

**CONTRATTO PER L'EROGAZIONE
DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
ANNUALITA'2022 - 2023**

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 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 Dei Vestini, s.n., 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

- L'Ente Gestore, P.IVA (di seguito indicato come "Erogatore privato"), con sede legale in, alla Via n....., in persona del suo legale rappresentante,, il quale si dichiara munito dei poteri necessari a contrarre il presente atto in nome e per conto dell'ente summenzionato ;

PRESO ATTO

- della DGR..... avente ad oggetto

- che l'Erogatore è titolare di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale, ai sensi della DGR n. _____ del _____ per le seguenti discipline:

- che le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono state stabilite con Decreto Commissariale n.12/2013 del 20/02/2013 avente ad oggetto "Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012", così come modificato ed integrato dal decreto commissariale n.45/2013 del 12/06/2013, avente ad oggetto: "Modifiche e integrazioni ai decreti del Commissario ad acta n° 12/2013 del 20.02.2013 "Approvazione Nomenclatore Tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale – D.M. 18.10.2012";

- che con Decreto del Commissario ad Acta n.64 del 14/11/2012 sono stati approvati i protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate;

- che la procedura di interlocuzione negoziale relativa alla contrattazione è stata conclusa - essendo stata la DGR....., ritualmente notificata agli Erogatori e alle AA.SS.LL. ed essendo stato fornito il riscontro alle osservazioni ove prodotte; pertanto nulla osta alla sottoscrizione del presente contratto;

- che per le finalità del presente contratto, l'Erogatore produce, ai sensi e per gli effetti degli artt. 45-46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 ss.mm.ii., le dichiarazioni sostitutive di certificazione e atti di notorietà, di cui all'elenco Allegato 1 al presente contratto, ovvero presenta l'attestazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 ss.mm.ii. che non vi sono variazioni rispetto alla documentazione eventualmente già prodotta;

- la sottoscrizione del presente contratto è sottoposta alla condizione risolutiva prevista dall'art.92 del D.Lgs. 159/2011 stante l'urgenza della sottoscrizione del presente contratto, come dichiarata e motivata nel provvedimento di cui il presente schema contrattuale costituisce parte integrante e sostanziale.

SI CONVIENE E SI STIPULA

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto

Art. 1

Oggetto

1. Il presente contratto regola sotto il profilo sia giuridico che economico l'acquisto da privato accreditato nel biennio 2022 - 2023 delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale limitatamente alle seguenti tipologie: stabilimenti fkt , studi di radiologia, case di cura, studi medici branche a visita.

2. Per il biennio 2022 - 2023 il Servizio Sanitario Regionale affida all'Erogatore privato l'erogazione delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale relative alla disciplina per la quale lo stesso risulta accreditato di cui all'art. 3 del presente contratto.

3. Nel rispetto dei limiti e delle condizioni previste dal presente accordo:

- l'Erogatore si obbliga ad erogare le prestazioni di cui all'art.3;

- la ASL nel cui ambito territoriale l'Erogatore è ubicato, si impegna a remunerarle, previa verifica del rispetto degli obblighi e degli adempimenti previsti dal presente contratto e dalla normativa vigente.

4. Le prestazioni sono erogate, in favore degli utenti aventi diritto regionali ed extraregionali, che, esercitando la libera scelta decidono di accedervi, nei limiti del tetto di spesa massimo assegnato all' Erogatore.

5. Il Sistema Sanitario Regionale si avvale dell'Erogatore per la tipologia di prestazioni per le quali la Struttura è accreditata.

Art. 2

Durata

1. Il presente accordo contrattuale regola le prestazioni rese a decorrere dal 01 gennaio 2022 fino al 31 dicembre 2023.

2. Per le prestazioni erogate dalla struttura dall' 1/01/2022 fino al 31/12/2022 si conferma la disciplina del contratto 2021;

3. Le parti concordano che il presente contratto potrà essere prorogato alle stesse condizioni giuridiche ed economiche in attesa della stipula del nuovo contratto.

Art. 3

Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa

1. L'Erogatore si impegna a garantire per il biennio 2022 - 2023 le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale incluse nei LEA e a carico del SSR afferenti le discipline accreditate, nei limiti del tetto massimo di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati secondo il piano delle prestazioni,

distinto per le discipline per cui è accreditata la struttura, definito dal Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale ove è territorialmente ubicato l'Erogatore. L'Erogatore accetta, come corrispettivo massimo annuale, il tetto di spesa complessivo di euro (...../.....) di cui € per il 2022, ed € per il 2023; .

2. Sono altresì ricompresi nel tetto massimo annuale di spesa assegnato eventuali interventi remuneratori e/o ristoratori stabiliti con provvedimenti ad hoc, nonché con eventuali provvedimenti regionali emanati in base all'evoluzione dello stato della pandemia da COVID 19, salvo diversa indicazione normativa nazionale;

3. Il Direttore Generale dell'ASL territorialmente competente ha l'obbligo:

– nella pianificazione di cui al precedente comma 1 - 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.

4. La produzione eccedente il tetto massimo annuale di spesa assegnato all'Erogatore di cui ai punti precedenti non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile.

5. In caso di strutture operanti su più sedi il contratto per il biennio 2022 - 2023 è sottoscritto con l'individuazione del tetto di spesa distinto per ASL;

6. Sono considerate rese al di fuori del contratto e si dichiarano fin da ora non coperte dal tetto di spesa e, quindi, non remunerabili e non esigibili, le prestazioni eseguite in misura superiore al 100% della capacità produttiva massima giornaliera delle prestazioni accreditate.

Art. 4

Condizioni di erogabilità delle prestazioni

1. Costituiscono norme di carattere generale, in materia di condizioni di erogabilità delle prestazioni e come tali trovano applicazione nell'ambito del presente rapporto negoziale:

a. il DPCM 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre);

b. il D.Lgs. 502/92, il D.P.R. 14 gennaio 1997 e la L.R. 31 luglio 2007 n. 32 e ss.mm.ii;

c. il D.Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii;

d. il D.Lgs. n. 81/2015 e ss.mm.ii. per quanto applicabile;

e. il valore del tetto di spesa di cui all'art.3.

2. L'Erogatore dichiara di possedere alla data odierna, e si impegna a mantenere per la durata del presente contratto, i requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali di cui ai provvedimenti autorizzativi ed i requisiti di accreditamento.

3. L'erogatore dichiara e garantisce l'adeguatezza ed il perfetto stato di uso di tutte le apparecchiature e si impegna a tenere a disposizione della ASL 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 cui al presente provvedimento, le parti convengono che il tetto annuale di spesa, di cui all'art.3 del presente accordo, è frazionato in mensilità, con una oscillabilità non superiore al 20% del tetto mensile, fermo restando quanto previsto all'art.3, a condizione che ciò non comporti l'erosione anticipata del tetto massimo annuale assegnato.
2. Le prestazioni rese mensilmente al di sopra del tetto di spesa mensilizzato, comprensivo dell'oscillabilità, non sono riconoscibili, né remunerabili.
3. Al solo scopo di permettere ai pazienti il recupero delle prestazioni non fruite nei periodi più critici della pandemia da COVID 19, la ripartizione del tetto di spesa annuo della spesa è effettuata con la massima flessibilità nella misura convenuta con la ASL di riferimento, a condizione che ciò non comporti l'erosione anticipata del tetto massimo annuale assegnato.

Art. 6

Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni

1. L'erogazione delle prestazioni sanitarie è subordinata:
 - alla richiesta compilata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale a cura del medico prescrivente in conformità a quanto previsto dal D.M. 17 marzo 2008 e ss.mm.ii. ,dal D.M. 350/1988 e dal D.M. 02.11.2011, D.L. n. 179 del 18.10.2012 convertito con legge 17 dicembre 2012, n. 221 oltre che dalle disposizioni regionali in materia, con l'onere di segnalare alla USL eventuali anomalie e/o irregolarità;
 - alla prenotazione attraverso il Sistema CUP Aziendale resa possibile dalla ASL ai sensi dell'art 3 c. 3.
2. Non sono remunerabili ed esigibili le prestazioni erogate su richieste del S.S.N. non conformi alla richiamata normativa.
3. Per procedere all'erogazione delle prestazioni l'Erogatore è 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 ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e di appropriatezza, e secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento che la Struttura si impegna a rispettare, secondo la buona e diligente pratica professionale.

Art. 7

Obblighi dell'Erogatore

1. L'Erogatore ha l'obbligo di conservare, nel rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" -, come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, nonché del Regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2016 (GDPR) e, in particolare, nel rispetto di quanto previsto al titolo V del Codice, rubricato: "Trattamento di dati personali in ambito sanitario" e dell'art. 9 del Regolamento UE. in materia di privacy 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 e ss.mm.ii.

Art. 8**Ulteriori obblighi dell' Erogatore**

1. L'Erogatore 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;
- ad adottare strumenti di formazione e comunicazione ai cittadini/carta dei servizi, di rilevazione/valutazione della qualità percepita da utenti/cittadini e gestione del rischio clinico come da DCA 55/2016;
- a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
- 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 rispettare gli obblighi di cui alla L. 8-3-2017 n. 24 (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie);
- ad assumere ogni responsabilità per qualsiasi danno causato da propria omissione o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni, esonerando la Regione e le ASL;
- a recepire ed implementare presso il proprio centro aziendale di prenotazione (CUP) delle prestazioni specialistiche il Catalogo Regionale delle prestazioni specialistiche, approvato con DGR n. 646 del 27 agosto 2018 e ss.mm.ii.
- a trasmettere al CUP ASL, per la condivisione telematica, le agende di prenotazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio LEA, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sui sistemi aziendali nel rispetto e secondo le modalità stabilite da ciascuna Azienda;
- 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 del 14 marzo 2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” e ss.mm.ii.;
- 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. n. 196/2003 e ss.mm.ii. l'invio, mediante strumenti telematici alla ASL nel cui ambito territoriale è ubicato l'Erogatore, 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.

2. Resta inteso che l'Erogatore si impegna ad adeguarsi a eventuali ulteriori requisiti che fossero richiesti per effetto di normativa nazionale e/o regionale intervenuta successivamente alla stipulazione del presente accordo contrattuale, come pure ad adeguarsi a prescrizioni dettate da norme imperative.

Art. 9

Personale dell'Erogatore e requisiti di compatibilità

1. L'Erogatore si impegna ad erogare le prestazioni di cui al presente contratto 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 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 D.lgs. 165/2001 e ss.mm. ii., acquisendo a tal fine specifica autodichiarazione ai sensi degli artt.45 e 46 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii..

3. L'erogatore, ai fini dell'art. 53 comma 16 ter del D.Lgs 165/2001, introdotto dalla Legge n. 190/2012 (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – pantouflage o revolving doors), dichiara di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti appartenenti alla Amministrazione committente, che hanno esercitato poteri autoritativi (nella forma di prescrizione e controllo) o negoziali per conto della pubblica amministrazione nei propri confronti, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto e/o che abbiano, all'interno dell'azienda committente, familiari esercitanti i medesimi poteri.

4. 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.

5. Compete alla ASL territorialmente competente l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente.

6. L'Erogatore si impegna a comunicare trimestralmente al Dipartimento di Prevenzione della ASL di pertinenza, via Pec ed entro il 15° giorno successivo al trimestre di competenza, apposito elenco della propria dotazione organica controfirmato dal Legale Rappresentante, indicante il codice fiscale di ogni singolo dipendente, la relativa qualifica, la mansione svolta, il CCNL applicato, il monte ore settimanale ed eventuali successive variazioni e a provvedere con la stessa modalità ad eventuali aggiornamenti trimestrali. L'elenco di cui al paragrafo precedente deve essere comprensivo anche del personale operante con forme di contratto di lavoro flessibile e del personale operante in regime libero professionale per il quale l'Erogatore dovrà specificare, salvo gli ulteriori obblighi previsti in materia dal D.Lgs. n.81/2015: le generalità del professionista, la durata della collaborazione indicando la data di inizio e di conclusione del rapporto.

7. La ASL, nel vigilare sul rispetto delle scadenze di trasmissione e sui contenuti del flusso informativo, segnala alle competenti strutture Aziendali e alla Regione Abruzzo le eventuali incompatibilità e le eventuali incoerenze riscontrate.

8. L'Erogatore si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria, sottoscritto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

9. La ASL territorialmente competente vigila sul rispetto della regolarità contributiva e retributiva da parte dell'Erogatore.

Art. 10

Obblighi informativi dell'Erogatore

1. L'Erogatore privato fornisce alla ASL competente per territorio, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, unitamente alla fattura di cui all'art.12, il file di produzione (File "C") relativo alle prestazioni di assistenza di specialistica ambulatoriale, come disciplinato dalla normativa nazionale e dalle disposizioni regionali.

2. Il file "C" costituisce, oltre che obbligo informativo, anche allegato elettronico analitico alla fattura, chiarendosi che sono oggetto di fatturazione tutte le prestazioni erogate a carico del S.S.R. nel mese di competenza, nel rispetto dei limiti di cui agli artt. 3 e 4 del presente contratto.

3. Per prestazioni erogate sono da intendersi le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate nel mese di riferimento.

4. Con ulteriori campi aggiuntivi al tracciato record, di cui al punto 1 del presente articolo, secondo lo schema di cui all'**Allegato 2** l'Erogatore privato specifica anche le seguenti informazioni indicate in fattura:

- il valore dell'importo del fatturato lordo;
- il numero della fattura;
- la data di emissione della fattura;
- l'importo c.d. "netto a pagare" (lordo - ticket).

5. L'Erogatore privato si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli obblighi informativi istituzionali stabiliti dalle normative ministeriali e regionali ed, in particolare:

- Flussi NSIS, modelli STS11, STS14 (per gli Erogatori privati dotati di apparecchiature), STS 21.
- Flussi ex art. 50 del Decreto-Legge n. 269 del 30 settembre 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326 del 24 novembre 2003 e ss.mm.ii e, obbligatoriamente, con particolare riferimento all'inserimento delle informazioni rilevabili dalle prescrizioni mediche e traducibili nei flussi di interesse specificatamente per i campi relativi a Data di prenotazione, a Data di erogazione della prestazione, a Tipo accesso, a Classi di priorità, a Garanzia dei tempi massimi.

6. L'Erogatore privato ha l'obbligo di comunicare eventuali ritardi nella trasmissione delle informazioni; l'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi tre mesi dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art.17.

7. Restano salvi gli obblighi informativi di cui ai precedenti articoli.

8. L'ASL 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 all' art. 12 e in conformità al successivo art.13 la Regione e la ASL potranno in qualunque momento verificare l'accessibilità, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, la legittimità

e la congruità delle prestazioni svolte dall' Erogatore 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.

2. Il campione dei controlli di appropriatezza, congruità e legittimità deve essere rappresentativo di almeno il dieci per cento (10%) della produzione fatturata al lordo delle possibilità di incremento mensile. La Regione e le AASSLL, in relazione a particolari criticità segnalate dal NOC competente, potranno disporre ulteriori e mirati controlli incrementando il campione oggetto di verifica.

3. La ASL competente territorialmente è tenuta a verificare che le prestazioni erogate risultino prenotate attraverso il Sistema CUP Aziendale, come previsto all'art.8 comma 1 del presente contratto., come previsto all'art.8 comma 1. L'applicazione della presente disposizione e di quelle precedenti relative alla prenotazione tramite sistema CUP è subordinata alle modalità di attuazione messe in atto dalla ASL di riferimento.

4. La ASL è inoltre tenuta a verificare la coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione di cui all'articolo 12, secondo le modalità previste dall'art.14.

5. I controlli presso gli Erogatori privati sono di competenza dei Nuclei Operativi di Controllo (N.O.C.) secondo le modalità previste dai provvedimenti e dalle disposizioni operative regionali. Possono essere previste, per lo svolgimento dei predetti controlli, forme di cooperazione inter-istituzionale con i soggetti preposti ad attività di controllo e prevenzione per la tutela della salute.

6. I controlli di cui al presente articolo devono essere svolti nei tempi utili a garantire il rispetto dei termini di cui all'art.13, comma 1.

7. L'Erogatore privato si impegna a predisporre e mantenere, a sue spese, condizioni organizzative necessarie ed utili a consentire il corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.

8. Il procedimento di verifica si svolge alla presenza di rappresentanti dell'Erogatore e di esso è redatto apposito e dettagliato processo verbale nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. Resta salva la facoltà per l'Erogatore di trasmettere alla ASL, apposite controdeduzioni entro e non oltre i successivi dieci giorni dalla consegna del predetto verbale. Entro 10 giorni dalla ricezione delle controdeduzioni formulate dall'Erogatore, la ASL competente comunica all'Erogatore stessa l'esito definitivo della verifica assegnando un termine non superiore a dieci giorni per adempiere alle prescrizioni eventualmente impartite, decorsi inutilmente i quali la ASL adotta i provvedimenti e le prescrizioni del caso la cui inosservanza costituisce grave inadempimento, notiziandone la Regione.

9. L'esito della verifica deve indicare il valore in denaro delle prestazioni inappropriate, incongrue, illegittime .

10. La ASL è tenuta ad inserire campi aggiuntivi al File "C", secondo lo schema di cui all'**Allegato 2** del presente contratto, rappresentativi dell'importo liquidato in favore dell'Erogatore privato e delle motivazioni della mancata o diversa liquidazione.

11. Resta ferma la responsabilità dell'Erogatore privato per inadempienze relative a circostanze e prestazioni che non hanno formato oggetto di controllo.

Art. 12

Modalità di fatturazione

1. L' Erogatore trasmette alla ASL di competenza territoriale, attraverso il Sistema di Interscambio SDI – fatturazione elettronica PA - e all' Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Abruzzo (ASR Abruzzo), la fattura, recante indicazione del CIG, relativa alla produzione del mese di riferimento posta a carico del S.S.R, con l'indicazione del corretto numero di NSO, nel rispetto dei limiti previsti dal presente contratto e secondo le modalità di cui alla normativa vigente ed in conformità alle disposizioni regionali ed in particolare alla DGR 124/2020.

2. La fattura è trasmessa alla ASL territorialmente competente e all'ASR Abruzzo entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento. La fattura è trasmessa contestualmente alla ASL territorialmente competente e all'A.S.R. Abruzzo (alle quali va inviato altresì un apposito riepilogo a mezzo pec) entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento.
3. La fattura deve indicare le prestazioni rese a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo, distinguendole per Azienda ASL di residenza del paziente.
4. Alla fattura deve essere allegata la documentazione eventualmente prevista dalle disposizioni nazionali e regionali in materia di fatturazione elettronica.
5. La ASL non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente contratto.
6. Prima delle liquidazioni la ASL verifica la regolarità del DURC e richiede all' Enpam il rilascio della certificazione equipollente al DURC attestante il regolare adempimento degli obblighi contributivi di cui all'art 1 comma 39 L.n.243/2004 ; in caso di irregolarità per definitivo accertamento di violazioni contributive, la ASL provvede in conformità alla normativa vigente dandone comunicazione anche alla Regione. Il “definitivo accertamento” delle violazioni contributive può essere rinvenuto in tutte le situazioni caratterizzate dalla non pendenza di ricorsi amministrativi o giurisdizionali.
7. In caso di segnalata irregolarità retributiva la ASL attiva l'Ispettorato del Lavoro per le verifiche di competenza.
8. La struttura in ogni caso si impegna a regolarizzare diligentemente eventuali inadempienze contributive e retributive all'atto dell'esecuzione del presente contratto e dichiara di essere consapevole delle sanzioni previste dalla L.R. n.32/2007 e ss.mm.ii. all'art.7 bis e dall'art.17, comma 2 del presente contratto.

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 registrazione della fattura/nota contabile di riferimento a cura dell'ASL di competenza.
2. La ASL deve effettuare acconti mensili pari all'85% (ottantacinque per cento) della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 5 entro 30 giorni dalla registrazione della fattura.
3. La ASL procede al saldo della fattura , accertata e validata, sulla base della produzione ad essa connessa, previo espletamento, da parte degli organismi di controllo aziendali, delle verifiche amministrative e sanitarie, ed in osservanza di quanto previsto dal presente contratto.
4. La nota di credito è emessa entro e non oltre 60 giorni decorrenti dalla ricezione della relativa richiesta ed indica le prestazioni a cui si riferisce e la residenza dell'utente a cui favore è stata erogata la prestazione. La nota di credito verrà decurtata sull'acconto immediatamente successivo alla data di ricezione della stessa.
5. La mancata emissione della nota di credito, secondo le modalità ed i termini previsti dal presente articolo, se reiterata, costituisce inadempimento grave ai sensi dell'art. 17.
6. È fatta salva la ripetizione in favore della A.S.L. delle somme che, sulla base dei controlli effettuati sull'attività erogata dall'Erogatore privato in forza del presente contratto, risultino non dovute totalmente o in parte.
7. Gli interessi per ritardato pagamento sono fissati nella misura di legge e decorrono dal sessantesimo giorno successivo alla data di registrazione della fattura/nota contabile se conforme alla previsione contrattuale.

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. I corrispettivi contrattuali dovuti all'erogatore dalla Asl, in forza del presente accordo contrattuale, sono quelli stabiliti dalle disposizioni in materia di tariffe vigenti per le strutture della tipologia di prestazioni cui il presente contratto si riferisce.
3. Le parti convengono che per produzione accertata e validata si intende il totale delle prestazioni fatturate poste a carico del SSR, che hanno positivamente superato i controlli di cui agli artt. 11 e 13 del presente accordo, e debitamente certificate dalla ASL, non costituendo il solo fatturato, ex se, pretesa di corrispettivo.
4. 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 potrà essere rideterminato, in ogni caso compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lett. e-bis, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii.
5. Le parti stabiliscono che l'eventuale introduzione e/o aumento di quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti comporterà che gli importi derivanti dalle stesse verranno portate in decremento rispetto al budget annuale assegnato e verranno apprese dall'Erogatore a titolo di anticipazione non costituendo in nessun caso fonte di remunerazione aggiuntiva. La ASL territorialmente competente terrà conto di tali importi incassati a titolo di anticipazione all'atto dell'erogazione degli acconti mensili.

Art. 15

Cessione dei crediti

1. L'Erogatore ha l'obbligo di notificare la cessione a qualsiasi titolo dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente accordo contrattuale all'Azienda ASL competente territorialmente.
2. Le parti convengono che l'efficacia della cessione è condizionata all'accettazione espressa, nel termine di trenta giorni dalla avvenuta ricezione– avvenuta a seguito di raccomandata con avviso di ricevimento (o trasmissione mediante posta elettronica certificata) presso il domicilio indicato nel presente accordo contrattuale e attestata dalla acquisizione del relativo atto di notifica al protocollo– da parte della Azienda ASL di pertinenza e della Regione Abruzzo e che la cessione del credito potrà essere accettata esclusivamente nei limiti delle prestazioni verificate positivamente e valorizzate ai sensi degli articoli 13 e 14 del presente accordo contrattuale.
3. L'accettazione espressa da parte della Azienda ASL di pertinenza e della Regione Abruzzo di cui al secondo comma è comunicata mediante raccomandata con avviso di ricevimento (o trasmissione mediante posta elettronica certificata) presso il domicilio indicato nel presente accordo contrattuale. Analoga modalità di comunicazione è prevista per il diniego espresso.
4. Per i crediti commerciali certi, liquidi ed esigibili, vantati nei confronti degli Enti del SSN in conseguenza di accordi contrattuali stipulati ai sensi dell'art. 8 quinquies D.lgs.502/1922, ove non certificati mediante la piattaforma elettronica (art. 7 D.L. 35/2013, e ss.mm.ii.) si richiama l'art. 117, c. 4 bis D.L. 34/2020 secondo cui

“ possono essere ceduti, anche ai sensi della Legge 30 aprile 1999, n. 130, solo a seguito di notificazione della cessione all'ente debitore e di espressa accettazione da parte di esso. L'ente debitore, effettuate le occorrenti verifiche, comunica al cedente e al cessionario l'accettazione o il rifiuto della cessione del credito entro 45 giorni dalla data della notificazione, decorsi inutilmente i quali la cessione si intende rifiutata..... L'ente debitore non risponde dei pagamenti effettuati al cedente prima della notificazione dell'atto di cessione”.

5. La ASL di pertinenza e la Regione Abruzzo, in caso di accettazione della cessione, possono opporre al cessionario, tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente accordo contrattuale.

6. Restano fermi ed impregiudicati gli eventuali ulteriori adempimenti connessi al presente accordo contrattuale.

7. In conseguenza di quanto sopra, l'erogatore si impegna a mantenere indenne la Azienda ASL e la Regione Abruzzo per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle modalità e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo.

8. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo e, in conseguenza di quanto sopra, l'Erogatore si impegna a mantenere indenne l'Azienda ASL e la Regione Abruzzo per eventuali cessioni effettuate al di fuori di quanto previsto ai precedenti commi del presente articolo.

Art. 16

Incedibilità del contratto

1. Il presente contratto è incedibile in tutto o in parte salvo i casi ammessi dalla legge.

2. La cessione costituisce grave inadempimento ai sensi dell'art.17.

Art. 17

Risoluzione del contratto

1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dall'accordo contrattuale e dalla normativa ad esso applicabile costituiscono grave inadempimento del presente accordo contrattuale:

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

b) l'impedimento ai controlli di cui agli articoli 11 e 13 del presente accordo contrattuale;

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

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

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

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

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

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

- i) l'inosservanza di quanto previsto dall'articolo 6 del presente accordo contrattuale;
- j) l'inadempimento da parte della struttura dell'obbligo di condivisione automatica delle agende di prenotazione delle prestazioni sui sistemi della Azienda ASL secondo quanto stabilito dal precedente art.8 del presente accordo contrattuale;
- k) il diniego definitivo e/o la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento in corso di rapporto contrattuale, anche nell' ipotesi di violazione di quanto stabilito all'art.9 del presente accordo contrattuale;
- l) la ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni indicati nel presente accordo contrattuale;
- m) l'impedimento al controllo esercitato dalla Azienda ASL di pertinenza e dalla Regione Abruzzo ai sensi dell'art. 11 del presente accordo contrattuale;
- n) l'esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la Pubblica Amministrazione.

Ai fini della reiterazione le misure di cui al presente articolo si applicano a decorrere dal terzo episodio di violazione formalmente contestato dalla ASL che, accertata la effettiva sussistenza del grave inadempimento, anche a seguito dell'interlocuzione con l'Erogatore, ne formalizza gli esiti dandone comunicazione alla Regione, che provvede in conformità all'art 7 comma 4 lett. d) LR 32/2007 come modificato dalla L.R. 12/2016.

2. La sospensione o la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento determina in ogni caso l'automatica sospensione e risoluzione degli effetti del presente accordo contrattuale.

3. Fermo quanto sopra, in caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza, o sospensione previste dall'art. 67, D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 (c.d. codice antimafia), il contratto è risolto ipso iure senza concessione di termini per dedurre.

4. Resta fermo, in ogni caso, il diritto della Regione Abruzzo e dell'Azienda ASL competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento dell'Erogatore.

5. Resta inteso che, in caso di risoluzione ai sensi del presente articolo, l'Erogatore si impegna a non accettare pazienti. Eventuali attività rese in violazione di tale divieto non possono essere oggetto di remunerazione a carico del Servizio Sanitario ad alcun titolo.

Art. 18

Controversie

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

Art. 19

Norme transitorie e di rinvio

1. Per favorire l'adeguamento all'evoluzione dello stato di pandemia, è fatta salva ogni diversa e/o ulteriore disposizione contenuta in Ordinanze Presidenziali o altre norme e atti nazionali, regionali e aziendali.

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

Art. 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 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, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.

Art. 21**Registrazione**

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

Art.22**Elezione di domicilio**

1. Le parti eleggono domicilio ad ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente accordo contrattuale presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati.

- L'Erogatore elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
.....
- la ASL 1 – Avezzano-Sulmona-L'Aquila elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it
- la ASL 2 – Lanciano-Vasto-Chieti elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
info@pec.asl2abruzzo.it
- la ASL 3 – Pescara elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
aslpecara@postecert.it
- la ASL 4 – Teramo elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
aslteramo@raccomandata.eu
- la Regione Abruzzo elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
dpf018@pec.regione.abruzzo.it

Letto, approvato e sottoscritto

Firmato digitalmente da:

- per la Regione Abruzzo

Il Presidente della Giunta Regionale

➤ per l'Erogatore

Il Rappresentante legale

➤ per le Aziende Sanitarie Locali di:

1. Avezzano, Sulmona, L'Aquila

Il Direttore Generale

2. Lanciano, Vasto, Chieti

Il Direttore Generale

3. Pescara

Il Direttore Generale

4. Teramo

Il Direttore Generale

Se e per quanto possa occorrere l'Erogatore approva specificamente le previsioni di cui agli artt.3,4,5,6,7,10,11,12, 13,14,15,16, 17,18,19,20.

➤ per l'Erogatore

Il Rappresentante legale

ALLEGATO 1**DICHIARAZIONI DA PRESENTARE AI FINI DEL CONTRATTO****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE L'ISCRIZIONE IN PUBBLICI REGISTRI:**

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

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

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

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

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

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

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

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

dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della Erogatore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GIÀ PREVISTO DAGLI ARTT.80 E 81 DEL DLGS 231/01 ss.mm.ii. 14**ATTESTAZIONE DA PARTE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ENTE GESTORE**

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITÀ

ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. n. 412/1991 del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE

- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è avviato nei suoi confronti ;
- di aver / non aver presentato domanda di concordato preventivo;
- che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67, D.Lgs. n. 159/2011 (c.d. codice antimafia) in capo al/ai soggetto/i che ha/hanno la rappresentanza legale dell'Erogatore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO NOTORIO

Attestante , ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e decadenze dai benefici eventualmente conseguiti previste ex artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso degli stessi, il mantenimento del possesso dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento

Tracciato record File "C"
SPECIALISTICA AMBULATORIALE

FILE C1 - dati anagrafici

Pos	Descrizione Campo	Tip	Lun	Note	Codic
1-3	Regione addebitante	A	3	Codice regione inviante l'addebito	OBBV
4-6	Az. ULSS/Az.Osp.	A	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBBV
7-12	Codice struttura erogatrice	A N	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 o HSP11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	OBB
13-16	Medicoprescrittore	A	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29-30	Cognome dell'utente	A	30	Tutto maiuscolo	FAC
59-60	Nome dell'utente	A	20	Tutto maiuscolo	FAC
79-80	Campo vuoto	A	16	Riempire con spazi	
95-96	Codice fiscale dell'utente	A	16	Codice fiscale dell'utente	OBBV
111	Sesso dell'utente	A	1	1=maschio, 2=femmina	OBB
112-113	Data di nascita dell'utente	A	8	Formato GGMMAAAA	OBB
120-125	Provincia e Comune di	A N	6	Codice ISTAT del Comune di residenza	OBBV
126-127	USL di residenza	A	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.	OBBV
131-150	ID	A N	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	OBBV

FILE C2- dati prestazioni sanitarie

Pos	Descrizione Campo	Tip	Lun	Note	Codic
1-3	Regione addebitante	A	3	Codice regione inviante l'addebito	OBBV
4-6	Az. ULSS/Az.Osp.	A	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBBV
7-12	Codice struttura erogatrice	A N	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	A N	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.	OBBV
31-32	Data	A N	8	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di chiusura ciclo.	OBBV
39	Codifica nomenclatore	A N	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	OBBV
40-46	Codice prestazione	A N	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	OBBV
47-49	Quantità	N	3	1 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBBV
50-51	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	A N	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 riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBBV
67	Posizione contabile	A N	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	OBB
68	ERR01 Errori anagrafici	A N	1	O = 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	A N	1	O = 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	A N	1	O = 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)	
71	ERR04 Errori sulla ricetta	A N	1	O = nessun errore 1=Tipo erogazione assente o non previsto nel dominio (<i>da segnalare sulla riga</i>	
72	ERR05 Errori del record	A N	1	O=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	A N	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero O = 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	
74	ERR07 Errori su quantità	A N	1	O = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn }	
75	ERR08 Errori sulla data della prestazione	A N	1	O = 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	A N	1	Valorizzare sempre a O	
77	ERR10 Riservato ad usi futuri	A N	1	Valorizzare sempre a O.	
78-97	ID	A N	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	OBBV
98-100	Regione iniziale di addebito	A N	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OB B se Pos
101-102	Tipo erogazione	A N	2	Valori ammessi: A = Accesso diretto P = Pronto soccorso D = Ricetta specialistica interna S = Ricetta SSN	OBBV
103-105	Codice disciplina unità operativa erogatrice	A N	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 O; per le specialità non ospedaliere riportare il codice a tre caratteri. Valorizzare sulle righe zn	FAC

106	Classe di priorità della prenotazione	A N	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	A N	6	Codifica delle esenzioni come da tabella nazionale. Obbligatorio se tipo erogazione =S e posizione utente nei confronti del ticket 01 Valorizzare sulla riga 99	OBB
113	Tipo struttura	N	1	1= struttura pubblica 2= struttura privata Valorizzare su tutte le	OBB
114-121	Quota di compartecipazioni	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-	Campo vuoto	N	8	Riempire con spazi	
138-157	Numero della fattura	A N	20	Codice allineato a sinistra e completato con spazi Valorizzare sempre a 0 tranne che nella	OBB
158-165	Data della fattura	Da to	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	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