatore privato, in favore degli utenti aventi diritto, regionali ed extraregionali che, esercitando la libera scelta, decidono di accedervi.

Art. 3

Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa

1. L'Erogatore privato si impegna ad erogare per l'anno 2015 le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale incluse nei LEA e afferenti alle specialità accreditate nei limiti del tetto di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati con le specifiche di cui alla pianificazione definita con il Direttore Generale della Unità Sanitaria Locale ove è territorialmente ubicata la Struttura, ed accetta, come corrispettivo massimo annuale, il tetto di spesa complessivo di euro _____ per l'acquisto di prestazioni in favore di pazienti regionali e extraregionali.
2. Il Direttore Generale ha l'obbligo:
 - nella pianificazione di cui al punto precedente di individuare in via prioritaria le prestazioni caratterizzate da elevati tempi di attesa;
 - di rendere tutte le prestazioni erogabili attraverso la prenotazione sul sistema CUP della ASL.
3. La produzione eccedente il tetto massimo annuale di spesa assegnato all'Erogatore privato di cui al punto 1 non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile.

Art. 4

Condizioni di erogabilità delle prestazioni

1. Le prestazioni sanitarie di cui agli artt. 2 e 3 devono essere erogate nel rispetto, in particolare:
 - del DPCM 29/11/2001 (LEA) e ss.mm.ii.;
 - della normativa e dei provvedimenti nazionali e regionali in materia di autorizzazione e accreditamento, del D.P.R. 14/01/1997 e della L.R. n. 32 /2007;
 - del valore del tetto di spesa di cui all'art. 3;
 - delle disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2010-2012;
 - 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 e strutturali di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento.
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.

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, dal DM 2-11-2011, D.L. 179 del 18.10.2012, oltre che dalle disposizioni regionali in materia .
 - alla corretta prenotazione attraverso il CUP Aziendale resa possibile dalla ASL ai sensi dell'art 2 comma 2.
2. Non sono remunerabili ed esigibili le prestazioni erogate su richieste del S.S.N. non conformi alla richiamata normativa
3. Per procedere all'erogazione delle prestazioni l'Erogatore privato è tenuto a verificare, preliminarmente, la regolarità della richiesta nel rispetto dei requisiti di cui al punto 1 del presente articolo.
4. Le prestazioni sono erogate secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia e, 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:
 - a garantire la partecipazione dei propri operatori ad eventuali iniziative formative promosse dalle AA.SS.LL. e dalla Regione;
 - ad adottare strumenti di formazione e comunicazione ai cittadini/carta dei servizi, di rilevazione/valutazione della qualità percepita da utenti/cittadini;
 - a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
 - ad adempiere agli obblighi previsti dall'art 3 comma 3 del Dlgs 175/2014 sui dati da

- inviare al sistema Tessera Sanitaria ai fini fiscali;
- a rispettare l'obbligo di dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale ai sensi dell' art 27 comma 1-bis DL n.90 del 24/06/2014 convertito nella legge n.114 del 11/08/2014;
 - a trasmettere al CUP Aziendale, per la condivisione telematica, le agende di prenotazione e monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sui sistemi aziendali e regionali;
 - ad aderire al progetto fascicolo sanitario elettronico attraverso la predisposizione di soluzioni telematiche tese alla trasmissione, che garantiscano la corretta gestione del consenso informato, dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito;
 - a pubblicare sul sito web in apposita area dedicata dei tempi previsti e di quelli medi effettivi per ciascuna tipologia di prestazione erogata o ,in assenza di sito web autonomo, a concordare con la ASL territorialmente competente le modalità per la pubblicazione nel sito aziendale della stessa, nell'apposita sezione denominata «Liste di attesa», dei richiamati tempi in attuazione dell' art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" (GU n.80 del 5-4-2013);
 - a garantire, unitamente alla documentazione contabile ed elettronica di cui agli artt.10 e 12 (*entro il 15° giorno successivo al mese di riferimento*) e nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., l'invio, mediante strumenti telematici alla A.S.L. nel cui ambito territoriale è ubicato l'Erogatore privato, delle informazioni di seguito dettagliate:
 - a. impegnativa di richiesta della prestazione;
 - b. trasmissione mensile del prospetto giornaliero del numero delle prestazioni effettuate con oneri a carico del S.S.N., suddivise in relazione alle branche specialistiche.
 - c. avvenuta prenotazione attraverso il CUP Aziendale

Art. 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.
2. Le operazioni sui dati personali e sanitari del cittadino necessarie per l'alimentazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico rientrano tra i trattamenti di dati sensibili effettuati mediante strumenti elettronici in coerenza con le misure di sicurezza espressamente previste nel D.Lgs. n. 196/2003

Art. 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, anche per le attività di consulenza, di personale in possesso dei titoli abilitanti che non versino in situazioni di incompatibilità ai sensi della

legge 23/12/1996, n.662 e dell'art. 53 comma 16 ter del Dlgs 165/2001 ss.mm.ii.

3. Le parti si danno atto che eventuali situazioni di incompatibilità e l'accertamento della insussistenza della capacità di garantire le prestazioni nei termini di cui al presente articolo, determinano l'apertura del procedimento amministrativo finalizzato all'irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996.
4. L'elenco della dotazione organica dell'Erogatore privato controfirmato dal Legale Rappresentante, indicante, la tipologia del rapporto di lavoro (es. dipendente, collaborazione, consulenza etc...) il codice fiscale di ogni singolo dipendente/collaboratore/consulente, 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 regionale Attività Ispettiva e Controllo Qualità del Dipartimento Salute e Welfare. 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. L'Erogatore privato si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dall'Erogatore privato nell'elenco di cui al punto 4 del presente articolo.

Art. 10

Obblighi informativi dell'Erogatore privato

1. L'Erogatore privato fornisce alla A.S.L. competente per territorio, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, unitamente alla fattura di cui all'art. 12, il file di produzione (File "C") relativo alle prestazioni di assistenza di specialistica ambulatoriale, come disciplinato dalla normativa nazionale e dalle disposizioni regionali.
2. Il file "C" costituisce, oltre che obbligo informativo, anche allegato elettronico analitico alla fattura, chiarendosi che sono oggetto di fatturazione tutte le prestazioni erogate a carico del S.S.R. nel mese di competenza, nel rispetto dei limiti di cui agli artt. 3 e 4 del presente contratto.
3. Per prestazioni erogate sono da intendersi le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate nel mese di riferimento.
4. Con ulteriori campi aggiuntivi al tracciato record, di cui al punto 1 del presente articolo, secondo lo schema di cui all'Al. A, l'Erogatore privato specifica anche le seguenti informazioni indicate in fattura:
 - il valore dell'importo fatturato lordo;
 - l'importo del ticket per ogni prestazione;
 - l'importo corrispondente alla quota fissa per ricetta;
 - il valore dell'importo fatturato netto;
 - il numero progressivo e la data di emissione della fattura.
5. L'Erogatore privato si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli obblighi informativi istituzionali stabiliti dalle normative ministeriali e regionali ed, in particolare:
 - Flussi NSIS, modelli STS₁₁, STS₁₄ (per gli Erogatori privati dotati di apparecchiature), STS₂₁.
 - Flussi ex art. 50 del Decreto-Legge n. 269 del 30 settembre 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326 del 24 novembre 2003 e, obbligatoriamente, con particolare riferimento all'inserimento delle informazioni rilevabili dalle prescrizioni

mediche e traducibili nei flussi di interesse specificatamente per i campi relativi a Data di prenotazione, a Data di erogazione della prestazione, a Tipo accesso, a Classi di priorità, a Garanzia dei tempi massimi.

6. L'Erogatore privato ha l'obbligo di comunicare eventuali ritardi nella trasmissione delle informazioni; l'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi tre mesi dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art.17.
7. Restano salvi gli obblighi informativi di cui 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'accessibilità, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, la legittimità e la congruità delle prestazioni svolte dall'Erogatore privato che, in ogni caso, dovranno essere eseguite a regola d'arte sotto il profilo tecnico/funzionale, secondo le condizioni, le modalità ed i termini previsti dalle norme di settore e dal Decreto commissariale n. 64 del 14/11/2012.
2. Il campione dei controlli di appropriatezza, congruità e legittimità deve essere rappresentativo di almeno il dieci per cento della produzione fatturata al lordo delle possibilità di incremento mensile del 10% di cui all'art 5.1. La Regione e le AASSLL, in relazione a particolari criticità segnalate dal NOC competente, potranno disporre ulteriori e mirati controlli incrementando il campione oggetto di verifica.
3. L'A.S.L. competente territorialmente è tenuta a verificare che tutte le prestazioni erogate risultino prenotate attraverso il Sistema CUP Aziendale.
4. 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.
5. I controlli presso gli Erogatori privati sono di competenza dei Nuclei Operativi di Controllo (N.O.C.) secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali ed in particolare dal Decreto commissariale n. 64/2012.
6. E' in facoltà della Regione e della A.S.L. di pertinenza avvalersi, per lo svolgimento dei predetti controlli, del Protocollo di Intesa, concluso il 21/02/2011, tra la Regione Abruzzo e il Comando Carabinieri per la tutela della Salute nonché di altro personale in possesso di particolare e comprovata competenza tecnica.
7. 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.
8. L'Erogatore privato si impegna a predisporre e mantenere, a sue spese, condizioni organizzative necessarie ed utili a consentire il corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.
9. Il procedimento di verifica si svolge nel rispetto della L. 241/90 e ss.mm.ii. con le seguenti precisazioni:
 - le verifiche avvengono alla presenza di Rappresentanti dell'Erogatore privato;
 - di esse è redatto verbale attestante, tra l'altro:

- a) le generalità degli intervenuti;
- b) la descrizione delle circostanze di fatto rilevate;
- c) le operazioni compiute;
- d) le osservazioni eventualmente avanzate dall'Erogatore privato.

Al termine delle operazioni di verifica, il verbale è consegnato all'Erogatore privato.

→ entro i successivi 10 giorni dalla consegna del verbale, l'Erogatore privato può presentare contro-deduzioni;

→ entro 10 giorni dalla ricezione delle contro-deduzioni formulate dall'Erogatore privato, l'A.S.L. competente comunica all'Erogatore privato l'esito definitivo della verifica, assegnando un termine non superiore a 10 giorni per adempiere alle prescrizioni eventualmente impartite, decorsi inutilmente i quali, l'A.S.L. adotta i provvedimenti e le prescrizioni del caso, la cui inosservanza costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art. 17.

10. L'esito della verifica deve indicare il valore economico delle prestazioni inappropriate, incongrue, illegittime rispetto al tetto mensile di cui all'art. 5.
11. La ASL è tenuta ad inserire campi aggiuntivi al File "C", secondo lo schema di cui all'Al.A del presente contratto, rappresentativi dell'importo liquidato in favore dell'Erogatore privato e delle motivazioni della mancata o diversa liquidazione.
12. Resta ferma la responsabilità dell'Erogatore privato per inadempienze relative a circostanze e prestazioni che non hanno formato oggetto di controllo.

Art. 12

Modalità di fatturazione

1. L'Erogatore privato trasmette alla A.S.L. di competenza territoriale e all'Agenzia Sanitaria della Regione Abruzzo (A.S.R.), la fattura relativa all'integrale produzione del mese di riferimento posta a carico del S.S.R nel rispetto dei limiti previsti dagli artt. 3, 4 e 5.
2. La fattura è trasmessa alla A.S.L. territorialmente competente e all'A.S.R. 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 documentazione relativa alla produzione di cui all'art. 10.
6. La A.S.L. non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente contratto ed in particolare a quelle previste in questo articolo e negli artt. 10 e 11.
7. Prima delle liquidazioni la ASL verifica la regolarità del DURC e in caso di ottenimento di un documento unico di regolarità contributiva che segnali un'inadempienza provvede in conformità alla normativa vigente dandone comunicazione alla Regione ai fini della LR 32/2007.

Art. 13

Controlli sul fatturato, liquidazione e pagamento

1. Il pagamento delle prestazioni, fatturate secondo le modalità di cui all'articolo precedente, avviene ai sensi del DL 9/10/2002, n.231, così come modificato dal D.lgs. 09/11/2012, n. 192, entro 60 (*sessanta*) giorni dalla data di ricezione della fattura/nota contabile di riferimento a cura dell'ASL di competenza.
2. La A.S.L. deve effettuare acconti mensili pari all' 85% (*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 reiterata 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., nei limiti del tetto di spesa sottoscritto, che hanno positivamente superato i controlli di cui agli artt. 11 e 13 del presente accordo e debitamente certificata dalla A.S.L., non costituendo il solo fatturato, ex se, pretesa di corrispettivo.
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 secondo le modalità previste dal Decreto Commissariale n.12/2013 del 20/02/2013 avente ad oggetto "*Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012*", così come modificato ed integrato dal decreto commissariale n.45/2013 del 12/06/2013, avente ad oggetto: "*Modifiche e integrazioni ai decreti del Commissario ad acta n.12/2013 del 20/02/2013 «Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012»*";
2. Le parti concordano che, in caso di modificazioni dei valori unitari dei tariffari regionali

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

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

Art. 15

Cessione dei crediti

1. L'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 2015 fino al 31 dicembre 2015.

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 e 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 reiterata mancata emissione della nota di credito di cui all'art.13;
 - l'inosservanza grave e ripetuta dell'art. 4, commi 1 e 2;
 - la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento provvisori, ovvero definitivi , la sospensione dei quali determina l'automatica interruzione degli effetti del presente contratto;
 - il rilascio di documentazione antimafia interdittiva ai sensi e per gli effetti previsti dal D.Lgs. 159/2011;
 - 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 alla 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 considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, l'Erogatore privato rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.

Art. 21

Norma di rinvio

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

finanziarie, contabili e fiscali che regolano l'attività delle P.A. 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***Per la Regione Abruzzo**

Il Commissario ad Acta e
Presidente della Giunta Regionale

Per la Struttura

Il Rappresentante legale

Per le Aziende Sanitarie Locali di:**1. Avezzano, Sulmona, L'Aquila**

Il Direttore Generale

2. Lanciano, Vasto, Chieti

Il Direttore Generale

3. Pescara

Il Direttore Generale

4. Teramo

Il Direttore Generale

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

Per la Struttura

Il Rappresentante legale

**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 Diagnostico tipo 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 dai LEA | |
| 71 | ERR04 Errori sulla ricetta | AN | 1 | 0 = nessun errore 1=Tipo erogazione assente o non previsto nel dominio | |
| 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 dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa del Nomenclatore trasmesso da ciascuna Regione (solo sulle righe zn) | |
| 74 | ERR07 Errori su quantità | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn) | |
| 75 | ERR08 Errori sulla data della prestazione | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = la data di erogazione o di fine ciclo assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza) | |
| 76 | ERR09 Riservato per usi futuri | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0 | |
| 77 | ERR10 Riservato ad usi futuri | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. | |
| 78-97 | ID | AN | 20 | Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga. | OBB V |
| 98-100 | Regione iniziale di addebito | AN | 3 | Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito. | OBB se Pos. Contab. = '3' |
| 101-102 | Tipo erogazione | AN | 2 | Valori ammessi: A = Accesso diretto P = Pronto soccorso D = Ricetta specialistica interna S = Ricetta SSN Valorizzare sulla riga 99 | OBB V |
| 103-105 | Codice disciplina unità operativa erogatrice | AN | 3 | Indicare uno dei codici dell'elenco delle discipline Per le prestazioni erogate in Pronto Soccorso il codice della disciplina erogante non dovrà necessariamente essere il codice 51, ma quello della disciplina che ha effettivamente erogato la prestazione. Per le discipline ospedaliere riportare il codice a due caratteri preceduto da uno 0; per le specialità non ospedaliere riportare il codice a tre caratteri. Valorizzare sulle righe zn | FAC |
| 106 | Classe di priorità della prenotazione | AN | 1 | Valori ammessi: U = Nel più breve tempo possibile, comunque, se differibile, entro 72 ore; B = Entro 10 giorni; D = Entro 30 (visite), entro 60 giorni (visite strumentali) P = Senza priorità Valorizzare sulla riga 99 | FAC |
| 107-112 | Codice esenzione | AN | 6 | Codifica delle esenzioni come da tabella nazionale. Obbligatorio se tipo | OBB |

| | | | | | |
|---------|--|------|----|--|-----|
| | | | | erogazione =S e posizione utente nei confronti del ticket 01 Valorizzare sulla riga 99 | |
| 113 | Tipo struttura | N | 1 | 1= struttura pubblica 2= struttura privata Valorizzare su tutte le righe | OBB |
| 114-121 | Quota di compartecipazione alla spesa | N | 8 | Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 | OSP |
| 122-129 | Fatturato al lordo di ticket, quota di compartecipazione | 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 52-56) + 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 LPA o non accreditata o non corrispondente alle prescrizioni) 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