

**CONTRATTO PER L'EROGAZIONE
DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
PERIODO 01/09/2025 -31/12/2026**

TRA

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 Avezzano, n.11-C, 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'Erogatore, 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 CHE

- l'Erogatore privato è titolare di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale, ai sensi della DGR [.....] per le seguenti discipline:_____;
- la DGR n. 945 del 30/12/2024 ha disposto l'avvio, in relazione a tutte le Aree di assistenza, del procedimento di contrattualizzazione ex art. 8 quinquies, programmando una negoziazione di carattere biennale per le annualità 2025-2026;
- la DGR [.....] ha determinato il tetto massimo di spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale , individuando, nel suo ambito, i budget contrattuali riconoscibili alla ricorrenza delle condizioni ivi previste ed approvando lo schema di contratto per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale;

RICHIAMATI

- il Decreto Legislativo n.502/1992 e ss.mm.ii.;
- la LRA n. 32/2007 e ss.mm.ii.;
- il Decreto del Ministero della Salute 23.06.2023 "*Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica*" e ss.mm.ii., recepito con DGR 936 del 30/12/2024, con cui è stato approvato il Nomenclatore tariffario regionale e il CUR per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e protesiche;
- il Decreto Legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con la Legge 29 luglio 2024, n.107, che, all'art. 3 prevede, tra l'altro che:
 - gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali afferiscono al Centro unico di prenotazione (CUP) secondo le modalità di accesso alle prestazioni ivi previste;
 - la piena interoperabilità dei Centri di Prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP territoriali costituisce specifico elemento di valutazione nell'ambito delle procedure di rilascio dell'accREDITamento istituzionale, oltre che condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali;
 - in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti dalle classi di priorità, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213 , senza oneri aggiuntivi a carico

degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota di partecipazione alla spesa sanitaria, è possibile procedere alla ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate, mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale;

- costituisce elemento contrattuale qualificante, l'obbligo per gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali, di garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie;
- il DCA n.64/12, la DGR n. 611/2017, la DGR n. 525/2017, la DGR n. 902/ 2024, la DGR n. 234/2025 che hanno approvato i Protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate;

PRECISATO CHE

- la complementarietà dell'offerta erogata in esecuzione del presente accordo contrattuale presuppone l'efficiente utilizzo della rete di offerta pubblica;
- 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 A1** al presente contratto;

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 periodo 01/09/2025 -31/12/2026, delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale.
2. Per il periodo di cui al comma 1 il Servizio Sanitario Regionale affida all'Erogatore privato le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale relative alla disciplina per la quale lo stesso risulta accreditato, di cui all'art. 3 del presente contratto, come da programmazione regionale.
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 massimo di spesa assegnato all'Erogatore.

Art. 2

Durata

1. Il presente accordo contrattuale regola le prestazioni rese a decorrere dal 01/09/2025 -31/12/2026 .
2. Le prestazioni erogate dalla struttura dall'1/01/2025 fino al 31/08/2025 sono sottoposte alla disciplina di alle DGR n.945/2024 e DGR n. 406/2025;
3. Le parti concordano che il presente contratto è prorogato alle stesse condizioni giuridiche ed economiche sino alla stipula del nuovo accordo negoziale.

Art. 3

Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa

1. L'Erogatore si impegna a garantire per il periodo 01/09/2025 -31/12/2026 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 e della vigente normativa e regolamentazione, secondo il Piano delle prestazioni, definito dal Direttore Generale dell'ASL ove è territorialmente ubicata la struttura erogativa, di cui all'**Allegato A2** parte integrante e sostanziale del presente accordo.
- 2.E' riconosciuta all'ASL, nella vigenza del presente contratto, la possibilità di modificare la pianificazione di cui al comma 1 al variare delle esigenze assistenziali fermo restando il limite del tetto massimo di spesa di cui al comma 3.
- 3.L'Erogatore accetta, come corrispettivo massimo annuale, il tetto di spesa complessivo di euro di cui €per il periodo 01/09/2025 – 31/12/2025, ed €per l'anno2026; .
- 4.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.
5. 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.
6. In caso di strutture operanti su più sedi il contratto è sottoscritto con l'individuazione del tetto di spesa distinto per ASL;
7. 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 eccedenti la capacità produttiva accreditata massima giornaliera.

Art. 4

Condizioni di erogabilità delle prestazioni

1. Costituiscono norme di carattere generale, in materia di condizioni di erogabilità delle prestazioni e come tali trovano applicazione nell'ambito del presente rapporto negoziale:
 - a. il 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 l'ASR, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata in maniera adeguata a ciascuna apparecchiatura nonché le analisi dei rischi privacy e cybersecurity.

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 assegnato.

2. Le prestazioni rese mensilmente al di sopra del tetto di spesa mensilizzato, comprensivo dell'oscillabilità, non sono riconoscibili, né remunerabili.

3. A tutela della continuità assistenziale, entro e non oltre il 31 dicembre 2025, è consentita la compensazione delle prestazioni fatturate nel periodo 01/01/2025-31/08/2025 in adempimento del contratto prorogato con DGR n. 945/2024 e DGR n. 406/2025, se validate dai NOC e comprese nell'oscillabilità mensile contrattualmente riconosciuta fermi ed invalicabili gli specifici tetti di spesa previsti per le due diverse tornate contrattuali succedutesi nel corso del 2025;

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 prescrittore in conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale ed in particolare dal D.L.n.443/87 (art.2) convertito in L.29-12-1987, 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 fermi gli obblighi a carico dell'Erogatore;

2. Non sono remunerabili ed esigibili le prestazioni erogate su richieste del S.S.N. non effettuate in base a prescrizione su ricettario del SSN e/o 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 comma 1 del presente articolo.

4. Le prestazioni sono erogate secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e di appropriatezza, e secondo la buona e diligente pratica professionale che l'Erogatore si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

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 *"Trattamento di dati personali in ambito sanitario"* e dell'art. 9 del Regolamento UE 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 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 le ASL;
- - a recepire ed implementare presso il proprio centro aziendale di prenotazione (CUP) delle prestazioni specialistiche il Catalogo Unico Regionale (CUR) delle prestazioni specialistiche, approvato con DGR n. 936 del 30/12/2024;
- a rispettare le disposizioni di cui alla Legge n. 107/2024 riguardo alla gestione delle agende e al sistema CUP (Centro Unico di Prenotazione), in particolare relativamente a:
 - Obbligo di interoperabilità dei propri sistemi di prenotazione con il CUP regionale o infra-regionale (quale requisito fondamentale per la sottoscrizione del contratto e criterio di valutazione per il rilascio dell’accreditamento istituzionale);
 - Prenotazione centralizzata attraverso l’inserimento delle proprie agende di prenotazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio LEA nel CUP aziendale, permettendo agli assistiti di prenotare direttamente attraverso il sistema regionale;
 - Accesso alle prestazioni, come la presa in carico diretta per pazienti con malattie croniche e rare, la prenotazione per sintomi acuti e l’accesso diretto per patologie mentali e dipendenze;
- ad attenersi a quanto disposto dal Decreto 7 settembre 2023 “Fascicolo sanitario elettronico 2.0”, adeguando le proprie soluzioni applicative per la produzione di documenti clinici alle specifiche FSE 2.0 e garantendo la corretta alimentazione dei Fascicoli degli assistiti, entro le tempistiche definite al comma 3 dell’art. 12 del medesimo Decreto, ovvero entro 5gg dall’erogazione della prestazione sanitaria;
- a predisporre per gli assistiti idonee misure di gestione del consenso informato sul FSE, dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici che li riguardano;
- ad aderire alle indicazioni regionali sulla erogazione di prestazioni in telemedicina favorendo l’iterazione con la IRT (Infrastruttura Regionale di Telemedicina) al fine di assicurare appropriatezza, sicurezza e continuità delle cure;
- a pubblicare sul sito web, in apposita area dedicata, i tempi previsti e 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 relativa pubblicazione nel sito aziendale, nell’apposita sezione denominata «Liste di attesa», dei predetti 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 previsti dalla 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 si dichiara consapevole che, salve espresse deroghe previste per legge, è fatto divieto alle strutture private accreditate di avere nel proprio organico o come consulenti, personale, medico e non, incompatibile ai sensi dell'art. 4, comma 7 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412 "Disposizioni in materia di finanza pubblica." nonché dell'articolo 1, commi 5 e 6 della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.", in quanto dipendente del Servizio Sanitario Nazionale.
3. L'Erogatore si dichiara altresì consapevole che, salvo espresse deroghe previste per legge, ai sensi dell'articolo 53, comma 16 ter del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", è vietato concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi nel triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro a dipendenti pubblici che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei confronti dell'erogatore.
4. L'Azienda ASL territorialmente competente è tenuta ad accertare la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità ai sensi del presente articolo, e, nel caso in cui le predette situazioni risultino accertate, l'Erogatore si impegna a rimuoverle entro il termine perentorio di 15 giorni dalla data di formale contestazione e diffida da parte dell'Azienda. La mancata rimozione della situazione di incompatibilità nel termine assegnato, costituisce grave inadempimento ai sensi dell'articolo 17 del presente accordo.
5. L'Erogatore si impegna a mantenere, per tutta la durata del contratto, l'applicazione del C.C.N.L. di categoria sottoscritto dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative.
6. L'Erogatore si impegna a trasmettere 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 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. Il Dipartimento di Prevenzione, nel vigilare sul rispetto delle scadenze di trasmissione e sui contenuti del flusso informativo, segnala alle competenti strutture dell'ASL (GACEP, VAPS) le eventuali incompatibilità e le eventuali incoerenze riscontrate.
8. L'Erogatore si impegna a formare periodicamente il personale della propria organizzazione nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e in materia di misure per un livello comune elevato di cybersicurezza.
9. La ASL 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, in particolare secondo quanto disposto dalla Determinazione N. DPF019/26 del 17/03/2025 "Implementazione delle specifiche tecniche del tracciato del flusso "file C" relativo alla specialistica ambulatoriale e al pronto soccorso non seguito da ricovero".

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 A3** 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 e 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. Su richiesta dell'ASL l'obbligo informativo si estende anche ai flussi informativi riferiti al monitoraggio liste d'attesa.
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 ASL potrà, secondo la regolazione regionale, 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, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e in materia di misure per un livello comune elevato di cybersicurezza.
2. Le verifiche prestazionali sono finalizzate all'accertamento di legittimità, congruità e appropriatezza organizzativa e clinica, in conformità ai Protocolli Ispettivi e alle leggi regionali vigenti. La ASL, in relazione a particolari criticità segnalate dal competente Nucleo di Controllo, dovrà chiedere allo stesso ulteriori e mirati controlli incrementando il campione e il monitoraggio 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.
4. La ASL è 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. 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 contestualmente alla ASL 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 a favore di utenti residenti in Regione Abruzzo (distinguendoli per ASL appartenenza) e le prestazioni rese a favore di utenti residenti in altre Regioni.

4. Alla fattura deve essere allegata la documentazione prevista dal presente contratto e 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 e della vigente normativa.

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 notiziandone la Regione. Il "definitivo accertamento" delle violazioni contributive ricorre nei casi di 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. Grava sull'ASL il procedimento amministrativo finalizzato ad accertare la sussistenza dei presupposti sanzionatori di cui all'art. 7 bis LR n. 32/2007 e ss.mm.ii. dando comunicazione degli esiti alla Regione per i conseguenti provvedimenti di competenza

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, 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 sono state erogate. 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 del Ministero della Salute 23.06.2023, "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica" e ss.mm.ii. recepito con DGR n.936 del 30/12/2024 con cui è stato approvato il Nomenclatore tariffario regionale e il CUR per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e protesiche.
2. 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.
3. 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, nel rispetto dei limiti derivanti dal Piano di Rientro e nell'ambito delle risorse del FSR.
5. Le parti stabiliscono che l'eventuale introduzione e/o aumento di quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti comporterà che i relativi importi verranno portati in decremento rispetto al budget annuale assegnato e verranno appresi 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 alla ASL competente territorialmente la cessione a qualsiasi titolo dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente accordo contrattuale; l'atto di cessione deve essere notificato all'ASL a mezzo PEC, al domicilio digitale indicato nel presente contratto.
2. Le parti convengono che costituisce condizione di efficacia della cessione, la relativa accettazione espressa da parte dell'ASL: l'accettazione deve intervenire entro e non oltre 30 giorni dalla ricezione dell'atto di cessione secondo le modalità di cui al punto 1. Negli stessi termini l'ASL dovrà notificare il diniego alla cessione. Decorso inutilmente il predetto termine, la cessione, in ogni caso, si intende rifiutata. L'accettazione ovvero il diniego alla cessione dei crediti sono notificati all'erogatore a mezzo PEC, al domicilio digitale indicato nel presente accordo contrattuale. L'ASL notifica l'accettazione espressa ovvero il diniego alla cessione anche al cessionario indicato nell'atto di cessione, a mezzo PEC ovvero mediante Raccomandata A.R.
3. La cessione dei crediti potrà essere accettata esclusivamente nei limiti delle prestazioni verificate positivamente e valorizzate ai sensi degli artt. 13 e 14 del presente accordo contrattuale.

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, in caso di accettazione della cessione, può 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. 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'ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori di quanto previsto dai precedenti punti 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 contratto:

- a) l'impedimento ai controlli di cui agli articoli 11 e 13 del presente accordo contrattuale;
- b) la reiterata inottemperanza agli obblighi informativi nelle ipotesi di cui all'art. 10 del presente accordo contrattuale;
- c) l'inosservanza di quanto previsto dall'articolo 15 del presente accordo contrattuale in materia di cessione dei crediti;
- d) la cessione del presente accordo contrattuale in violazione di quanto espressamente previsto dall'articolo 16;
- e) l'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia dei documenti relativi alle prestazioni rese;
- f) l'accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/2008;
- g) l'accertata violazione degli obblighi in materia retributiva e contributiva secondo quanto previsto dall'art.7 bis della LRA n.32/2007 e s.m.i.;
- h) la reiterata mancata emissione della nota di credito di cui all'articolo 13 del presente accordo contrattuale;
- i) la ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni indicati nel presente accordo contrattuale;
- j) la mancata rimozione, entro i termini previsti, di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art.9 del presente accordo contrattuale;
- k) l'accertata violazione degli obblighi in materia di protezione dei dati personali e in materia di misure per un livello comune elevato di cybersicurezza di cui al Reg. UE 2016/679, D.Lgs. n. 196/2003 per come novellato dal D.Lgs. n. 101/2018 e D.Lgs. n.138/2024 e all'articolo 17 del presente accordo contrattuale;
- l) l'inadempimento 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;
- m) la ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni indicati nel presente accordo contrattuale.

2. 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, nelle forme di legge, l'effettiva sussistenza del grave inadempimento, ne dà comunicazione alla Regione ai fini dell'art 7 comma 4 lett. d) LR 32/2007 e ss.mm.ii..

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

4. Fermo quanto sopra, il presente accordo si risolve di diritto nei seguenti casi:

a) sussistenza di cause di divieto, decadenza, o sospensione previste dall'art. 67, D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 (c.d. codice antimafia);

b) perdita di uno o più requisiti tra quelli autocertificati o accertamento della non veridicità di quanto dichiarato in sede di autocertificazioni di cui all'Allegato A1.

5. Resta fermo, in ogni caso, il diritto della ASL competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento dell'Erogatore.

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

Art. 18

Protezione dei dati personali e dei diritti degli interessati

1. Le parti convengono di qualificare il rapporto legato al trattamento dei dati personali derivante dalla sottoscrizione del presente accordo, in termini di titolarità autonoma e per l'effetto di svolgere ogni trattamento dati di propria competenza, all'interno della propria organizzazione, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 recante il "Regolamento generale sulla protezione dei dati" (di seguito denominato "Regolamento") del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 come novellato dal D. Lgs. 10 agosto 2018 n. 101 (di seguito denominato "Codice della privacy") e di ogni altra disposizione e/o normativa nazionale e/o comunitaria applicabile in materia di protezione dei dati personali nonché dei provvedimenti del Garante per la protezione dei dati personali (di seguito denominato il "Garante").

2. La titolarità del trattamento che l'Erogatore e le AASSLL assumono con la sottoscrizione del presente accordo, determina l'insorgere per le Parti di un'obbligazione (contrattuale) alla luce della quale esse, nell'esecuzione delle attività sopradescritte garantiscono per sé e per i propri dipendenti collaboratori e/o chiunque altro sia autorizzato a trattare i dati personali, inclusi i fornitori, responsabili del trattamento, che i dati degli interessati saranno trattati nel pieno rispetto delle prescrizioni normative sopra citate.

3. In particolare ciascuna Parte si impegnerà a titolo esemplificativo a: a) adottare le misure di sicurezza adeguate previste dal Regolamento, dal Codice della Privacy e da ogni altra norma applicabile; b) dare tempestivo riscontro alle istanze degli interessati ai sensi degli artt. da 15 a 22 del Regolamento nonché alle istanze da qualsiasi autorità legittimata eventualmente collaborando con l'altra Parte nel caso esse abbiano ad oggetto operazioni di trattamento dati di competenza comune; c) trattare i dati nel rispetto dei principi di legalità, proporzionalità e necessità previsti dal Regolamento.

4. In ragione del rapporto di autonoma titolarità ciascuna Parte si impegnerà a manlevare e tenere indenne l'altra da qualsiasi propria responsabilità e/o danno patrimoniale e morale incluse le spese legali che dovessero essere imputate e/o riconosciute per effetto della violazione o mancata adozione di una qualsiasi delle disposizioni previste in materia di protezione dei dati personali (per esempio dal Regolamento, dal Codice della Privacy, da Autorità legittimate per legge, dal presente accordo, etc. o imputabile a fatto comportamento o omissione propri e/o comunque riferibili a sé stessi, ai responsabili designati o ai soggetti autorizzati al trattamento dei dati personali o che collaborino con essi (quali a titolo esemplificativo dipendenti, collaboratori, consulenti, fornitori, etc.).

Art. 19

Misure per un livello comune elevato di cybersicurezza

Le parti si impegnano al rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. 138/2024 (c.d. Decreto NIS), relativo a misure per un livello comune elevato di cybersicurezza.

Art. 20
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.

Art. 21
Norme transitorie e di rinvio

1. E' fatta salva ogni diversa e/o ulteriore disposizione nazionale e/o regionale.
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. 22
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 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. 23
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. 24
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:.....
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:.....
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:.....
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:.....

Letto, approvato e sottoscritto
Firmato digitalmente da:

per l'Erogatore

Il Rappresentante legale

per l'ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila
Il Direttore Generale

per l'ASL Lanciano, Vasto, Chieti
Il Direttore Generale

per l'ASL Pescara
Il Direttore Generale

per l'ASL Teramo
Il Direttore Generale

Se e per quanto possa occorrere l'Erogatore approva specificamente le previsioni di cui agli artt.3,4,5,6,7,8,9,10,11,12, 13,14,15,16, 17,18,19,20,21,22.

per l'Erogatore
Il Rappresentante legale

ALLEGATO A1**DICHIARAZIONI E ALLEGATI AL CONTRATTO****1) 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.

2) 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;

3) 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;

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

dei soggetti che hanno la rappresentanza legale dell'Ente Erogatore.

5) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO NOTORIO

attestante l'insussistenza di condizioni di incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione ai sensi dell'art.32 quater c.p. e, in caso di ente, di non essere stato destinatario dell'applicazione della sanzione interdittiva di cui all'art. 9, comma 2, lett. c) del Dlgs n. 231/2001 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 14 del d.lgs. 81/2008;

6) 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.

7) 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.

8) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE IL RISPETTO DELLE PREVISIONI CONCERNENTI GLI OBBLIGHI RETRIBUTIVI ED ASSISTENZIALI DEI LAVORATORI

dichiarazione circa l'ottemperanza agli obblighi derivanti dalle norme e prescrizioni dei contratti collettivi, dalle leggi e dai regolamenti sulla tutela, sicurezza, salute, assicurazione e assistenza dei lavoratori;

9) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE IL RISPETTO DELLE PREVISIONI CONTENUTE NEL DECRETO LEGISLATIVO 9 APRILE 2008, N. 81 E S.M.I.

dichiarazione circa l'osservanza della normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e, in ogni caso, dell'adempimento a tutte le prescrizioni di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81; l'osservanza della normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e, in ogni caso, dell'adempimento a tutte le prescrizioni di cui di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.;

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

ai sensi dell'art.17 della L.12 marzo 1999, n. 68, rilasciata dal legale rappresentante dell'Erogatore, attestante il rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili ;

11) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE IL RISPETTO DELLE PREVISIONI CONTENUTE ALL'ART.53 DEL D.LGS.N.165/2001 E S.M.I.

Dichiarazione del legale rappresentante dell'Erogatore - al fine dell'applicazione dell'art. 53, comma 16-ter, del D. Lgs. n. 165/2001, introdotto dalla legge n.190/2012 (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – pantouflage o revolving doors)- :

- di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti, che hanno esercitato, nei confronti dell'Erogatore, poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nel triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- Di essere consapevole che, ai sensi del predetto art. 53, comma 16-ter, i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di tali prescrizioni sono nulli e che è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

12) AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000 DELLA RICORRENZA NELLE STRUTTURE SEDI EROGATIVE DELLE PRESTAZIONI OGGETTO DELL'ACCORDO CONTRATTUALE DEI REQUISITI PREVISTI DAI VIGENTI MANUALI DI AUTORIZZAZIONE E DI ACCREDITAMENTO

All'accordo contrattuale si allegano, quali parti costitutive ed integranti, l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e l'accREDITAMENTO della sede erogativa delle prestazioni regolate dal contratto.

ALLEGATO A2

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Anno 2025 (01/09/2025- 31/12/2025)		Totale
<i>Disciplina/Macro Disciplina</i>			
Disciplina [1].....	tipologia	n.prestazioni	€
			€
			€
Disciplina [2]	tipologia	n.prestazioni	€
			€
			€
Disciplina	tipologia	n.prestazioni	€
			€
			€
TOTALE COMPLESSIVO			€

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Anno 2026		Totale
<i>Disciplina/Macro Disciplina</i>			
Disciplina [1].....	tipologia	n.prestazioni	€
			€
			€
Disciplina [2]	tipologia	n.prestazioni	€
			€
			€
Disciplina	tipologia	n.prestazioni	€
			€
			€
TOTALE COMPLESSIVO			€

per l'Erogatore
Il Rappresentante legale

per l'ASL di.....
Il Direttore Generale

Tracciato record File "C03"**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	OBV V
4-6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBV 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	OBV
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	OBV
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.	OBV 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	OBV V
39	Codifica nomenclatore	AN	1	Codificare con "N" (maiuscola) se la prestazione è stata tariffata con le tariffe del DM 2012 per tutti questi casi anche il codice prestazione indicato deve corrispondere al codice del DM; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale se la prestazione è stata tariffata utilizzando tariffe regionali - per questi casi il codice prestazione deve essere il codice della prestazione individuato dal nomenclatore regionale.	OBV 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	OBV V
47-49	Quantità	N	3	1 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBV 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	OBV
52-58	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket esclusa la quota di compartecipazione alla spesa per le regioni che hanno introdotto la manovra di Luglio 2011)	OBV
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 ed esclusa la quota aggiuntiva della manovra di Luglio 2011 per le regioni che hanno introdotto tale quota di compartecipazione alla spesa.	OBV V
67	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni : A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile = 'C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBV

68	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	
69	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza non valorizzato o errato 2 = comune di residenza valorizzato ma non appartenente a regione che riceve l'addebito	
70	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 3 = prestazione esclusa dai LEA	
71	ERR04 Errori sulla ricetta	AN	1	0 = nessun errore 1=Tipo erogazione assente o non previsto nel dominio (da segnalare sulla riga 99)	
72	ERR05 Errori del record	AN	1	0= nessun errore 3= Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga '99') 4= Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe 'zn'.	
73	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa del Nomenclatore trasmesso da ciascuna Regione (solo sulle righe zn)	
74	ERR07 Errori su quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe 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) 2 = data di erogazione concomitante al periodo di ricovero (RO) esclusa data ricovero e data dimissione	
76	ERR09 Errori sulla ricetta	AN	1	0 = nessun errore 1= Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso (da segnalare su tutte le ricette con lo stesso numero).	
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 Obbligatorio su tutte le righe compreso la 99	OBB
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.	FAC

106	Classe di priorità della prenotazione	AN	1	VValori ammessi:alorizzare sulle righe zn 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 Se obbligatorio valorizzare su tutte le righe compreso la 99 La valorizzazione del campo "classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso. L'indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore. Nel caso in cui nella ricette siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti. Le prestazioni contraddistinte da classe di priorità P, rappresentano nell'ambito dei primi accessi, quelle prestazioni con priorità non ascrivibile alle classi U, B, D, in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente. (Deliberazione di Giunta Regionale n. 575 del 11 08 2011)	OBB se Tipo prestazione = '1' (Pimo Accesso) Default spazio
107-112	Codice esenzione	AN	6	Codifica delle esenzioni come da tabella nazionale. Obbligatorio se tipo erogazione =S e posizione utente nei confronti del ticket 01 Valorizzare sulla riga 99	OBB
113	Tipo struttura	N	1	1= struttura pubblica 2= struttura privata Valorizzare su tutte le righe	OBB
114-121	Quota di compartecipazione alla spesa	N	8	Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OSP
122-129	Fatturato al lordo di ticket, quota di compartecipazione	N	8	Importo fatturato dall'erogatore privato a carico del SSR [(sommatoria righe campo "importo totale" 59-66 a eccezione della riga 99) + quota di compartecipazione alla spesa (campo 114-121)] Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 Riempire con Spazi nel caso in cui il campo Tipo struttura = 1 (struttura pubblica)	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 Riempire con Spazi nel caso in cui il campo Tipo struttura = 1 (struttura pubblica)	OBB
158-165	Data della fattura	DATA	8	Formato GGMMAAAA Valorizzare sempre 0 tranne che nella riga 99 Riempire con Spazi nel caso in cui il campo Tipo struttura = 1 (struttura pubblica)	OBB
166-173	Fatturato al netto di ticket, quota di compartecipazione	N	8	Importo fatturato dall'erogatore privato a carico del SSR {(sommatoria righe campo "importo totale" 59-66 a eccezione della riga 99) - [importo ticket (campo 52-58) + quota di compartecipazione alla spesa (campo 114-121)]} Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 (ammesso valore negativo) Riempire con Spazi nel caso in cui il campo Tipo struttura = 1 (struttura pubblica)	OBB
174-181	Liquidato	N	8	Importo riconosciuto e liquidato all'erogatore privato Valorizzare sempre 0 tranne che nella riga 99 Riempire con Spazi nel caso in cui il campo Tipo struttura = 1 (struttura pubblica)	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 Riempire con Spazi nel caso in cui il campo Tipo struttura = 1 (struttura pubblica)	OBB
183	Causa di parziale liquidazione	AN	1	Indicala 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 Riempire con Spazi nel caso in cui il campo Tipo struttura = 1 (struttura pubblica)	OBB

184	Garanzia Tempi Massimi	AN	1	Prestazione da erogare entro i tempi massimi previsti dalla priorità Valori possibili: - 0 = Assistito da non garantire nei tempi massimi - 1 = Assistito da garantire nei tempi massimi Garanzia dei tempi massimi: indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti. Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica: 1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa; 0= utente che non rientra nella categoria precedente. La valorizzazione del campo "Garanzia dei tempi massimi" è obbligatoria solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D. (Deliberazione di Giunta Regionale n. 575 del 11_08_2011)	OBB (Solo nelle righe zn e per Tipo prestazione = '1 (Primo Accesso)' e classe di priorità 'B' o 'D') Default 0
185-187	Numero Sedute Cicliche	AN	3	Numero di Sedute Cicliche Valore presente nel catalogo regionale nel campo NRO_SEDUTE, che ha valori possibili 0 o 10 in funzione che sia una prestazione singola o ciclica. Le prestazioni cicliche sono da valorizzare secondo la circolare Prot. N. 183020 del 17 luglio 2013.	OBB (Solo nelle righe zn) Default spazio
188-195	Data Prenotazione	AN	8	Data in cui viene effettuato il contatto/prima prenotazione al CUP. Formato GGMMAAAA La data deve essere valorizzata solo sulle righe di dettaglio (non sulla riga 99) La data è obbligatoria per Tipo prestazione = 1 e Tipo erogazione = A o D o S In tutti gli altri casi valorizzare come segue 00000000 (anche nella riga 99)	NBB (default: 00000000)
196-203	Data prima disponibilità	AN	8	Data in cui viene effettuato il contatto/prima prenotazione al CUP. Formato GGMMAAAA La data deve essere valorizzata solo sulle righe di dettaglio (non sulla riga 99) La data è obbligatoria per Tipo prestazione = 1 e Tipo erogazione = A o D o S In tutti gli altri casi valorizzare come segue 00000000 (anche nella riga 99)	NBB (default: 00000000)
204-211	Data primo appuntamento	AN	8	Data in cui viene effettuato il contatto/prima prenotazione al CUP. Formato GGMMAAAA La data deve essere valorizzata solo sulle righe di dettaglio (non sulla riga 99) La data è obbligatoria per Tipo prestazione = 1 e Tipo erogazione = A o D o S In tutti gli altri casi valorizzare come segue 00000000 (anche nella riga 99)	NBB (default: 00000000)
212	Tipo prestazione	AN	1	1 - Prima presa in carico/PRGLA 2 - CUP di II Livello 0 - Prestazioni di Pronto Soccorso Il valore 1 = Prima presa in carico/PRGLA indica il primo accesso. Il valore 2 = CUP di II Livello indica tutti gli accessi successivi al primo. Il valore 0 = Prestazioni di Pronto Soccorso	OBB

FILE C3 - dati prestazioni CUR

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. La riga 99 in questo tracciato non è prevista	OBB V
31-50	ID (blocco)	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
51-57	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
58-65	Codice prestazione (CUR)	AN	8	Codice Catalogo Unico delle Prestazioni (CUR) Valorizzare con il codice_catalogo e non con il codice_ntr Insieme ai campi: codice regione, + codice ASL + id_blocco + Progressivo riga ricetta + Codice Prestazione (ntr), identifica univocamente la chiave del tracciato. Nel caso di "Prima Visita di Pronto Soccorso" valorizzare il campo con il valore A0897PS solo se Tipo prestazione = 0 (prestazioni di pronto soccorso) e Tipo erogazione = P (pronto soccorso) e Codice prestazione = 89.7	OBB
66-67	Branca Specialistica	AN	2	Branca Specialistica come valorizzata da selezione di operatore CUP in corrispondenza del Codice Prestazione (CUR) Per le prestazioni di Pronto Soccorso valorizzare con la prima disponibile	OBB

In grigio chiaro: campi ad uso dell'erogatore privato

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