

ESTRATTO DAL VERBALE DELLE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE
(SEDUTA DEL 4 APRILE 2024)

L'anno duemilaventiquattro, il giorno di giovedì quattro del mese di aprile, alle ore 17.58 presso la Presidenza della Regione Lazio (Sala Giunta), in Roma - via Cristoforo Colombo n. 212, previa formale convocazione del Presidente per le ore 15.00 e da ultimo posticipata alle ore 17.30 dello stesso giorno, si è riunita la Giunta regionale così composta:

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------|
| 1) ROCCA FRANCESCO | <i>Presidente</i> | 7) PALAZZO ELENA | <i>Assessore</i> |
| 2) ANGELILLI ROBERTA | <i>Vicepresidente</i> | 8) REGIMENTI LUISA | “ |
| 3) BALDASSARRE SIMONA RENATA | <i>Assessore</i> | 9) RIGHINI GIANCARLO | “ |
| 4) CIACCIARELLI PASQUALE | “ | 10) RINALDI MANUELA | “ |
| 5) GHERA FABRIZIO | “ | 11) SCHIBONI GIUSEPPE | “ |
| 6) MASELLI MASSIMILIANO | “ | | |

Sono presenti: *il Presidente, la Vicepresidente e gli Assessori Baldassarre, Ghera, Maselli, Palazzo, Righini, Rinaldi e Schiboni.*

E' collegato in videoconferenza: *l'Assessore Ciacciarelli.*

E' assente: *l'Assessore Regimenti.*

Partecipa la sottoscritta Segretario della Giunta dottoressa Maria Genoveffa Boccia.

(O M I S S I S)

Deliberazione n. 207

OGGETTO: “Progetto sperimentale temporaneo gestione sovraffollamento dei Pronto Soccorso” per la gestione dei trasferimenti dal Pronto Soccorso o dai reparti del P.O. Santa Maria Goretti a gestione diretta della ASL di Latina di cui alla DGR n. 867/2023 – Integrazione livelli massimi di finanziamento per l’assistenza territoriale anno 2024 di cui alla DGR 977/2023 – Assegnazione budget 2024 e Approvazione schema accordo/contratto di budget

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Presidente

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 concernente “*Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*”;
- la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i. recante “*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*”;
- il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- la legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.;

VISTA per quanto riguarda i poteri la Deliberazione della Giunta regionale 25 maggio 2023 n. 234, con cui è stato conferito al Dott. Andrea Urbani l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e integrazione sociosanitaria, ai sensi del regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;

VISTI, per quanto riguarda le norme in materia di contabilità e di bilancio:

- il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante: “*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*” e relativi principi applicativi, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126;
- la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “*Legge di contabilità regionale*”;
- il regolamento regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: “*Regolamento regionale di contabilità*” che, ai sensi dell’articolo 56, comma 2, della L.R. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’articolo 55 della L.R. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima L.R. n. 11/2020;
- la deliberazione della Giunta regionale 22 dicembre 2023, n. 950, concernente: “*Ricognizione nell’ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell’art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. – Perimetro Sanitario – Esercizio Finanziario 2023*”;
- la legge regionale 29 dicembre 2023, n. 23 recante: “*Legge di stabilità regionale 2024*”;

- la legge regionale 29 dicembre 2023, n. 24 recante: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 28 dicembre 2023 n. 980 recante: Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Approvazione del "*Documento tecnico di accompagnamento*", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese;
- la Deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2023 n. 981 recante: Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Approvazione del "*Bilancio finanziario gestionale*", ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”;
- la deliberazione della Giunta regionale 14 febbraio 2024, n. 75, concernente: “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2024-2026 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”;

VISTI, per quanto riguarda la normativa statale e regionale in materia sanitaria:

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente "*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*";
- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante: "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*";
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante "*Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziendospedaliere*";
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal DPCM del 12 gennaio 2017, recante "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";
- il DPCM 12 gennaio 2017, avente ad oggetto "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";

VISTA la DGR n. 149 del 6 marzo 2007, con cui è stato recepito l'Accordo, siglato in data 28 febbraio 2007, tra il Ministero della salute, il Ministro dell'Economia e Finanze e la Regione Lazio, per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art.1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA, altresì, la DGR n. 66/2007 con la quale, tra l'altro, la Regione Lazio ha approvato il Piano di Rientro e nel quale hanno trovato organica sistemazione tutti gli obiettivi e le misure amministrative propedeutiche al conseguimento del programmato risanamento finanziario, prendendo atto del relativo Accordo Stato-Regione Lazio;

TENUTO CONTO che, in coerenza con gli obiettivi posti dal Piano di rientro, la Regione Lazio ha inteso porre su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le Aziende Sanitarie Locali e gli erogatori privati di prestazioni sanitarie e riformulare un modello contrattuale uniforme per

la disciplina dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, che tenga conto dell'evoluzione normativa nazionale ed europea, orientata ad assicurare che le strutture siano in possesso, oltre ai requisiti ulteriori per l'accreditamento, anche di requisiti minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione del rapporto con la Regione, pure al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;

CONSIDERATO che ad oggi è ancora in vigore il Piano di rientro di cui sopra ed è in fase di adozione il documento “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2024-2026”;

VISTE, in particolare, con riferimento al D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., le seguenti disposizioni:

- l'art. 8 *quater*, comma 2, secondo cui “*la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8 quinquies*”;
- l'art. 8 *quater*, comma 8, secondo cui, “*in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività, comunque, non superiore a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione nazionale*”. *In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, comma 9 e seguenti, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative*”;
- l'art. 8 *quinquies*, comma 2, che disciplina la stipula dei contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, tra l'altro:
 - “*b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza...omissis...*;
 - d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali... omissis;*
 - e bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionale, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella*

misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario programmato...omissis... ”;

- l'art. 8 *quinqüies*, comma 2-*quater*, il quale prevede “*Le Regioni stipulano accordi con le Fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (...) e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10, comma 2, del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le Regioni stipulano, altresì, accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la Programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla Programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio...omissis*”;
- l'art 8 *quinqüies*, comma 2 *quinqüies*, che dispone espressamente che “*in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater* delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale interessati è sospeso*”;
- l'art. 8 *octies* che demanda alle Regioni il compito, tra l'altro, di individuare i criteri per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati nonché delle forme ed delle modalità di erogazione dell'assistenza;

VISTI, in particolare, per quanto riguarda le disposizioni in materia di autorizzazione e accreditamento e i requisiti delle strutture private accreditate:

- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i. avente ad oggetto “*Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, diaccreditamento istituzionale e di accordi contrattuali*”
- il Regolamento Regionale 6 novembre 2019, n. 20, concernente: “*Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie: in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lettera b), e dell'articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all'esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale*”;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. 8 del 3 febbraio 2011, avente ad oggetto “*Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod.56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione testo integrato e coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie*”;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00282 del 6 luglio 2017, avente ad oggetto “*Revisione dei criteri di autorizzazione e di accreditamento per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio*”

e dell'accreditamento istituzionale dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio sulla scorta degli Accordi sanciti in sede di conferenza Stato, Regioni e Province autonome del 16 dicembre 2010 (rep. Atti. N. 242/CSR) e del 25 luglio 2012 (rep. Atti. N. 149/CSR) e coordinamento con le Intese in materia di accreditamento (rep. Atti. n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 e rep. Atti. n. 32/CSR del 19 febbraio 2015)”;

- il Decreto del Commissario ad acta n. U00283 del 7 luglio 2017, avente ad oggetto “*Adozione dei "Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017", proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni conseguenti”;*
- il Decreto del Commissario ad acta n. 469 del 7 novembre 2017, avente ad oggetto: “*Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012”;*

CONSIDERATO che agli art. 19 e 24 del sopracitato R.R. n. 20/2019 viene stabilito, tra l’altro, che “*Il provvedimento di accreditamento è rilasciato verificati: la funzionalità rispetto al fabbisogno di assistenza ed alla quantità di prestazioni accreditabili in eccesso risultanti dall’atto programmatico di cui all’articolo 2, comma 1, lettera a), numero 2), della legge; [...omissis...] La direzione regionale effettua la verifica di funzionalità della tipologia di attività sanitarie o socio- sanitarie da accreditare rispetto al fabbisogno di assistenza ed alla quantità di prestazioni accreditabili in eccesso, risultante dall’atto programmatico di cui all’articolo 2, comma 1, lettera a), numero 2), della legge, entro il termine di dieci giorni dalla ricezione della richiesta [...omissis...]”;*

CONSIDERATO che nel corso degli anni è emersa, sempre più, la necessità di assicurare che le strutture sanitarie private che erogano prestazioni con onere a carico del SSR posseggano, oltre ai requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi ulteriori per l’accreditamento, anche i requisiti minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione nel rapporto con la pubblica amministrazione anche al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;

VISTO il DCA n. 218/2017, che ha introdotto modifiche al DCA n. 40/2012 in materia di controlli sulle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, disciplinando, tra l’altro, i controlli sulle attività di specialistica ambulatoriale, e che successivamente è stato modificato dal DCA n. 509/2018 e s.m.i., con riferimento, in particolare, agli esiti dei controlli e alla risoluzione delle discordanze;

CONSIDERATI, altresì, i provvedimenti vigenti, adottati dalla Regione Lazio in materia di programmazione sanitaria, tariffe, criteri di remunerazione e Agende digitali;

VISTA la DGR n. 1052, del 30 dicembre 2020, che, a modifica e integrazione del DCA n. 35 del 14 febbraio 2020, ha provveduto alla “*Attuazione disposizioni di cui al Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 7 dicembre 2018 così come modificato e integrato dal Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 27 dicembre 2019 - Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO)”;*

VISTO l’Accordo, ai sensi dell’articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui documenti “*Linee di*

indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”, sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR);

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 30 ottobre 2019, n. U00453, avente ad oggetto *“Approvazione del documento denominato "Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR)”*.

VISTA la Determinazione dirigenziale del 18 novembre 2022, n. G15959, avente ad oggetto *“Revisione del "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso" (DCA U00453/2019)”*;

VISTA la Determinazione dirigenziale del 5 gennaio 2023, n. G00042, avente ad oggetto *“Ratifica Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e le Associazioni di Categoria AIOP-ARIS-UNINDUSTRIA SANITÀ, sottoscritto in data 28 dicembre 2022, inerente al "Trasferimento da Pronto Soccorso per ricovero presso le strutture accreditate per acuti non dotate di Pronto Soccorso - Trasferimento dai reparti di Area medica ubicati presso ospedali sede di P.S. o DEA in Riabilitazione e Lungodegenza”*;

VISTA la DGR n. 977 del 28 dicembre 2023, come successivamente modificata con DGR n. 126 del 28 febbraio 2024, con la quale, tra l'altro, sono stati assegnati i livelli massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie per l'anno 2024 e con cui sono state introdotte svariate misure volte a gestire la problematica relativa al sovraffollamento dei PS;

VISTA la Determinazione Regionale del 6 settembre 2021, n. GR3900-000013, avente ad oggetto *“Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione Salute. Istituzione del Gruppo di lavoro regionale e di Gruppi di lavoro tematici”*;

VISTA la Deliberazione 30 dicembre 2021, n. 1005, avente ad oggetto *“Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 - Definizione del Piano - Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato”*;

VISTO il Decreto 23 maggio 2022, n. 77, del Ministero della Salute, concernente il *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 780 del 29 settembre 2022, avente ad oggetto *“PNRR Missione 6 Salute - Componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.1. Ammodernamento del Parco tecnologico e Digitale Ospedaliero – Sub-investimento 1.1.1 – Digitalizzazione – Rafforzamento Strutturale SSN (“Progetti in essere” ex art. 2, D.L. 34/2020) - DGR 671/2020 Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19, art. 2 del D.L. 34/2020 – Aggiornamento del Piano di cui alla DGR 389/2022. Presa d'atto del D.M. n. 168 del 18/08/2022”*.

PRESO ATTO della Deliberazione della Giunta Regionale n. 236 del 25 maggio 2023, avente ad oggetto *“Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente*

M6C1 e M6C2 – DGR 332 del 24/05/2022 – Rimodulazione del Piano Operativo Regionale”, con cui sono stati approvati, tra l’altro, gli interventi di adeguamento strutturale (adeguamento sismico o miglioramento delle struttura) da realizzare presso il P.O. Santa Maria Goretti, che limiteranno ulteriormente l’offerta sanitaria della struttura;

PRESO ATTO dei provvedimenti nazionali e regionali con i quali sono stati introdotti, tra l’altro, una serie di interventi strutturali (quali, ad esempio, la realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità, il potenziamento della Telemedicina, etc.), da completare entro l’esercizio 2026, volti a risolvere le criticità rilevate sul sovraffollamento dei Pronto Soccorso e, quindi, anche a ridurre il tempo medio di permanenza dei pazienti presso gli stessi prima del ricovero in reparti di acuzie o del trasferimento presso altro domicilio/struttura territoriale;

PRESO ATTO delle iniziative intraprese dalla Giunta Regionale volte al raggiungimento dei sopracitati obiettivi definiti a livello nazionale, quali l’informatizzazione dei posti letto del SSR, l’attivazione di una Centrale Operativa Regionale a supporto dei Pronto Soccorso per reperire posti letto sul territorio regionale attivando anche i trasferimenti secondari;

VISTA la DGR n. 153 del 4 maggio 2023, avente ad oggetto <<*Attuazione "Progetto sperimentale temporaneo gestione sovraffollamento dei Pronto Soccorso". Approvazione schema accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e definizione dei livelli massimi di finanziamento per le prestazioni oggetto del Progetto sperimentale. Aggiornamento della Disciplina Uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell’Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata ex DCA n. 247/2019*>>, adottata al fine di ridurre i tempi medi di attesa dei pazienti in attesa nei Pronto Soccorso;

VISTA la DGR n. 867 del 7 dicembre 2023, avente ad oggetto “*Proroga del “Progetto sperimentale temporaneo gestione sovraffollamento dei Pronto Soccorso” ex DGR n. 153/2023 – Attivazione del progetto per la gestione dei trasferimenti dal Pronto Soccorso o dai reparti del P.O. Santa Maria Goretti a gestione diretta dell’ASL di Latina*”;

PRESO ATTO dell’istruttoria di cui alla sopracitata DGR n. 867/2023, con la quale, al fine di risolvere le criticità rilevate sui tempi medi di attesa in Pronto Soccorso, tra l’altro, sono state individuate le strutture private accreditate idonee a supportare il P.O. Santa Maria Goretti nella gestione dei trasferimenti dei pazienti in attesa in Pronto Soccorso o stabilizzati nei reparti di ricovero per acuti;

DATO ATTO che la conclusione del progetto sperimentale di cui alla citata DGR n.153/2023, inizialmente fissata al 30 aprile 2024, è stata prorogata, con deliberazione della Giunta n. 867 del 7 dicembre 2023, al 31 dicembre 2024;

CONSIDERATO, altresì, che con la DGR n. 867/2023:

- è stato attivato anche sul territorio della ASL di Latina il Progetto sperimentale temporaneo, denominato “*Gestione sovraffollamento dei P.S.*”, al fine di consentire l’efficiente e tempestivo trasferimento dei pazienti in attesa nel Pronto Soccorso del P.O. Santa Maria Goretti presso i reparti di ricovero per acuti, ovvero, al fine di liberare i posti letto di ricovero per acuti, di consentire il trasferimento di pazienti già stabilizzati nei reparti del sopracitato P.O. Santa Maria Goretti su *setting* assistenziali di lungodegenza

medica, RSA estensiva residenziale e RSA estensiva per Disturbi Cognitivo Comportamentali Gravi, attraverso il supporto delle strutture private accreditate con il SSR che insistono sul territorio della ASL di Latina; sono state individuate le strutture private accreditate con l'indicazione dei posti letto di ricovero per acuti, nella disciplina medicina generale (Cod. 26), di lungodegenza medica, di RSA estensiva residenziale, di RSA estensiva DCCG residenziale, come di seguito riportato:

Denominazione struttura	Setting assistenziale	PP.LL. dedicati	Descrizione utilizzo posti letto
Istituto Chirurgico Ortopedico	Acuti (Medicina Generale)	29	PP.LL. dedicati al trasferimento dei pazienti in attesa nel P.S. del P.O. S.M.G.
	Lungodegenza medica	20	
RSA San Raffaele Sabaudia	RSA estensiva residenziale	30	PP.LL. dedicati al trasferimento dei pazienti stabilizzati nei reparti di ricovero per acuti del P.O. S.M.G.
RSA Minturno Poggio Ducale	RSA estensiva residenziale	15	
RSA Villa Silvana	RSA estensiva residenziale	20	
RSA Residenza Pontina Latina	RSA estensiva DCCG residenziale	10	

- è stato stabilito di avviare il Progetto sperimentale “*Gestione sovraffollamento dei P.S.*” con le seguenti strutture:
 - casa di cura “Icot - Istituto Chirurgico Ortopedico”, solo a seguito del rilascio del titolo di accreditamento istituzionale (*ex art. 8-quater del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.*), nel rispetto della nuova configurazione che la Casa di cura dovrà assumere nel triennio 2024-2026, nonché dell’assegnazione del budget e della successiva sottoscrizione dell’Accordo-Contratto *ex art. 8-quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.*;
 - RSA “San Raffaele Sabaudia”, “Minturno Poggio Ducale” e RSA “Villa Silvana”, “Residenza Pontina”, solo a seguito dell’acquisizione delle disponibilità dei posti letto e della successiva assegnazione del budget e relativa sottoscrizione dell’Accordo- Contratto *ex art. 8-quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.*;

CONSIDERATO che, a seguito dell’adozione della DGR n. 867/2023, la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria ha avviato tutte le attività necessarie al fine di rendere operativo il Progetto sperimentale “*Gestione sovraffollamento dei P.S.*” in tutte le strutture coinvolte sul territorio dell’Azienda Sanitaria Locale di Latina;

VISTA la deliberazione della Giunta n. 869 del 7 dicembre 2023, avente ad oggetto “*Approvazione del Documento Tecnico “Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”*”, nel cui ambito è previsto, tra l’altro, la rimodulazione dei posti letto della casa di cura “Icot - Istituto Chirurgico Ortopedico”;

RILEVATO che, ad oggi, non si è ancora concluso il procedimento di rilascio del nuovo titolo di accreditamento istituzionale all’ “*Icot - Istituto Chirurgico Ortopedico*” a seguito del processo di rimodulazione dei posti letto di cui alla DGR n. 869/2023, così come comunicato dall’Area competente della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria con comunicazione acquisita agli atti di ufficio con prot. 0375064 del 18 marzo 2024;

RITENUTO NECESSARIO, in attuazione di quanto stabilito dalla DGR n. 867/2023, definire e stanziare per il Progetto sperimentale “*Gestione sovraffollamento dei P.S.*” i seguenti ulteriori finanziamenti rispetto a quelli stabiliti con DGR n. 977/2023 per l’acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera da privato accreditato pari ad euro 3.828.276,34;

RITENUTO NECESSARIO procedere con l’assegnazione del *budget* alla struttura “*Icot - Istituto Chirurgico Ortopedico* per l’acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero per acuti e lungodegenza medica come riportato all’**Allegato 1**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che, solo a seguito del completamento dell’*iter* amministrativo per il rilascio dell’accreditamento istituzionale, sarà riproporzionato e conseguentemente attribuito dall’Azienda Sanitaria Locale di Latina alla struttura *Istituto Chirurgico Ortopedico* tenendo conto della data sottoscrizione dell’accordo/contratto di cui all’**Allegato 3** del presente provvedimento;

CONSIDERATO che, al fine di soddisfare il fabbisogno dei posti letto di RSA estensiva residenziale e di RSA DCCG residenziale, la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria ha proceduto, per il tramite dell’Azienda Sanitaria Locale di Latina, all’acquisizione, dalle RSA individuate dalla DGR 867/2023, della disponibilità dei posti letto accreditati da contrattualizzare per soddisfare le esigenze sopra individuate;

VISTA la nota acquisita al protocollo regionale n. 309088 del 20 marzo 2024, con cui l’Azienda Sanitaria Locale di Latina ha comunicato la disponibilità da parte delle RSA “San Raffaele Sabaudia”, “Villa Silvana”, “Minturno Poggio Ducale”, “Residenza Pontina” di posti residenziali estensivi e di DCCG da contrattualizzare per le finalità del Progetto sperimentale “*Gestione sovraffollamento dei P.S.*” di cui alla DGR n. 867/2023, precisando, tuttavia, che l’attivazione di tutti i posti letto potrà essere garantita dalle strutture solo a seguito della rivalutazione dei pazienti attualmente presi in carico sui posti letto precedentemente accreditati per *setting* assistenziali differenti;

VISTA la deliberazione della Giunta n. 977 del 28 dicembre 2023, con la quale è stato definito, tra l’altro, il livello massimo di finanziamento per l’assistenza territoriale per l’anno 2024;

RITENUTO NECESSARIO, in attuazione di quanto stabilito dalla DGR n. 867/2023, definire e stanziare per il Progetto sperimentale “*Gestione sovraffollamento dei P.S.*” i seguenti ulteriori finanziamenti rispetto a quelli stabiliti con DGR n. 977/2023 per l’acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza territoriale da privato accreditato pari ad euro 3.906.025,20;

RITENUTO NECESSARIO stabilire che, il sopracitato finanziamento per l’acquisto di prestazioni sanitarie afferenti all’assistenza territoriale è finalizzato a garantire la continuità assistenziale dei pazienti presi in carico sui posti letto individuati nella sopracitata deliberazione n. 867/2023, precedentemente accreditati per *setting* assistenziali differenti;

RITENUTO NECESSARIO procedere con l’assegnazione dei budget alla RSA “*San Raffaele Sabaudia*”, alla RSA “*Villa Silvana*”, alla RSA “*Minturno Poggio Ducale*”, alla RSA “*Residenza Pontina*” dalla data del 1° gennaio 2024 fino al 31 dicembre 2024, come riportato all’**Allegato 2**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO NECESSARIO stabilire che i budget di cui all’**Allegato 1** e all’**Allegato 2** rappresentano un limite massimo invalicabile con cui remunerare le prestazioni sanitarie acquistate nell’ambito del progetto sperimentale “*Gestione sovraffollamento dei P.S.*”, nonché,

al fine di garantire la continuità assistenziale nell'erogazione di eventuali prestazioni sanitarie di assistenza territoriale agli ospiti già presenti in struttura sui posti letto accreditati oggetto di riconversione, che saranno remunerate secondo le tariffe *ratione temporis vigenti* applicabili per lo specifico *setting* assistenziale;

RITENUTO di stabilire che, al fine di valutare l'efficacia del Progetto sperimentale, la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, monitorerà, con cadenza bimestrale, l'andamento dei tempi medi di attesa dei pazienti in P.S., al fine di rispettare le indicazioni nazionali in materia;

RITENUTO di stabilire, altresì, che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà all'emanazione delle "*indicazioni operative*" in merito al trasferimento dei pazienti e alle modalità operative per l'assolvimento del debito informativo, ai fini del monitoraggio, del controllo e della valutazione del progetto;

RITENUTO NECESSARIO precisare quanto più volte riportato negli atti di attribuzione dei budget, ovvero che:

1. la definizione e l'attribuzione dei livelli massimi di finanziamento rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente;
2. le prestazioni possono essere poste a carico del SSR solo se erogate da strutture private autorizzate, in possesso del titolo di accreditamento e che abbiano sottoscritto l'accordo contrattuale di cui all'art. 8-*quinquies* del D. Lgs 502/1992 e s.m.i.;
3. qualsiasi provvedimento in essere di sospensione e/o revoca e/o risoluzione dell'autorizzazione/accreditamento/accordo contrattuale è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di finanziamento, con la conseguenza che, a far data dalla notifica del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura non potrà più erogare prestazioni con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale;
4. le ASL sono tenute alle dovute attività di vigilanza, ivi compresa la soprarichiamata verifica del possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento di ogni singola struttura, la verifica della qualità delle prestazioni erogate e la coerenza tra le prestazioni effettivamente rese e quelle autorizzate e accreditate, nonché la coerenza della produzione erogata con la configurazione per la quale è stato rilasciato il titolo di accreditamento;

TENUTO CONTO che le strutture private accreditate che concorrono agli obiettivi fissati dal Progetto sperimentale "*Gestione sovraffollamento dei P.S.*" devono sottoscrivere apposito accordo contrattuale *ex art. 8-quinquies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;

VISTA la DGR n. 695 del 4 agosto 2022, avente ad oggetto "*Approvazione modifiche allo schema di accordo/contratto ex art. 8-quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui al DCA n. 243/2019*", con la quale è stato approvato lo schema di accordo/contratto avente efficacia per il triennio 2022-2024, così come aggiornato con DGR n. 310 del 20 giugno 2023;

CONSIDERATO che con la sopracitata DGR n. 153/2023 è stato approvato uno specifico schema di accordo/contratto *ex art. 8-quinquies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. – basato sullo schema di cui alla DGR n. 695/2022 e s.m.i. – per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali, i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del

Servizio Sanitario Regionale e gli Ospedali pubblici e privati coinvolti nel Progetto sperimentale “*Gestione sovrappollamento dei P.S.*”;

CONSIDERATO, altresì, che con la DGR n. 977/2023 è stato approvato, tra l’altro, lo schema di *Addendum* contrattuale, relativo alla modifica parziale della Disciplina giuridica dell’accordo/contratto di budget *ex art. 8-quinquies* D. Lgs. 502/92 e s.m.i. approvato con DGR n. 695/2022, come modificato dalla DGR n. 310/2023, Corrispettivo dell’anno 2024;

VISTA la DGR n. 126 del 28 febbraio 2024, recante “*Modifica della DGR n. 977 del 28 dicembre 2023: “Definizione dei livelli massimi di finanziamento e dei criteri di assegnazione dei budget 2024, determinazione delle regole di remunerazione, modifica parziale della Disciplina giuridica dell’Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i. approvato con DGR n. 695/2022, come modificato dalla DGR n. 310/2023 e approvazione schema di Addendum contrattuale 2024”*”;

VISTO il DCA n. U00247 del 2 luglio 2019, avente ad oggetto: “*Approvazione modifiche alla Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell’Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata - ex DCA n. U00032 del 30 gennaio 2017*”, con cui è stato aggiornato il regolamento regionale sulle modalità di fatturazione e pagamento in ambito sanitario, di cui al DCA n. 32/2017 e s.m.i., modificato, da ultimo, con le DGR n. 153/2023 e n. 310/2023, anche in ragione dell’entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti pubblici di cui al D. Lgs. n. 36/2023, modificando il comma 12 dell’art. 7 della stessa, in coerenza con quanto previsto all’art. 14 del contratto di budget *ex art. 8 quinquies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;

CONSIDERATO che con la DGR n. 310/2023, è stato confermato, con riferimento a tutti i contratti in ambito sanitario, l’aggiornamento del testo della Disciplina Uniforme di cui al suddetto DCA n. 247/2019, quale parte integrante e sostanziale dell’accordo/contratto *ex art. 8-quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., così come disposto dalla sopracitata DGR n. 153/2023;

RITENUTO di approvare, sulla base dello schema approvato con la DGR n. 153/2023, uno specifico schema di accordo/contratto *ex art. 8-quinquies* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., di cui all’**Allegato 3**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l’Azienda Sanitaria Locale di Latina e i soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale coinvolti nel Progetto sperimentale “*Gestione sovrappollamento dei P.S.*” di cui alla DGR n. 867/2023;

ATTESO che, con la sottoscrizione dell’accordo/contratto, la struttura che eroga prestazioni con onere a carico del SSR accetta le tariffe *ratione temporis* vigenti;

RITENUTO che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà a dare indicazioni alle Aziende Sanitarie interessate in merito alla contrattualizzazione delle strutture private accreditate coinvolte;

STABILITO che l’accordo/contratto ha efficacia per l’anno 2024, essendo correlato al Progetto sperimentale “*Gestione sovrappollamento dei P.S.*”, che ha natura temporanea, nonché alla gestione della continuità assistenziale nell’erogazione di eventuali prestazioni sanitarie di assistenza territoriale, e, pertanto, da tale contratto non può discendere alcun diritto né interesse legittimo né aspettativa a successive, ulteriori, assegnazioni di budget;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale, in quanto gli stessi gravano sui bilanci delle Aziende Sanitarie, nel rispetto della programmazione finanziaria annuale, definita dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e nell'ambito della quota di finanziamento sanitario indistinto dalla stessa Direzione assegnata alle Aziende;

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa che, unitamente agli allegati, formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- definire e stanziare ulteriori finanziamenti rispetto a quelli stabiliti con DGR n. 977/2023 per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato accreditato per l'attuazione del Progetto sperimentale "*Gestione sovrappollamento dei P.S.*" di cui alla DGR n. 867/2023, come di seguito riportato:
 - euro 3.828.276,34 per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato accreditato,
 - euro 3.906.025,20 per l'acquisto di prestazioni di assistenza territoriale da privato accreditato;
- di stabilire che i finanziamenti per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza territoriale sono finalizzati a garantire la continuità assistenziale dei pazienti presi in carico sui posti letto individuati nella deliberazione n. 867/2023, precedentemente accreditati per *setting* assistenziali differenti;
- di procedere con l'assegnazione del *budget* alla struttura "*Icot - Istituto Chirurgico Ortopedico*" per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero per acuti e lungodegenza medica, come riportato all'**Allegato 1**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che, solo a seguito del completamento dell'*iter* amministrativo per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale, sarà riproporzionato e conseguentemente attribuito dall'Azienda Sanitaria Locale di Latina alla struttura *Istituto Chirurgico Ortopedico* tenendo conto della data sottoscrizione dell'accordo/contratto di cui all'**Allegato 3** del presente provvedimento;
- di procedere con l'assegnazione dei budget alle RSA "*San Raffaele Sabaudia*", "*Villa Silvana*", "*Minturno Poggio Ducale*", "*Residenza Pontina*" dalla data del 1° gennaio fino al 31 dicembre 2024, come riportato all'**Allegato 2**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- i budget di cui all'**Allegato 1** e all'**Allegato 2** rappresentano un limite massimo invalicabile con cui remunerare le prestazioni sanitarie acquistate nell'ambito del progetto sperimentale "*Gestione sovrappollamento dei P.S.*", nonché, al fine di garantire la continuità assistenziale nell'erogazione di eventuali prestazioni sanitarie di assistenza territoriale agli ospiti già presenti in struttura sui posti letto accreditati oggetto di riconversione, che saranno remunerate secondo le tariffe *ratione temporis vigenti* applicabili per lo specifico *setting* assistenziale;
- di approvare lo schema di accordo/contratto *ex art. 8-quinquies* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui all'**Allegato 3**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per

la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Azienda Sanitaria Locale di Latina e i soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale coinvolti nel Progetto di cui alla DGR n. 867/2023;

- di stabilire che l'accordo/contratto ha efficacia per l'anno 2024, essendo correlato al Progetto sperimentale "*Gestione sovraffollamento dei P.S.*", che ha natura temporanea, nonché alla gestione della continuità assistenziale nell'erogazione di eventuali prestazioni sanitarie di assistenza territoriale, e, pertanto, da tale contratto non può discendere alcun diritto né interesse legittimo né aspettativa a successive, ulteriori, assegnazioni di budget;

La Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà all'emanazione delle "*indicazioni operative*" in merito al trasferimento dei pazienti e alle modalità operative per l'assolvimento del debito informativo, ai fini del monitoraggio, controllo e valutazione del progetto.

La Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, provvederà a dare indicazioni alle Aziende Sanitarie interessate in merito alla contrattualizzazione delle strutture private accreditate coinvolte, tenendo conto anche delle modifiche e integrazioni di cui in premessa.

La Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, per poter valutare l'efficacia del Progetto sperimentale, monitorerà, con cadenza bimestrale, l'andamento dei tempi medi di attesa dei pazienti in P.S. al fine di rispettare le indicazioni nazionali in materia.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di sessanta (60) giorni, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato nel termine di centoventi (120) giorni, dalla pubblicazione dello stesso.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Allegato 1 - Progetto sperimentale "Gestione sovraffollamento dei P.S." ASL Latina - Budget periodo 1 gennaio 2024 - 31 dicembre 2024 - Assistenza Ospedaliera

a) Acuti - Area medica (PL Medicina Generale)

ASL	CODICE NSIS	DENOMINAZIONE PRESIDIO	Posti letto dedicati	Budget annuale 01/01/2024-31/12/2024
120111 - ASL Latina	12021200	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	29	2.726.560,34 €
TOTALE			29	2.726.560,34 €

b) Lungodegenza medica

ASL	CODICE NSIS	DENOMINAZIONE PRESIDIO	Posti letto dedicati	Budget annuale 01/01/2024-31/12/2024
120111 - ASL Latina	12021200	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	20	1.101.716,00 €
TOTALE			20	1.101.716,00 €

TOTALE			49	3.828.276,34 €
---------------	--	--	-----------	-----------------------

Copia

Allegato 2 - Progetto sperimentale "Gestione sovraffollamento dei P.S." ASL Latina - Budget periodo 1 gennaio 2024 - 31 dicembre 2024 - Assistenza Territoriale

a) RSA Estensiva

ASL	DENOMINAZIONE PRESIDIO	Posti letto accreditati dedicati	Budget annuale 01/01/2024-31/12/2024
120111 - ASL Latina	Casa di Cura Villa Silvana	20	1.032.998,40 €
120111 - ASL Latina	R.S.A. San Raffaele Sabaudia	30	1.549.497,60 €
120111 - ASL Latina	Minturno Poggio Ducale	15	774.748,80 €
TOTALE		65	3.357.244,80 €

b) RSA Disturbi cognitivi comportamentali gravi residenziali

ASL	DENOMINAZIONE PRESIDIO	Posti letto accreditati dedicati	Budget annuale 01/01/2024-31/12/2024
120111 - ASL Latina	R.S.A. Residenza Pontina	10	548.780,40 €
TOTALE		10	548.780,40 €

TOTALE		75	3.906.025,20 €
---------------	--	-----------	-----------------------

Metodologia di determinazione dei budget

a) RSA Estensiva

Il budget è stato calcolato come il prodotto tra la tariffa vigente (144€) e la capacità produttiva al 98% dei posti letto accreditati riferita alla durata del progetto sperimentale.

b) RSA Disturbi cognitivi comportamentali gravi residenziali

Il budget è stato calcolato come il prodotto tra la tariffa vigente (153€) e la capacità produttiva al 98% dei posti letto accreditati riferita alla durata del progetto sperimentale.

Copia



**Accordo/Contratto *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
Progetto sperimentale “*Gestione sovrappollamento dei P.S.*”**

Copia

Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e**s.m.i.tra**

ASL _____ C.F. e P.I. _____ con sede in _____,
Via/Piazza _____ n. _____, in persona del suo legale rappresentante *p.t.*,
oppure di suo incaricato (come da relativo atto di attribuzione dei poteri agli atti dell'ASL), posta
elettronica certificata _____ (di seguito, per brevità "ASL" e
insieme "le Parti")

e

Società/Ente morale _____ (denominazione e ragione sociale),
C.F. _____, P.I. _____, con sede in
_____, Via/Piazza _____, in persona del suo legale rappresentante
p.t., oppure di suo incaricato (come da relativo atto di attribuzione dei poteri agli atti dell'ASL),
che gestisce **la struttura** _____ (nome specifico struttura), codice NSIS
_____, codice SIAS _____, **posta elettronica certificata**
_____, **accreditata** con i seguenti provvedimenti amministrativi

(di seguito per brevità "la struttura" e insieme "le Parti")

e

l'Ospedale P.O. Santa Maria Goretti C.F. e P.I. _____, con sede in _____,
Via _____ n. _____, in persona del suo legale rappresentante *p.t.*, oppure di
suo incaricato (come da relativo atto di attribuzione dei poteri agli atti dell'ASL), codice NSIS
_____ e codice SIAS _____ (*qualora struttura privata accreditata*), posta
elettronica certificata _____ (di seguito, per brevità "l'Ospedale" e insieme "le
Parti").

Premesso che

- l'art. 8 *quater*, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., prevede espressamente che *"la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies"*;

- l'art. 8 *quater*, comma 8, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dispone che *"In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio Sanitario Nazionale un volume di attività, comunque, non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, comma 9 e seguenti, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura*

proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative.”;

- l'art. 8 *quinquies*, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. disciplina la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, tra l'altro:

“b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza...omissis...;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali... omissis;

e bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario programmato...omissis...”;

- l'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies*, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., che prevede espressamente che: *“in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale interessati è sospeso”;*

- l'art. 8 *octies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. demanda alle Regioni il compito, tra l'altro, di individuare i criteri per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati nonché delle forme e delle modalità di erogazione dell'assistenza;

- la L.R. 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i. e la normativa regolamentare, che disciplinano il procedimento di rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture, dell'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie, del titolo di accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali che, sulla scorta dell'art. 18 della legge regionale citata, *“regolano, secondo la disciplina determinata dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 19, la tipologia, la quantità e le caratteristiche delle prestazioni erogabili agli utenti del servizio sanitario regionale, la relativa remunerazione a carico del servizio sanitario medesimo, nell'ambito dei livelli di spesa determinati in coerenza con le scelte della programmazione regionale, il debito informativo dei soggetti erogatori nonché le modalità per il controllo esterno sull'appropriatezza e la qualità dell'assistenza e delle prestazioni erogate”;*

- con le D.G.R. n. 66/2007 e n. 149/2007, la Regione Lazio ha approvato il Piano di Rientro dando organica sistemazione a tutti gli obiettivi e le misure amministrative propedeutiche al conseguimento del programmato risanamento finanziario e prendendo atto del relativo Accordo Stato-Regione Lazio;

- in coerenza con gli obiettivi posti dal Piano di rientro, la Regione Lazio ha definito con maggiore e più compiuta certezza i rapporti tra le Aziende Sanitarie Locali e gli erogatori privati di prestazioni sanitarie, riformulando un modello contrattuale uniforme per la disciplina dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, che tenga conto dell'evoluzione normativa nazionale ed europea, orientata ad

assicurare che le strutture siano in possesso, oltre i requisiti ulteriori per l'accreditamento, anche di requisiti minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione del rapporto con la Regione, pure al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;

- il DCA n. 218/2017 ha introdotto modifiche al DCA n. 40/2012, in materia di controlli sulle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, disciplinando, tra l'altro, i controlli sulle attività di specialistica ambulatoriale e, successivamente, è stato modificato dal DCA n. 509/2018 e s.m.i., con riferimento, in particolare, agli esiti dei controlli e alla risoluzione delle discordanze;

- con Deliberazione 30 dicembre 2020, n. 1052, a modifica e integrazione del DCA n. 35 del 14 febbraio 2020, si è provveduto alla "Attuazione disposizioni di cui al Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 7 dicembre 2018 così come modificato e integrato dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 27 dicembre 2019 - Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO)";

- con la DGR n. 695 del 4 agosto 2022, recante "Approvazione modifiche allo schema di accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui al DCA n. 243/20192", è stato approvato lo schema di accordo/contratto sottoscritto dalle strutture, successivamente modificato e aggiornato con la DGR n. 310/2023;

- con il DCA n. 247/2019 e s.m.i. la Regione ha regolamentato la Disciplina Uniforme delle modalità di fatturazione e pagamento dei crediti vantati nei confronti, tra l'altro, delle Aziende Sanitarie locali, come recentemente modificata con DGR n. 310/2023 (All. A);

- con DGR n. 868 del 7 dicembre 2023, recante "Revisione del processo di rendicontazione e fatturazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate", la Regione ha, tra l'altro, approvato, a far data dal 1° gennaio 2024, il nuovo processo di rendicontazione e fatturazione, con riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate, meglio dettagliato nell'Allegato tecnico alla suddetta Deliberazione, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto (All. B);

- al fine di porre rimedio all'elevato tempo medio di attesa dei pazienti in Pronto soccorso, che, sulla base dei dati raccolti dal sistema informativo EMUR, nel Lazio risulta essere notevolmente superiore sia a quanto stabilito dalla normativa in materia sia alla media nazionale, nell'Accordo sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 1 agosto 2019 e, tra l'altro, nelle "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", è stato raccomandato, per una corretta gestione del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti che accedono al P.S., di rispettare un "Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso" di 8 ore, con successivo ricovero del paziente in unità di degenza per acuti o dimissione dello stesso presso altro domicilio/struttura territoriale;

- alla luce dei numerosi provvedimenti nazionali e regionali intervenuti in materia, sono stati introdotti, tra l'altro, una serie di interventi strutturali (quali, ad esempio, la realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità, il potenziamento della Telemedicina, etc.), da completare entro l'esercizio 2026, volti a risolvere le criticità rilevate sul sovraffollamento dei Pronto Soccorso e, quindi, anche a ridurre il tempo medio di permanenza dei pazienti presso gli stessi prima del ricovero in reparti di acuzie o del trasferimento presso altro domicilio/struttura territoriale;

- la Giunta regionale ha avviato, dal suo insediamento, una serie di iniziative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi definiti a livello nazionale, quali, tra gli altri, l'informatizzazione dei

posti letto del SSR, l'attivazione di una Centrale Operativa Regionale a supporto del Pronto Soccorso per reperire posti letto sul territorio regionale attivando anche i trasferimenti secondari;

- tra le suddette iniziative, rientra la DGR n. 153 del 4 maggio 2023, avente ad oggetto "*Attuazione Progetto sperimentale temporaneo gestione sovraffollamento dei Pronto Soccorso*". *Approvazione schema accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e definizione dei livelli massimi di finanziamento per le prestazioni oggetto del Progetto sperimentale. Aggiornamento della Disciplina Uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell'Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata ex DCA n. 247/2019*", adottata al fine di ridurre i tempi medi di attesa dei pazienti in attesa nei Pronto Soccorso, e con la quale è stato, peraltro, approvato uno specifico schema contrattuale per le ASL e le strutture interessate;

- con la sopracitata Deliberazione n. 153/2023, come detto, è stata data attuazione al Progetto sperimentale e temporaneo denominato "*Gestione sovraffollamento dei P.S.*", la cui durata è stata, inizialmente, circoscritta al periodo 10 maggio 2023 – 30 aprile 2024, finalizzato all'efficiente e tempestivo ricovero in reparti di acuzie dei pazienti in attesa presso i Pronto Soccorso di alcuni ospedali pubblici e/o privati della Città Metropolitana di Roma, ovvero, al trasferimento dei pazienti già stabilizzati su setting assistenziali più appropriati, presso le strutture private accreditate con il SSR coinvolte nel suddetto Progetto (che mettono a disposizione, a tal fine, posti letto di lungodegenza medica, riabilitazione post-acuzie, assistenza intensiva residenziale, assistenza estensiva territoriale e assistenza residenziale relativa ai disturbi cognitivo comportamentali gravi), liberando così i posti letto di ricovero per acuti occupati presso gli ospedali invianti;

- a seguito del monitoraggio effettuato dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, è stata rilevata l'efficacia del progetto approvato con la DGR n. 153/2023, in termini di riduzione dei tempi medi di permanenza dei pazienti presso i Pronto Soccorso degli Ospedali invianti coinvolti e dell'importante tasso di utilizzo - prossimo al 93% - dei posti letto messi a disposizione per il trasferimento dei pazienti ricoverati presso i reparti di ricovero per acuti dei suddetti Ospedali;

- con la DGR n. 867/2023 la durata inizialmente prevista per il sopracitato Progetto sperimentale "*Gestione sovraffollamento dei P.S.*", di cui alla DGR n. 153/2023, è stata estesa fino al 31 dicembre 2024, disponendo che non potrà, salvo eventuali proroghe, protrarsi oltre l'esercizio 2024;

- con la DGR n. 869 del 07 dicembre 2023 è stato adottato il documento di Programmazione della Rete ospedaliera 2024-2026, definendo, tra l'altro, il fabbisogno di posti letto di Area medica con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa in Pronto Soccorso;

- con la DGR n. 974 del 28 dicembre 2023 sono state recepite le tariffe del DM 23/06/2023 (pubblicato sulla GURI in data 04 agosto 2023), per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica erogabili a carico del SSN;

- con DGR n. 977 del 28 dicembre 2023, sono stati definiti i livelli massimi di finanziamento e i criteri di assegnazione dei budget 2024, nonché determinate le regole di remunerazione, ed è stato, altresì, approvato lo schema di Addendum contrattuale 2024, che regola il corrispettivo per l'anno 2024 e modifica parzialmente la Disciplina giuridica del contratto di budget *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. avente efficacia per il triennio 2022-2024, di cui alla DGR n. 695/2022 (come mod. con DGR n. 310/2023);

- con la già citata DGR n. 867, del 7 dicembre 2023, è stato attivato anche sul territorio della ASL di Latina il suddetto Progetto sperimentale temporaneo "*Gestione sovraffollamento dei P.S.*", al fine di

consentire l'efficiente e tempestivo trasferimento dei pazienti in attesa nel Pronto Soccorso del P.O. Santa Maria Goretti presso i reparti di ricovero per acuti, ovvero, al fine di liberare i posti letto di ricovero per acuti consentendo il trasferimento di pazienti già stabilizzati nei reparti del sopracitato P.O. Santa Maria Goretti su *setting* assistenziali di lungodegenza medica, RSA estensiva residenziale e RSA estensiva DCCG, attraverso il supporto delle strutture private accreditate con il SSR che insistono sul territorio della ASL di Latina;

- con la DGR n. 867/2023, inoltre, sono state individuate le strutture private accreditate idonee a supportare il P.O. Santa Maria Goretti nella gestione dei trasferimenti dei pazienti in attesa in Pronto Soccorso o stabilizzati nei reparti di ricovero per acuti, mettendo a disposizione posti letto dedicati di ricovero per acuti, nella disciplina medicina generale (Cod. 26), di lungodegenza medica, di RSA estensiva residenziale, di RSA estensiva DCCG residenziale;

- con la DGR n. _____ in attuazione di quanto stabilito dalla suddetta DGR n. 867/2023 è stato stabilito:

- di assegnare alle strutture private accreditate coinvolte, un budget aggiuntivo e specifico per l'anno 2024, dedicato ai pazienti provenienti dal P.O. Santa Maria Goretti nonché ai pazienti già presenti in struttura precedentemente al provvedimento di riconversione, con riferimento alle eventuali prestazioni erogate con onere a carico del SSR, le quali verranno remunerare secondo le tariffe *ratione temporis* vigenti per lo specifico setting assistenziale;
- che il l'accordo/contratto essendo correlato al suddetto Progetto sperimentale ha natura temporanea e, pertanto, dal presente contratto non può discendere alcun diritto né interesse legittimo né aspettativa a successive ulteriori assegnazioni di budget;

- al fine di poter valutare l'efficacia del Progetto sperimentale, la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria monitorerà, con cadenza bimestrale, l'andamento dei tempi medi di attesa dei pazienti in P.S. al fine di rispettare le indicazioni nazionali in materia;

- le Parti sottoscrivono il presente accordo/contratto, di cui allo schema approvato con DGR n. 153/2023, tenuto conto anche delle modifiche e integrazioni di cui alle DGR n. 310/2023, n. 868/2023, n. 977/23 e n. 126/2024, nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi di programmazione e di organizzazione del Sistema Sanitario Regionale, per il soddisfacimento dei fabbisogni assistenziali, nel rispetto dei principi di qualità, sicurezza e appropriatezza delle cure.

TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO, la Società/Ente morale/struttura e l'Azienda Sanitaria (di seguito definite anche le "**Parti**") convengono e stipulano quanto segue.

Art. 1 - Premesse, allegati e definizioni

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante ed essenziale del presente accordo/contratto.
2. Salvo quanto diversamente indicato nell'accordo/contratto, le definizioni qui riportate e utilizzate con lettera maiuscola o minuscola, al singolare o al plurale, con testo *normale* o *grassetto* ai fini del presente contratto avranno il seguente significato:
 - a) per "**Parte pubblica**" si intende il Servizio Sanitario Regionale unitariamente inteso, che stabilisce l'ambito dell'accordo e la relativa disciplina e ripartisce i poteri e i doveri scaturenti dal presente accordo/contratto a carico di Regione Lazio e/o delle Aziende Sanitarie competenti, secondo la ripartizione prevista dalla normativa nazionale e regionale vigente;
 - b) per "**struttura**" si intende il presidio assoggettato all'obbligo di autorizzazione per l'esercizio di attività sanitaria e all'obbligo di accreditamento per l'erogazione di prestazioni sanitarie in favore di terzi beneficiari in nome e per conto e con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR);

- c) per “**Società/Ente morale**” si intende qualunque impresa, o ramo di essa, associazione, ente o gruppo di imprese, nelle forme contrattuali ammesse dall’ordinamento, che gestisce una o più strutture di cui al punto precedente;
- d) per “**Ospedale**” si intende l’ente e/o il presidio ospedaliero, pubblico o privato, dell’Area Metropolitana di Roma che ha registrato per l’esercizio 2022 tempi medi di attesa superiori alle 24 ore e che usufruisce del bacino di posti letto messi a disposizione dalla struttura con il presente contratto;
- e) per “**terzi beneficiari**” si intendono i cittadini che ricevono la prestazione in virtù del presente accordo/contratto e, quindi, con pagamento in favore della struttura ma con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR);
- f) per “**prestazioni intra-regionali**” si intendono quelle rese nei confronti dei soggetti iscritti al Servizio Sanitario della Regione Lazio;
- g) per “**prestazioni extra-regionali**” si intendono quelle rese nei confronti dei soggetti iscritti al Servizio Sanitario di altre regioni;
- h) per “**tariffe**” si intende la remunerazione riconosciuta per le singole prestazioni sanitarie dalla normativa regionale vigente *ratione temporis* all’atto della stipula dell’accordo/contratto, o comunque, in via residuale, dalla normativa nazionale (che rappresenta per le regioni in Piano di rientro un importo massimo non superabile) vigente all’atto della stipula dell’accordo/contratto;
- i) per “**budget**” si intende il livello massimo di finanziamento previsto nell’accordo/contratto sottoscritto con la struttura per cui vi è copertura nel bilancio di previsione di Parte pubblica e che rappresenta il tetto massimo invalicabile da parte della struttura, quale remunerazione per l’erogazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR;
- j) per “**regolamento**” si intende l’atto con il quale la Regione disciplina le modalità di fatturazione e di pagamento dei Crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari pubblici, l’IRCCS pubblici e l’Azienda Ares 118, che definisce, tra l’altro, le condizioni, i termini e le modalità di fatturazione e pagamento dei crediti derivanti da fatture emesse dai soggetti che intrattengono rapporti con le Aziende del SSR e prevede l’utilizzo di un apposito sistema informatico denominato Sistema Pagamenti del SSR; detto regolamento, denominato “Disciplina Uniforme delle modalità di fatturazione e pagamento”, è allegato al presente accordo/contratto e forma parte integrante dello stesso (cfr. **allegato A**);
- k) per “**ente incaricato del pagamento del corrispettivo**, anche ai sensi dell’art. 1 comma 10 del D.L. n. 324/1993, convertito dalla L. 27 ottobre 1993, n. 423, si intende l’Azienda Sanitaria territorialmente competente, che si avvale di LazioCrea, ai sensi dei DCA n. 289/2017, n. 504/2017, n. 307/2018 e dalla DGR n. 799/2020, attraverso l’utilizzo del Sistema Pagamenti, secondo le disposizioni del regolamento;
- o) per “**Progetto sperimentale “Gestione sovraccollamento dei P.S.”**”, si intende il progetto sperimentale temporaneo per l’efficientamento della gestione del trasferimento in reparti di acuzie di pazienti in attesa presso i Pronto Soccorso degli ospedali, pubblici o privati, interessati dalla suddetta problematica, ovvero, il trasferimento dei pazienti già stabilizzati su *setting* assistenziali più appropriati presso strutture private accreditate, erogatrici di prestazioni di lungodegenza medica, riabilitazione post-acuzie, assistenza residenziale intensiva residenziale, assistenza residenziale estensiva territoriale e assistenza residenziale relativa ai disturbi cognitivo comportamentali gravi, che hanno aderito, su base volontaria, al Progetto, sottoscrivendo il presente accordo/contratto.

Art. 2. - Identificazione della struttura e dell'Ospedale

1 La struttura _____, gestita da _____, è accreditata con provvedimento della Regione Lazio n. _____ del _____.

2. La struttura opera per conto e a carico del SSR per le attività per le quali è accreditata ed ha dedicato in favore dell'Ospedale _____, complessivamente, n. _____ posti letto:

- di acuti, nella disciplina di area medica _____
- di lungodegenza medica;
- di assistenza estensiva residenziale;
- di assistenza residenziale relativa ai disturbi cognitivo comportamentali gravi.

3. L'Ospedale Santa Maria Goretti opera in qualità di presidio ospedaliero a gestione diretta della ASL.

Art. 3 - Requisiti oggettivi e soggettivi

1. I requisiti oggettivi richiesti per la struttura e per l'Ospedale (nel caso in cui quest'ultimo sia una struttura privata accreditata) sono l'autorizzazione e l'accreditamento di cui al precedente art. 2, che devono essere posseduti all'atto della firma del presente accordo/contratto e per tutta la durata del rapporto. Il venir meno di uno di essi, in modo definitivo, rappresenta mancanza di presupposto essenziale e determina automaticamente la risoluzione del presente accordo/contratto, come disposto al successivo art. 15.

2. I requisiti soggettivi richiesti in capo al soggetto titolare della Società e/o della struttura devono essere comprovati attraverso la consegna alla ASL della relativa autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. (compilata sul **Modello 1**, allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso), con la quale si attesti:

- a) l'iscrizione alla CCIAA per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese; l'iscrizione al R.E.A. per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti morali);
- b) che non si trovano in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa;
- c) che nei confronti del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.;
- d) per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese (vedi anche **Modello 2**);

d.1) qualora i contratti non superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), la dichiarazione di cui alla lett. c) del presente articolo dovrà riguardare tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1) e 2) del medesimo D. Lgs. n. 159/2011;

d.2) qualora i contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli artt. 84 e 85 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.; 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;

e) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;

f) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata pronunciata

sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale, per reati gravi che incidono sulla moralità professionale, per reati nei rapporti con la pubblica amministrazione di cui al D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i., per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio; l'esclusione e il divieto in ogni caso non operano quando il reato è stato depenalizzato ovvero quando è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima;

g) 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 e s.m.i.;

h) l'ottemperanza al modello organizzativo di cui al D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i., in materia di prevenzione dei reati, ovvero, l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al citato D. Lgs. n. 231/2001;

i) l'insussistenza di situazioni di incompatibilità, anche, ai sensi dell'art. 53, comma 16 *ter*, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. nonché ai sensi dell'art. 4, comma 7, L. n. 412/1991 da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possiede le quote o le azioni;

j) l'ottemperanza alla 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., nonché l'impegno al costante aggiornamento della suddetta valutazione;

k) l'osservanza, senza riserve, dell'obbligo previsto dall'art. 9, comma 1-*bis*, L.R. Lazio n. 4/2003 e s.m.i. e di cui all'art. 14 del R.R. n. 20/2019, nel caso di cessione/trasferimento d'azienda o ramo d'azienda, ai fini della voltura dei titoli di autorizzazione e di accreditamento, assumendo in via diretta - mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata - sia nei confronti dell'Azienda Sanitaria Locale che della Regione Lazio, eventuali debiti maturati dal cedente e derivanti dai controlli ai sensi dell'art. 8-*octies* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. o da provvedimenti di condanna per responsabilità amministrativa o contabile e correlati all'esercizio della funzione sanitaria.

3. Resta inteso che, oltre ai requisiti soggettivi di cui sopra, i titolari della Società e/o della struttura nondovranno risultare inadempienti agli obblighi contributivi e assistenziali, ivi compresi quelli nei confronti dell'ENPAM, e non dovranno trovarsi in situazioni di decadenza, sospensione e/o di divieto di cui alla normativa antimafia. Costituiscono gravi violazioni quelle che comportano un omesso pagamento di imposte e tasse superiore all'importo di cui all'articolo 48-*bis*, commi 1 e 2-*bis*, del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602. Costituiscono violazioni definitivamente accertate quelle contenute in sentenze o atti amministrativi non più soggetti ad impugnazione. Costituiscono gravi violazioni in materia contributiva e previdenziale quelle ostative al rilascio del documento unico di regolarità contributiva (DURC), di cui all'articolo 8 del decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 30 gennaio 2015, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 125 del 1° giugno 2015, ovvero delle certificazioni rilasciate dagli enti previdenziali di riferimento non aderenti al sistema dello sportello unico previdenziale.

4. La Società e/o la struttura attestano il possesso dei requisiti mediante dichiarazione sostitutiva, in conformità alle previsioni del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., nella quale indica tutte le condanne penali riportate, ivi comprese quelle per le quali abbia beneficiato della non menzione. La Società e/o la struttura non sono tenute ad indicare nella dichiarazione le condanne per reati depenalizzati ovvero dichiarati estinti dopo la condanna stessa, né le condanne revocate, né quelle per le quali è intervenuta la riabilitazione. La Società e/o la struttura inserisce sul Sistema Informatico la citata dichiarazione (compilata sul **Modello 1**, allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso), unitamente all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, corredato dei relativi documenti

contabili. In ogni caso, la struttura trasmette annualmente alla ASL - e per conoscenza alla Regione - il proprio bilancio di esercizio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici, ai sensi del D.M. n. 70 del 2 aprile 2015, entro 15 giorni dall'approvazione dello stesso ovvero dal deposito in camera CCIAA, ove previsto.

5. Ferma restando la previa acquisizione delle suddette autocertificazioni, vista l'urgenza correlata all'attuazione del Progetto sperimentale "*Gestione sovraffollamento dei P.S.*", nelle more dell'acquisizione presso gli enti competenti, da parte della ASL, della documentazione richiesta alla struttura a comprova dei requisiti, il presente accordo/contratto è stipulato sotto condizione risolutiva espressa e si applica il successivo art. 15, commi 4 e ss.

6. Su richiesta della ASL la struttura fornirà ogni ulteriore eventuale documento che non sia già detenuto dall'amministrazione, comprovante il possesso dei requisiti predetti e il loro mantenimento per tutta la durata del presente accordo/contratto.

7. Resta inteso che, qualora, a seguito delle verifiche, dovesse emergere il mancato possesso di uno o più requisiti di cui al precedente comma 2, si procederà ai sensi e secondo quanto disposto al successivo art. 15.

8. La struttura e l'Ospedale (nel caso in cui quest'ultimo sia una struttura privata accreditata) si impegnano, anche nel rispetto della lealtà e correttezza richiesta ad un concessionario di servizio pubblico, a comunicare, entro 30 (trenta) giorni dal verificarsi del fatto o dell'atto, oltre a quanto previsto dal regolamento regionale di attuazione della L.R. 4/2003 e s.m.i., ogni variazione soggettiva dovesse intervenire in capo agli stessi.

9. Per quanto riguarda i requisiti di cui agli artt. 87 e ss. del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i., all'art. 31 del D.L. n. 69/2013, convertito dalla L. n. 98/2013 e s.m.i. e all'art. 48-bis del D.P.R. n. 602/1973, la ASL si impegna a conseguire periodicamente i relativi certificati presso gli Uffici competenti ai fini delle necessarie verifiche ai sensi di legge.

Art. 4 - Comportamento secondo buona fede

Le Parti si impegnano a tenere, quale elemento essenziale dell'accordo/contratto, valutabile anche ai fini dell'applicazione del successivo art. 15, un comportamento diligente, improntato ai principi di buona fede e correttezza, lealtà e trasparenza.

Art. 5 - Prestazioni oggetto dell'accordo/contratto

1. L'Amministrazione sottoscrive il presente contratto nell'ottica di garantire una risposta efficace e tempestiva del sistema sanitario alle esigenze dettate dal sovraffollamento dei P.S., nel rispetto dei principi di qualità, sicurezza e appropriatezza.

2. A mezzo e nei limiti di quanto previsto nel presente accordo/contratto la struttura è ammessa ad erogare, in coerenza e nel rispetto della configurazione di accreditamento, in nome e per conto e con onere a carico del SSR, le seguenti prestazioni:

- prestazioni di ricovero per Acuti per n. posti letto _____ relativi alla disciplina _____;
- prestazioni di Lungodegenza medica per n. posti letto _____;
- prestazioni rivolte a persone non autosufficienti Estensivo per n. posti letto _____;
- prestazioni rivolte a persone non autosufficienti - Disturbi Cognitivo Comportamentali Gravi - DCCG per n. posti letto _____;

per le quali è assegnato uno specifico tetto di spesa, quale limite massimo invalicabile, e per le quali ha dedicato un numero complessivo di n. _____ posti letto al P.O. Santa Maria Goretti.

3. In particolare, la struttura è tenuta ad erogare le prestazioni sanitarie in favore, esclusivamente,

dei pazienti provenienti dal P.S. del P.O. Santa Maria Goretti o dei pazienti stabilizzati nei reparti di ricovero per acuti del P.O. Santa Maria Goretti.

4. Resta fermo che, al fine di garantire la continuità assistenziale, il presente contratto regola anche le eventuali prestazioni erogate, con onere a carico del SSR, in favore di pazienti già presenti presso la struttura precedentemente al provvedimento di riconversione; dette prestazioni verranno remunerate secondo le tariffe *ratione temporis* vigenti applicabili allo specifico setting assistenziale.

Art. 6 - Durata

1. Il presente accordo/contratto ha efficacia dal _____ **2024 fino al 31 dicembre 2024**, essendo correlato al Progetto sperimentale "*Gestione sovraffollamento dei P.S.*", che ha natura temporanea, nonché alla gestione di eventuali pazienti già presenti presso la struttura precedentemente al provvedimento di riconversione. Allo scadere del suddetto termine, la struttura non dovrà accettare e ricoverare alcun paziente, fermo restando che dovrà essere garantita la continuità assistenziale dei pazienti ancora in carico.

2. Non è ammesso il rinnovo tacito.

3. Resta ferma la facoltà della Regione di disporre, nei trenta giorni antecedenti alla scadenza del presente accordo/contratto, la proroga dello stesso per un ulteriore periodo di tempo, agli stessi patti e condizioni, qualora ne ravvisi concrete ragioni di interesse pubblico.

Art. 7 – Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione

1. L'importo indicato nel presente accordo/contratto deve intendersi quale limite massimo invalicabile pattuito a titolo di remunerazione per le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR, erogate correttamente e coerentemente con la configurazione di accreditamento.

2. L'importo complessivo è stato individuato tenendo presente: l'apporto richiesto alle strutture per l'ottenimento del volume programmato di prestazioni LEA in favore dei terzi beneficiari, nel rispetto del DPCM 29/11/2001 come modificato dal DPCM 12/01/2017 nelle parti applicabili; le risorse economico-finanziarie a disposizione della Parte pubblica; i vincoli di bilancio e del Piano di rientro; le prestazioni specificamente richieste alla struttura contraente in coerenza con il titolo di autorizzazione e di accreditamento che possiede e che viene concretamente utilizzato a mezzo del presente accordo/contratto.

3. L'importo complessivo riconosciuto alla struttura ai sensi del presente accordo/contratto è di € _____ (*budget*), tetto massimo non superabile (da intendersi per ciascuna tipologia assistenziale di cui al successivo art. 9), entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la configurazione di accreditamento e con la normativa vigente, fatto salvo quanto previsto all'articolo 5, comma 4. I tetti di spesa assegnati rappresentano un limite invalicabile e si intendono comprensivi di IVA, ove applicabile.

4. Al fine di garantire l'attività di programmazione della spesa sanitaria ed evitare debiti fuori bilancio, l'assegnazione dei tetti di spesa quali limiti invalicabili rappresenta espressa manifestazione di volontà da parte della Regione di non riconoscere in favore delle strutture accreditate alcuna *utilitas* nell'erogazione delle prestazioni *extra budget*. Per le prestazioni erogate in eccesso rispetto al livello massimo di finanziamento, parte integrante del presente contratto, pertanto, nessun importo potrà essere riconosciuto alla Società/ente morale erogante, nemmeno a titolo di indennizzo *ex art. 2041 c.c.* La Struttura, in ossequio ai principi di correttezza, buona fede e leale collaborazione nell'esecuzione del contratto, si impegna ad erogare le prestazioni nel rispetto della configurazione di accreditamento, nei limiti dei tetti di spesa assegnati ed in modo congruo e appropriato, in ossequio alla normativa vigente.

5. Il *budget* rimane invariato per tutto il periodo di vigenza contrattuale, fatta salva l'applicazione di leggi e/o regolamenti nazionali di natura vincolante che dovessero intervenire, anche nel corso della durata dell'accordo/contratto, nonché le ipotesi di cui agli articoli 1430 e 1431 del Codice civile. Non costituisce eccezione la modifica delle tariffe in corso d'anno, ai sensi di quanto previsto ai successivi commi 6 e 7.

6. Il prezzo unitario delle singole prestazioni di cui la struttura ha potestà di erogazione in base al presente accordo/contratto è quello fissato dalle tariffe regionali vigenti *ratione temporis* al momento della sottoscrizione dell'accordo/contratto e, comunque, in via residuale, dalle tariffe nazionali vigenti. Qualunque tariffa superiore a quanto previsto come massima dalla normativa nazionale deve comunque ritenersi nulla. Le prestazioni richieste sono esclusivamente quelle consentite dalla configurazione di accreditamento e le tariffe devono ritenersi a tutti gli effetti remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni.

7. Il *budget* complessivo rimane invariato, come copertura massima di spesa a carico del bilancio pubblico derivante dal presente accordo/contratto, anche nel caso in cui, per qualsiasi ragione, la tariffa delle singole prestazioni dovesse registrare aumenti e/o variazioni o dovesse aumentare il pannello di prestazioni erogabili. Sarà, in tal caso, cura della struttura graduare la quantità e la tipologia delle prestazioni erogate in modo compatibile con il rispetto del tetto massimo di spesa fissato contrattualmente, nel rispetto della configurazione di accreditamento e in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 8 *quinquies*, comma 2, lett. e *bis*) del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., che qui deve intendersi richiamato.

8. Per tutto ciò che concerne la definizione e i criteri di assegnazione dei livelli massimi di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera e territoriale di cui al presente Progetto sperimentale, ad integrazione di quanto previsto nel presente accordo, si rinvia alla DGR n. _____ del _____, nonché agli eventuali provvedimenti attuativi, i cui contenuti formano parte integrante del presente contratto.

Art. 8 - Distribuzione dell'attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico

1. Le strutture sono tenute a comunicare per iscritto alla ASL di competenza il raggiungimento del budget assegnato.

2. Il numero dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario e i trattamenti riconducibili ai posti letto residenziali non può superare, in ogni giornata, il numero totale dei posti letto accreditati.

3. Resta inteso che la struttura non deve fornire prestazioni con onere a carico del SSR qualora non coerenti con la configurazione di accreditamento e/o qualora eccedenti il *budget* assegnato e/o comunque qualora violino il contenuto del presente accordo/contratto.

4. La struttura comunica alla ASL, all'Ospedale e p.c. alla Regione Lazio, con congruo anticipo, eventuali sospensioni di funzioni o attività sanitarie, oggetto del presente accordo/contratto; il preavviso, che deve essere effettuato a mezzo PEC, deve essere tale da garantire continuità assistenziale e da evitare disagio all'utenza.

5. Nell'ambito del budget assegnato e della configurazione di accreditamento, le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR devono essere rese nel rispetto degli obiettivi di programmazione e di indirizzo regionale, dei criteri di congruità e appropriatezza, nonché con finalità di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate, tenendo conto del governo delle liste d'attesa in ambito ospedaliero e specialistico.

6. La struttura sanitaria, in adempimento all'obbligo informativo relativo al FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico che racchiude l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito ai sensi del Regolamento in

materia di fascicolo sanitario elettronico DPCM n. 178/2015) previsto dall'articolo 12, comma 7 del decreto- legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 22, è tenuta alla trasmissione dei dati contenuti nelle SDO (DM 28.12.1991, DM 380/2000) e nei referti per esterni, per prestazioni erogate sia in regime privatistico, che con onere a carico del SSR, in modo completo e conforme al DM 261/2016. Tale trasmissione è richiesta anche allo scopo di consentire alla Regione l'interoperabilità fra i FSE, curata dall'apposita Infrastruttura (INI) istituita ai sensi del comma 15-ter dell'art. 12 del D.L. citato e realizzata, in raccordo con AGID, dal Ministero dell'economia e delle Finanze che assume la titolarità del trattamento dei dati (art. 22 Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 4 agosto 2017). L'inosservanza, anche parziale, delle disposizioni del presente comma costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione dello stesso.

7. Al fine di consentire alla Regione di disporre in modo completo del patrimonio informativo del sistema sanitario e di individuare indicatori utili alla valutazione del monitoraggio nel tempo dell'assistenza ricevuta dai singoli assistiti a livello ospedaliero e territoriale, per verificare il raggiungimento degli obiettivi posti in sede di programmazione regionale, nonché di elaborare dati sui volumi a fini statistici, la struttura è tenuta (a titolo esemplificativo e non esaustivo, ai sensi del DM n. 380/2000, del DM n. 349/2001, DM del 5.12.2006, DM del 15.10.2010, DM del 22.10.2014) a inserire nei flussi informativi del Sistema sanitario tutte le prestazioni erogate nel *setting* idoneo, anche effettuate in regime privatistico. L'inosservanza delle disposizioni del presente comma costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione del presente contratto.

8. Le prestazioni sanitarie che saranno rese sui posti letto di cui al precedente art. 5, ai fini del loro tracciamento e, quindi, della remunerazione, dovranno essere registrate, da parte della struttura, nei relativi flussi informativi dedicati per l'assistenza ospedaliera, ovvero, nei *report* di rendicontazione per l'assistenza territoriale, rispettando la disciplina regionale nonché le specifiche indicazioni dettate dalla Regione e dalla ASL.

9. La struttura, a far data dal 1° gennaio 2024, è tenuta al rispetto delle disposizioni relative al nuovo processo di rendicontazione e fatturazione, meglio dettagliato nell'Allegato tecnico alla DGR n. 868 del 7 dicembre 2023, che forma parte integrante e sostanziale del presente contratto (All. B)

10. La struttura è provvista 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), ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, a tutela di pazienti e personale. È data evidenza, mediante pubblicazione sul sito della struttura, della denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori d'opera, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative, ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa (cfr. articolo 10 L. n. 24/2017). La struttura comunica al centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (cd. Centro Regionale Rischio clinico) i dati sui rischi, sugli eventi avversi e sul contenzioso e predispone una relazione annuale che pubblica sul sito *web* aziendale nella quale dia evidenza degli eventi avversi verificatisi, cause e iniziative messe in atto (art. 2 comma 5 L. n. 24/2017). La struttura adotta un sistema informativo idoneo a documentare il rapporto contrattuale con il personale sanitario che dovrà essere dotato di idonea copertura assicurativa, ulteriore a quella della struttura. L'inosservanza delle disposizioni del presente comma costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione del presente contratto.

11. La struttura potrà procedere con la fatturazione delle prestazioni rese nel rispetto di quanto disposto dalla Disciplina Uniforme (All. A) e dal Documento Tecnico di cui alla DGR n. 868/2023

(All. B), quali parti integranti e sostanziali del presente contratto di budget, solo a seguito della ricezione dell'ordine elettronico che verrà emesso dall'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio, per ogni tipologia di prestazione contrattualizzata, secondo le indicazioni operative regionali emanate in materia.

Art. 9 -Valorizzazione di prestazioni erogabili e remunerazione massima annuale/pluriennale

1. a) per le prestazioni per acuti: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, che dovrà essere utilizzato per la gestione degli episodi di ricovero provenienti dal Pronto Soccorso del P.O. Santa Maria Goretti i quali necessitano un'assistenza nei reparti di _____; il budget è comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra comunitari);

b) per le prestazioni di lungodegenza medica: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ - _____, per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____; tale budget dovrà essere utilizzato al fine di liberare i posti letto di ricovero per acuti del P.O. Santa Maria Goretti occupati da pazienti già stabilizzati che necessitano un'assistenza sul setting assistenziale di lungodegenza medica; il budget è comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra comunitari);

c.1) per le prestazioni per persone non autosufficienti anche anziane per assistenza estensiva residenziale, il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____, per il periodo di riferimento del presente contratto è di € _____, tale budget dovrà essere utilizzato al fine di liberare i posti letto di ricovero per acuti del P.O. Santa Maria Goretti occupati da pazienti già stabilizzati che necessitano un'assistenza sul presente setting assistenziale;

c.2.) per le prestazioni per persone non autosufficienti anche anziane per assistenza residenziale relativa ai disturbi cognitivo comportamentali gravi, il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____, per il periodo di riferimento del presente contratto è di € _____, tale budget dovrà essere utilizzato al fine di liberare i posti letto di ricovero per acuti del P.O. Santa Maria Goretti occupati da pazienti già stabilizzati che necessitano un'assistenza sul presente setting assistenziale;

Il Budget assegnato ai punti c.1) e c.2) si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio. Resta inteso che il budget di cui alle lettere c.1) e c.2) potrà essere utilizzato per garantire la continuità assistenziale degli ospiti già presenti in struttura sui posti letto accreditati oggetto di riconversione;

2. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, la struttura prende atto e con il presente accordo/contratto conferma di accettare, per ciascuna tipologia assistenziale sopra indicata posta a carico del Servizio Sanitario Regionale, il tetto massimo annuo stabilito nel relativo provvedimento regionale e accetta, pertanto, l'importo complessivo di Euro _____ (_____/_____), pari alla somma delle suddette voci (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo").

Art. 10 - Requisiti e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie – Privacy

1. Le prestazioni sanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative regolamentari, nazionali e regionali, applicabili in materia, avuto in particolare riguardo ai Decreti del Commissario *ad acta* nn. 90/2010, 8/2011, 469/2017 e s.m.i.

2. Le prestazioni sanitarie sono erogate dalla struttura 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 appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi e di accreditamento che la struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente accordo/contratto.

3. Nel caso di prestazioni di riabilitazione intensiva post acuzie, la struttura si impegna ad erogare le stesse nel rispetto delle Linee Guida Ministeriali sulla Riabilitazione e della normativa nazionale e regionale vigente.

4. La struttura dichiara e garantisce l'adeguatezza e il perfetto stato d'uso delle apparecchiature nel tempo e si impegna a tenere a disposizione della ASL e della Regione Lazio, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e la documentazione dell'attività di manutenzione effettuata.

5. L'erogazione della prestazione sanitaria è subordinata alla richiesta di trasferimento del paziente nella struttura ricevente da parte dell'Ospedale inviante, nel rispetto dei criteri di trasferibilità di cui alla normativa nazionale e regionale vigente; la richiesta di trasferimento dovrà specificare almeno i seguenti elementi:

- a) dati anagrafici del paziente;
- b) scheda di dimissione del paziente;
- c) reparto post acuzie e tipologia di intervento e/o trattamento;
- d) indicazione di massima della durata della degenza, salvo comprovata e documentata rivalutazione clinica del paziente da parte della struttura.

6. Nel caso di trasferimento del paziente su posti letto di assistenza territoriale, si adotta il modello di UVM semplificata ospedaliera che consente di snellire i processi di dimissione, rimandando ad una successiva rivalutazione territoriale da parte della UVMD territoriale per verificare l'appropriatezza del *setting* prescelto, così come stabilito nelle Linee Guida approvate con la DGR n. 643/2022. Resta inteso che l'Ospedale inviante dovrà prontamente comunicare alla ASL di residenza del paziente l'avvenuto trasferimento dello stesso, al fine di consentirne la tempestiva rivalutazione.

7. Resta inteso che saranno remunerate esclusivamente le prestazioni erogate in favore di pazienti provenienti dall'Ospedale.

8. L'Ospedale si impegna a trasferire i pazienti e la struttura si impegna a svolgere le prestazioni sanitarie trattando i dati dei pazienti nel pieno 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.

9. È fatto espresso divieto alla struttura di sottoscrivere contratti di servizi e/o di acquisto di beni che prevedano che la titolarità dei dati sanitari dei pazienti sia affidata a soggetti terzi.

10. La struttura si impegna ad adempiere in modo diligente e costante al proprio debito informativo, secondo i tempi e le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale.

11. Le prestazioni sanitarie dovranno essere erogate da personale idoneo operante presso la struttura che sia munito dei titoli professionali previsti dalla normativa e che non versi in situazioni di incompatibilità secondo la normativa vigente in materia.

12. Si rinvia alle disposizioni di cui al precedente articolo 8, comma 6, in materia di FSE.

13. Nel caso di mancanza e/o perdita di un requisito di autorizzazione e/o di accreditamento, nelle more della regolarizzazione da parte della struttura, sarà applicata una penale pari al 5% del valore

del budget complessivo assegnato nell'annualità di riferimento. Tale decurtazione verrà applicata dalla ASL, solo all'esito del procedimento avviato a seguito di segnalazione/comunicazione da parte della Regione Lazio, e fino all'anno successivo all'esito positivo della procedura di autorizzazione e di accreditamento.

Art. 11 – Controlli sull'attività sanitaria ex art. 8-octies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

1. Al fine di verificare che le prestazioni sanitarie siano state rese conformemente alle vigenti prescrizioni di legge, la ASL e la Regione Lazio possono in qualunque momento dare corso ad attività di verifica e controllo sulle prestazioni erogate, con modalità che non siano d'ostacolo all'ordinario svolgimento delle attività sanitarie della struttura e con preavviso di almeno 48 ore, salvo il caso di controlli straordinari, che, motivati da esigenze conoscitive urgenti, dovranno svolgersi nel rispetto dei principi di imparzialità e correttezza.

2. Nelle occasioni di verifica, cui può assistere il legale rappresentante della struttura o persona da questi delegata per la relativa funzione, la struttura potrà farsi assistere da consulenti e da rappresentanti della propria associazione di categoria rappresentativa delle strutture private accreditate. L'eventuale assenza del legale rappresentante della struttura o di un suo delegato non sarà elemento ostativo al controllo, che avrà comunque luogo nel giorno e nell'ora fissati come da preavviso.

3. A tal fine, la struttura ha il dovere di:

- a) predisporre condizioni organizzative tali da consentire l'acquisizione da parte della ASL e della Regione, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a verificare il corretto adempimento;
- b) consegnare alla ASL o alla Regione la documentazione relativa alle prestazioni sanitarie rese;
- c) consegnare alla ASL o alla Regione la documentazione relativa alle prestazioni sanitarie rese e, in particolare, le cartelle cliniche oggetto di controllo in formato digitale.

4. In ogni caso la struttura ha l'obbligo di consentire lo svolgimento dei controlli fornendo la massima collaborazione alla Parte pubblica, anche al fine di rimuovere eventuali ostacoli all'attività di controllo. La condotta tenuta dalla struttura durante e successivamente all'attività di controllo sarà valutabile ai fini dell'applicazione del successivo art. 15.

5. Ai fini del monitoraggio sulla valutazione dell'efficacia del Progetto sperimentale, l'Ospedale è tenuto a compilare e inviare alla ASL e alla Regione, con cadenza almeno bimestrale, a decorrere dalla sottoscrizione del presente accordo/contratto, una scheda informativa di valutazione del servizio reso dalla struttura, sulla base di apposito modello che verrà predisposto e inviato dalla Regione Lazio.

6. La struttura si impegna a conservare, anche mediante archivio informatico, tutta la documentazione amministrativa relativa alle prestazioni rese in favore dei terzi beneficiari per un periodo non inferiore a quello previsto dalle vigenti disposizioni in materia. È fatto salvo il periodo di conservazione prescritto per la documentazione sanitaria, secondo le modalità e i termini di cui al D.P.R. 30 settembre 1963, n. 1409, al D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 e alla circolare n. 61 del 19 dicembre 1986 del Ministero della Sanità e s.m.i. e secondo il piano di conservazione dei documenti previsto.

7. La struttura si impegna a fornire tutta la documentazione, di cui vi è obbligo di tenuta ai sensi della vigente normativa, richiesta dalla ASL ovvero dalla Regione, onde consentire lo svolgimento di controlli, verifiche, ovvero per adempiere ad attività statistiche e/o di analisi di flussi regionali e nazionali, nonché consentire il monitoraggio continuo delle prestazioni e del numero di pazienti trattati.

8. La mancata consegna della documentazione richiesta entro il termine assegnato comporta la sospensione dei pagamenti sulle prime fatture utili, nella misura pari al valore delle prestazioni oggetto della documentazione non consegnata.
9. Di ciascun accesso e/o controllo dovrà essere redatto verbale, di cui una copia spetterà alla struttura.
10. Per tutto quanto non regolato dal presente contratto, si applica la disciplina nazionale e regionale in materia di controlli vigente al momento dell'erogazione della prestazione.

Art. 12 - Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento della remunerazione

1. Le modalità di fatturazione e di pagamento della remunerazione di cui al presente accordo/contratto sono disciplinate dal regolamento allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso. In particolare, al fine di individuare e monitorare le fatture riferite al Progetto sperimentale di cui al presente accordo/contratto, la struttura accetta sin da ora di osservare le specifiche indicazioni operative che verranno comunicate dalla Regione con riferimento all'emissione delle fatture.

2. La struttura si impegna ad inviare i flussi informativi regionali delle prestazioni sanitarie erogate con onere a carico del SSR entro e non oltre il termine e le modalità comunicate dall'Area regionale Sistemi Informativi per la chiusura definitiva degli archivi relativi ai dati di produzione, tenuto conto altresì delle modalità e dei termini stabiliti al Documento Tecnico di cui alla DGR n. 868/2023, parte integrante del presente contratto (All. B). Oltre i predetti termini e modalità, le prestazioni non verranno accettate dai sistemi e, quindi, non verranno valorizzate.

3. La ASL sul cui territorio insiste la struttura ricevente si impegna, per tutta la durata del rapporto contrattuale, a remunerare la struttura sulla base delle seguenti specifiche:

(A) *per le prestazioni erogate in regime di assistenza territoriale, per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria*, sulla base

- i. di una **Fattura mensile** di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate con il presente accordo/contratto;

(B) *per le prestazioni erogate in regime di assistenza ospedaliera (le prestazioni di riabilitazione post-acuzie e di lungodegenza medica), per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria*, sulla base

- i. di una **Fattura mensile** di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate con il presente accordo/contratto.

4. La liquidazione degli importi fatturati non pregiudica, in alcun modo, la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli effettuati sulle prestazioni sanitarie erogate, risultassero non dovute, in tutto o in parte, mediante trattenuta sulle prime fatture utili, ovvero in conformità ad un piano di rateizzazione stabilito dall'ASL di riferimento, sulla base delle Linee Guida regionali.

5. I controlli da effettuare, da parte della ASL, ai fini della liquidazione includono i seguenti accertamenti:

- a) che la prestazione sia stata effettivamente resa;
- b) che la prestazione resa rientri, per tipologia, quantità e caratteristiche, tra quelle oggetto del presente accordo/contratto e che sia coerente e conforme alla configurazione di accreditamento;
- c) che la prestazione sia stata resa in modo congruo e appropriato, secondo le modalità e la tempistica prevista dalla normativa vigente in materia.

6. La ASL deve, inoltre, verificare che:

- a) gli importi unitari indicati in fattura per le prestazioni erogate siano conformi alle tariffe regionali/ o nazionali applicabili, come richiamate nel presente accordo/contratto;
- b) l'importo richiesto non superi il *budget* massimo complessivo di cui al presente accordo/contratto e per cui vi è copertura di spesa a carico del bilancio pubblico, come previsto al precedente articolo 7;
- c) la regolarità amministrativo-contabile delle fatture stesse in base alla normativa vigente;
- d) venga effettuato il controllo della posizione della struttura, secondo quanto disposto dal D.M. 24 ottobre 2007 e dall'art. 48-*bis* del DPR 602/73.

7. All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni sanitarie ai sensi dell'art. 8 *octies* del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i., qualora, effettuate le verifiche, emerga un saldo negativo o un importo da recuperare, la Regione comunica i predetti valori con nota provvedimento alla struttura e alla ASL di competenza. La ASL, relativamente agli importi derivanti dai valori concordati, dai valori non concordati e dalle sanzioni amministrative, procede secondo i tempi e con le modalità definite nel regolamento allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso.

8. È preciso dovere della struttura, in caso di discordanza sull'esito dei controlli, adoperarsi per consentire la conclusione del procedimento, evitando così dilazioni temporali; in caso contrario, la condotta non diligente verrà valutata ai fini del corretto adempimento degli obblighi contrattuali.

9. Entro il 31 marzo 2024 verrà comunicato alla struttura il dettaglio di tutte le note di credito che risultano da emettere al 31/12/2023; la struttura dovrà provvedere all'emissione delle note di credito entro e non oltre 60 gg. dal ricevimento della richiesta.

10. Nel caso di mancata emissione delle note di credito nel termine suindicato, l'ASL di competenza procederà ad emettere note di debito che saranno compensate sulle fatture utili della struttura stessa.

11. La mancata emissione delle note di credito relative a crediti derivanti da controlli esterni concordati ovvero a crediti di qualsiasi natura ancora non recuperati finanziariamente dall'Azienda Sanitaria di competenza, anche attraverso il blocco di altre fatture emesse dalla struttura, nel termine di cui al precedente comma 9, comporterà l'impossibilità di concedere il beneficio dell'eventuale rateizzazione (in relazione al recupero degli stessi crediti) nonché la riduzione del 10% dell'eventuale budget da assegnare nell'anno successivo.

12. Con riferimento alla mancata emissione delle note di credito relative a crediti derivanti da controlli esterni non concordati, le disposizioni di cui ai commi 10 e 11, saranno sospese sino alla conclusione dei procedimenti attivati dinanzi alle Commissioni, all'esito dei quali, pertanto, le suddette disposizioni dovranno essere regolarmente applicate.

Art. 13 - Cessione dell'accordo/contratto

1. Il presente accordo/contratto non può essere ceduto, nemmeno in parte, senza il consenso espresso della Regione. In caso di cessione/affitto d'azienda o ramo di essa, ovvero in ipotesi similari, per le quali è necessario il provvedimento di voltura del titolo autorizzativo e di accreditamento, il contratto potrà essere ceduto nel solo caso di previsione espressa dell'assunzione dell'obbligo del subentrante/cessionario dei debiti maturati in virtù del rapporto concessorio già vigente, anche in ragione del presente contratto, nonché di quelli derivanti dagli esiti dei controlli esterni sulle prestazioni già erogate. È fatta salva la cessione per effetto del trasferimento in sede giudiziale.

2. La cessione dell'accordo/contratto in violazione di quanto previsto al precedente comma 1 costituisce grave inadempimento ai sensi del successivo art. 15 ed è causa di risoluzione del contratto stesso.

Art. 14 - Cessione dei crediti

1. Le modalità e i termini di cessione dei Crediti derivanti dal presente accordo/contratto sono disciplinati esclusivamente dall'art. 117, comma 4 *bis*, del decreto-legge n. 34/2020, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, nonché dal regolamento allegato al presente contratto, al quale si rinvia integralmente (Disciplina Uniforme, **All. A**), non essendo ammesse altre forme di cessione del credito.

2. In caso di accettazione della cessione, l'Amministrazione può opporre comunque al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in virtù del rapporto in essere tra quest'ultimo e l'Amministrazione stessa.

3. La mancata osservanza delle disposizioni nazionali e/o regionali in materia di cessione dei Crediti, ivi compresa la violazione della Disciplina Uniforme, è intesa come grave condotta in violazione dell'art. 4 del presente contratto e, pertanto, comporta la risoluzione automatica dello stesso ai sensi del successivo art. 15, nonché determina l'invalidità, l'inefficacia e l'inopponibilità della cessione all'Amministrazione, anche a prescindere dal rifiuto della ASL di competenza.

Art. 15 – Risoluzione dell'accordo/contratto e recesso

1. Fermo restando il diritto al risarcimento dei danni e ogni altro rimedio previsto ai sensi della normativa vigente, in caso di violazione delle disposizioni del presente accordo/contratto da parte della struttura, la ASL, di concerto con la Regione, può chiedere la risoluzione dello stesso ai sensi dell'art. 1453 c.c.

2. Accertato l'inadempimento, la ASL contesta per iscritto i fatti alla struttura concedendo alla stessa il termine di 30 (trenta) giorni, a far data dalla ricezione della contestazione, per la presentazione di documentazione e di osservazioni scritte. La struttura può all'uopo avvalersi dell'ausilio e dell'assistenza della propria Associazione di categoria rappresentativa delle strutture private accreditate.

3. Trascorso il termine assegnato, la ASL, qualora non ritenga di accogliere le deduzioni della struttura, concerta preventivamente con la Regione la risoluzione dell'accordo/contratto, motivandone debitamente le ragioni. Diversamente, tenuto conto delle giustificazioni e della gravità dell'inadempimento, la ASL può diffidare la struttura ad adempiere entro un congruo termine, comunque non inferiore a 15 gg., ritenuto essenziale, decorso il quale l'accordo/contratto si intenderà risolto ai sensi dell'art. 1457 c.c.

4. Qualora, a seguito delle verifiche effettuate dalla ASL, dovesse emergere il mancato possesso in capo alla struttura di uno o più requisiti di cui al comma 2 del precedente art. 3, il presente accordo/contratto è risolto di diritto secondo quanto disposto ai successivi commi 5 e 6. Negli altri casi, la ASL procederà previa diffida.

5. Il presente accordo/contratto è risolto di diritto, ai sensi dell'art. 1456 c.c., in una delle ipotesi di seguito indicate:

- a) revoca o mancato rinnovo dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento istituzionale;
- b) accertata definitiva carenza dei requisiti oggettivi e/o soggettivi richiesti di cui al precedente art. 3;
- c) accertata incapacità, per cause imputabili alla struttura, di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie per le quali la struttura è accreditata, anche avuto riguardo al verificarsi di fatti relativi all'assistenza sanitaria;
- d) falsità di alcuna delle dichiarazioni rese di cui al precedente art. 3, comma 2, lettere a), b), c), d), e) e f);

- e) violazione dell'art. 8, comma 6, in materia di Fascicolo sanitario elettronico;
- f) violazione dell'art. 8, comma 7, in materia di trasmissione e gestione dei dati sanitari e dei flussi informativi;
- g) violazione dell'articolo 8, comma 12, in materia di dati inerenti al rischio clinico e le obbligazioni derivante dalla L. 24/2017;
- h) violazione del precedente art. 13, in materia di cessione dell'accordo/contratto;
- i) violazione del precedente art. 14, in materia di cessione dei crediti, nonché delle disposizioni di cui al regolamento allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso (**All. A**);
- j) violazione del successivo art. 17, comma 3, del presente accordo/contratto.

6. Qualora si verificano una delle ipotesi sopra indicate, la ASL ne fa contestazione scritta alla struttura, comunicando che intende avvalersi della clausola risolutiva espressa.

7. Resta inteso che, a far data dalla comunicazione della sospensione e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento o di avvenuta risoluzione dell'accordo/contratto, la struttura non potrà più ricoverare nuovi pazienti. Resta inteso che, a far data dalla comunicazione della sospensione e/o revoca dell'accreditamento o di avvenuta risoluzione dell'accordo/contratto, la struttura potrà eventualmente erogare solo prestazioni in regime privatistico e non potrà più ricoverare nuovi pazienti con onere a carico del SSR; nel caso di sospensione e/o revoca dell'autorizzazione, a far data dalla relativa comunicazione, la struttura non potrà più ricoverare nuovi pazienti.

8. Nei casi di risoluzione di diritto del presente accordo/contratto, viene immediatamente disposta la revoca dell'accreditamento.

Art. 16 – Controversie

1. Tutte le controversie relative o derivanti dal presente accordo/contratto, ivi comprese quelle inerenti alla sua interpretazione, qualora non risolte bonariamente tra le parti, sono devolute alla competenza esclusiva del Foro in cui ha sede la ASL territorialmente competente, con esclusione di ogni Foro concorrente e di qualsiasi devoluzione arbitrale.

2. La vigilanza sulla corretta interpretazione ed esecuzione del presente accordo/contratto può essere demandata ad un Comitato composto da cinque membri, di cui due rappresentanti delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle strutture, due rappresentanti di Parte pubblica, nominati dalla Direzione Regionale Salute, ed uno con funzioni di Presidente nominato congiuntamente. Tale Comitato sarà istituito entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del provvedimento di adozione dello schema del presente accordo/contratto.

3. Il Comitato può essere investito anche dalla struttura sanitaria, ai fini della valutazione della disposizione del contratto che si assume violata, preventivamente all'azione giudiziaria.

Art. 17 - Clausole di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del presente accordo/contratto la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione delle tariffe, di determinazione dei tetti di spesa e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (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 accordo/contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati, conosciuti e conoscibili.

2. Con la sottoscrizione del presente accordo/contratto, la struttura accetta espressamente di applicare

ilregolamento sulle modalità di fatturazione e di pagamento, allegato al presente accordo/contratto e parte integrante dello stesso, pena l'impossibilità per la Parte pubblica di procedere alla liquidazione delle fatture e al conseguente pagamento delle stesse. Le fatture trasmesse con modalità estranee e/o diverse da quelle previste nel suddetto regolamento verranno pertanto respinte dalla ASL.

3. Non è ammessa alcuna riserva di una delle parti al presente accordo/contratto, né contestuale né successiva. Nel caso qualsivoglia riserva venisse unilateralmente apposta o comunque successivamente avanzata da una delle parti, il contratto si intenderà automaticamente risolto ai sensi del precedente art. 15, lett.j), e comunque non sarà sottoscrivibile per l'altra.

Art. 18 - Immodificabilità dell'accordo/contratto

Il contenuto del presente accordo/contratto non è modificabile, se non previa approvazione scritta della Regione, comunicata anche alla struttura, per espresso accordo scritto tra le parti da riversarsi in un nuovo accordo contrattuale anche integrativo e parzialmente novativo e con esclusione di scambio di corrispondenza o mezzi simili.

Art. 19 - Norma di rinvio

Per tutto quanto non disciplinato dal presente accordo/contratto, si fa rinvio alle norme del Codice civile, ove applicabile, alla normativa nazionale e regionale di settore vigente, nonché all'allegato regolamento sulle modalità di fatturazione e di pagamento, parte integrante dello stesso (**All. A**).

Art. 20 - Registrazione

Il presente accordo/contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. imposta diregistro di cui al D.P.R. n. 131/1986 e s.m.i.

Art. 21 - Elezione di domicilio

Le parti eleggono domicilio ad ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente accordo/contratto, presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati, dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge all'indirizzo di posta elettronica certificata indicato nel presente accordo/contratto.

Roma, _____

La ASL

La Struttura

L'Ospedale

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c., le Parti dichiarano di aver preso visione ed accettare espressamente le clausole di cui agli articoli: 3) Requisiti oggettivi e soggettivi; 4) Comportamento secondo buona fede; 6) Durata; 7) Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione; 8) Distribuzione dell'attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico; 9) Valorizzazione di prestazioni erogabili e remunerazione massima annuale/pluriennale; 10) Requisiti e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie -

Privacy; 11) Controlli sull'attività sanitaria *ex art. 8 octies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. 12) Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento della remunerazione; 13) Cessione dell'accordo/contratto; 14) Cessione dei crediti; 15) Risoluzione dell'accordo/contratto e recesso; 16) Controversie; 17) Clausole di salvaguardia; 18) Immodificabilità dell'accordo/contratto.

Roma, _____

La ASL

La Struttura

L'Ospedale

Copia

DISCIPLINA UNIFORME DELLE MODALITA' DI FATTURAZIONE E DI PAGAMENTO DEI CREDITI VANTATI NEI CONFRONTI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, DELLE AZIENDE OSPEDALIERE, DELLE AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE, DEGLI IRCCS PUBBLICI, DELL'AZIENDA ARES 118 E DELLA FONDAZIONE POLICLINICO TOR VERGATA.

Art. 1 – Definizioni e allegati

1.1 Salvo quanto diversamente indicato nel presente regolamento, le definizioni qui riportate e utilizzate con lettera maiuscola o minuscola, al singolare o al plurale, con testo normale o grassetto avranno il seguente significato:

“Aziende Sanitarie”: le Aziende Sanitarie locali, le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli IRCCS pubblici, l’Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata.

“Strutture”: i soggetti giuridici assoggettati all’obbligo di autorizzazione per l’esercizio di attività sanitaria nonché all’obbligo di accreditamento per l’erogazione di prestazioni sanitarie in favore di terzi beneficiari in nome e per conto e con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

“Fornitore/Prestatore di beni e servizi”: i soggetti che forniscono beni o prestano servizi in favore delle Aziende Sanitarie.

“Farmacie convenzionate”: soggetti convenzionati con il SSN, che vantano crediti commerciali inclusi in DCR, di cui al rigo 19-bis, 19-ter, 19-quater e 19-sexies della DCR e/o altre forniture;

“Parte privata”: la Struttura o la Farmacia convenzionata, o il Fornitore/Prestatore di beni e servizi che intrattiene rapporti con le Aziende Sanitarie sulla base di specifici accordi o contratti.

“Contratto”: il negozio giuridico (accordo o contratto), e i relativi atti amministrativi ad esso presupposti e collegati, che legittima l’erogazione delle prestazioni sanitarie, da parte delle Strutture provvisoriamente o definitivamente accreditate, nelle varie tipologie assistenziali, nonché la fornitura di beni e/o servizi da parte dei Fornitori/Prestatori di beni e servizi, insorto con le Aziende Sanitarie a far data dalla pubblicazione del Decreto del Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario che adotta il presente regolamento.

“Crediti”: i crediti derivanti dal Contratto, come definito nel punto precedente, relativi a tutte le fatture, note di credito e note di debito emesse nei confronti delle Aziende Sanitarie, in conformità alla normativa vigente, ad eccezione di quelli esplicitamente esclusi dal presente regolamento.

“Fattura”: indica ciascuna Fattura, Nota di Credito o Nota di Debito emessa dalla Parte privata in formato elettronico, ai sensi della normativa vigente, e gestita obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti.

“Fattura di Acconto”: indica la Fattura mensile emessa, ove spettante, dalla Parte privata in formato elettronico ai sensi della normativa vigente e gestita obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti, avente ad oggetto l’importo relativo alle **funzioni assistenziali-ospedaliere, di cui al comma 2 dell’art. 8 sexies del D.lgs. 502/1992 e s.m.i., funzioni di Didattica e di Ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all’art. 7, comma 2, del D.lgs. 517/99 e s.m.i., alla distribuzione dei farmaci (File F), prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell’ambito della Rete di Emergenza e Urgenza per accessi non seguiti da ricovero**, valorizzata con un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore previsto per l’anno di riferimento come finanziamento riconosciuto per i maggiori costi sostenuti per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere, e/o da un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore previsto quale finanziamento

per i maggiori costi sostenuti per lo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca connesse ad attività assistenziali indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio, e/o da un importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di un quota percentuale del valore riconosciuto quale rimborso per la distribuzione dei farmaci (File F) indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;

Tale Fattura potrà essere emessa dalla Struttura dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce l'acconto (si precisa che le suddette quote percentuali sono definite negli accordi/contratti di budget).

“Fattura di Saldo”: indica la Fattura emessa, ove spettante, dalla Struttura in formato elettronico ai sensi della normativa vigente, e gestita obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti, avente ad oggetto l'importo relativo allo svolgimento di **funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i e di didattica e ricerca di cui al comma 2 dell'art. 7 del D.lgs. 517/99 e s.m.i., per la distribuzione di farmaci (File F), nonché sul totale degli accessi al P.S., non seguiti da ricovero**, valorizzata, con un importo pari al saldo, comunicato dalla Direzione Salute e Politiche Sociali, calcolato sul totale dei maggiori costi sostenuti nell'anno di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per lo stesso anno, per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere e/o per le funzioni di didattica e ricerca, ferma restando l'eventuale rendicontazione di costi sostenuti laddove previsto dalla normativa vigente, e/o sul totale dell'effettivo valore riconosciuto per la distribuzione diretta dei farmaci (File F) effettuata nell'anno di riferimento, al netto dell'importo delle Fatture di Acconto emesse nel corso dell'anno di riferimento e degli abbattimenti applicati in esito ai controlli automatici e/o esterni sul complesso delle prestazioni erogate dalla Struttura, nel caso non ancora recuperati. Tale Fattura è emessa dalla Struttura entro il 30 aprile dell'anno successivo alla chiusura del bilancio di esercizio di competenza, secondo i termini e le indicazioni forniti dalla Regione.

“Nota provvedimento” : la nota regionale, avente valore di provvedimento amministrativo, con la quale viene comunicata la valorizzazione scaturita dall'esito dei controlli analitici esterni, che dovrà essere adottata e notificata alla Struttura, e in copia all'Azienda territorialmente competente, a conclusione del procedimento di controllo.

“Sistema di Interscambio” (di seguito **SDI**): il sistema informatico di supporto al processo di ricezione e successivo inoltro delle Fatture elettroniche alle amministrazioni destinatarie, nonché alla gestione dei dati in forma aggregata e dei flussi informativi, anche ai fini della loro integrazione nei sistemi di monitoraggio della finanza pubblica.

“Sistema Pagamenti”: il sistema informatico, gestito da LazioCrea, finalizzato alla dematerializzazione del processo e al monitoraggio dell'intero ciclo passivo delle Aziende Sanitarie, dalla fase di sottoscrizione degli accordi/contratti di budget e/o di trasmissione dell'ordine elettronico fino alla fase di chiusura contabile dei crediti, nonché finalizzato alla ottimizzazione del pagamento delle Fatture del SSR, che consente, anche attraverso l'integrazione con lo SDI, la gestione delle fasi e dei dati oggetto del presente regolamento. Tale sistema è raggiungibile dal sito della Regione Lazio, all'indirizzo internet <http://www.regione.lazio.it>, nell'Area Sanità/Crediti verso SSR.

“Data Consegna Fattura”: è la data di rilascio, da parte del Sistema di Interscambio della ricevuta di consegna, secondo quanto previsto al paragrafo 4 dell'allegato B al DM 55/2013, che rappresenta la data di riferimento per il calcolo dei termini previsti per la liquidazione/certificazione e il pagamento delle fatture immesse nel Sistema Pagamenti a seguito dall'entrata in vigore della norma che regola la Fatturazione Elettronica.

“Liquidazione”: è la procedura amministrativa effettuata dagli uffici competenti dell'Azienda Sanitaria al fine di verificare, ai sensi della normativa vigente, la correttezza formale e sostanziale del Credito risultante dall'accertamento della conformità dei beni, dei servizi e delle prestazioni ricevuti e fatturati rispetto a quelli richiesti e ordinati, nonché la regolarità amministrativo contabile delle fatture stesse, e, nel caso delle Strutture, la conformità delle prestazioni al titolo di autorizzazione e di accreditamento, nel

rispetto del limite massimo di finanziamento, a completamento delle procedure di accertamento nei termini indicati dalla Determinazione dirigenziale n. D1598 del 07 giugno 2006, dalla Determinazione dirigenziale n. D2804 del 2007 e ss.mm.ii. nonché da ogni altra disposizione nazionale e regionale.

“Certificazione”: attestazione del Credito come certo, liquido ed esigibile, a fronte della Liquidazione della Fattura, anche in caso, ove previsto, di Fattura di Acconto e di Fattura di Saldo, effettuata dagli uffici competenti dell’Azienda Sanitaria, rappresentata sul Sistema Pagamenti dalle Fatture, o parte di esse, poste in stato “Liquidata” con generazione dell’**Atto di Certificazione**.

“Atto di Certificazione”: il report, in formato PDF, visualizzato dalla Parte privata e dall’eventuale Cessionario nel Sistema Pagamenti, contenente l’elenco delle Fatture oggetto di Liquidazione con specificazione dell’importo di ciascun Credito Certificato, con tale importo intendendosi l’importo, in linea capitale totale o parziale, certificato per ciascuna Fattura.

“Data di Pagamento”: l’ultimo giorno del mese in cui cade il 60° giorno dalla **Data Consegna** della relativa Fattura, entro cui l’Azienda Sanitaria procederà, al pagamento dei Crediti Certificati.

“Cessionari e/o Mandatari all’Incasso”: indica i Cessionari *pro-soluto* o *pro-solvendo* e/o i Mandatari all’Incasso dei Crediti derivanti dal Contratto, che devono accettare anch’essi, espressamente e integralmente nell’Atto di Cessione o nel Mandato all’incasso, i termini e le condizioni del presente regolamento.

“Ente incaricato del pagamento del corrispettivo”, anche ai sensi dell’art. 1, comma 10, del D.L. n. 324/1993, convertito dalla L. 27 ottobre 1993, n. 423, si intende l’Azienda Sanitaria territorialmente competente, che si avvale di LazioCrea, ai sensi del DCA 504/2017 s.m.i., attraverso l’utilizzo del Sistema Pagamenti, secondo le disposizioni del presente regolamento.

Le Fatture possono assumere, ai fini del presente regolamento, i seguenti stati:

“Ricevuta”: è lo stato in cui si trova la Fattura inviata al Sistema Pagamenti da parte dello SDI, a seguito dell’esito positivo dei controlli da quest’ultimo effettuati.

“Prelevata”: è lo stato in cui si trova la Fattura dopo il suo prelevamento dal Sistema Pagamenti da parte dell’Azienda Sanitaria.

“Registrata”: è lo stato in cui si trova la Fattura dopo la registrazione in contabilità da parte dell’Azienda Sanitaria.

“Respinta”: è lo stato in cui si trova la Fattura a seguito di rifiuto da parte dell’Azienda Sanitaria, a fronte di irregolarità formali della stessa. In questo caso, la Parte privata avrà la possibilità di rettificare i dati irregolari e/o erronei presenti nella Fattura Respinta, trasmettendo una nuova fattura debitamente corretta, recante la stessa data e lo stesso numero di documento di quella che si intende rettificare.

“Bloccata”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, a seguito di un **blocco motivato** da condizioni che ostacolano la procedura di Liquidazione e di Certificazione da parte dell’Azienda Sanitaria di competenza, ovvero la riscontrata inadempienza a seguito di verifica effettuata ai sensi dell’art.48-*bis* del DPR 602/73 e/o a seguito di verifica ai sensi del D.M. 24 ottobre 2007.

“Liquidata”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, al termine della procedura di Liquidazione e Certificazione effettuata da parte degli uffici competenti dell’Azienda Sanitaria che attesta la Certificazione del Credito.

“In pagamento”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, a seguito dell’avvio della procedura di pagamento, con conseguente visualizzazione nel “Report in Pagamento” disponibile nel Sistema Pagamenti. Con l’attivazione di tale stato e la relativa visualizzazione nel “Report in Pagamento”, non è più possibile opporre l’eventuale cessione del Credito/mandato all’incasso all’Azienda Sanitaria o effettuare una variazione attinente alle coordinate bancarie.

“**Pagata**”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, una volta effettuato il bonifico da parte del Tesoriere, con conseguente visualizzazione nel “Report Pagato” disponibile nel Sistema Pagamenti.

“**Chiusa**”: è lo stato in cui si trova la Fattura, o parte di essa, a seguito delle scritture contabili di chiusura effettuate dalla Azienda Sanitaria a fronte di pagamenti o note di credito.

Art. 2 – Oggetto e finalità del regolamento

2.1 Il presente regolamento disciplina in maniera uniforme la procedura e le modalità di fatturazione, trasmissione, Liquidazione, Certificazione e pagamento delle Fatture oggetto dei Contratti, come qui definiti, gestite obbligatoriamente attraverso il Sistema Pagamenti.

2.2 Il presente regolamento si applica a tutti gli accordi, contratti e negozi giuridici tra una Parte privata e una o più Aziende Sanitarie, insorti a far data dalla pubblicazione del Decreto del Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario che adotta il presente regolamento.

2.3 Per adempiere a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di fatturazione elettronica, il Sistema Pagamenti ha il ruolo di intermediario delle Aziende Sanitarie per ricevere e veicolare dal/al Sistema di Interscambio tutte le Fatture emesse nei confronti delle Aziende stesse.

2.4 Le Aziende Sanitarie hanno la competenza esclusiva in ordine alla Liquidazione e Certificazione dei Crediti derivanti da Fatture oggetto dei Contratti definiti ai sensi del presente regolamento.

2.5 La Parte privata e l’eventuale Cessionario e/o Mandatario all’incasso, da un lato, e le Aziende Sanitarie, dall’altro, con la sottoscrizione del Contratto accettano pienamente il contenuto del presente regolamento, che ne forma parte integrante.

2.6 La Regione prende atto delle intese raggiunte tra le Aziende Sanitarie, la Parte privata e l’eventuale Cessionario e/o Mandatario all’incasso e partecipa con un ruolo di coordinamento demandando a LazioCrea la funzione di supporto tecnico, monitorando che il procedimento di pagamento avvenga in modo uniforme; la Regione e LazioCrea operano senza accollo di debito, senza prestare alcuna garanzia e senza assumere alcun impegno, né diretto né indiretto, o a titolo di garanzia, in relazione ai pagamenti stessi, quale azione dovuta a seguito della Certificazione del Credito.

Art. 3 – Manifestazione di volontà e ammissibilità dei crediti

3.1 Il Fornitore/Prestatore di beni e servizi e/o Struttura, prima dell’emissione della Fattura, provvede alla propria registrazione nel Sistema Pagamenti nonché alla sottoscrizione, tramite firma digitale, di apposita dichiarazione che attesti l’avvenuta accettazione del presente regolamento.

3.2 A seguito del ricevimento della Fattura da parte dell’Azienda Sanitaria, i Crediti, ad eccezione di quelli indicati al successivo punto 3.3, saranno regolati secondo i termini di Certificazione e pagamento previsti al successivo articolo 4, purché siano rispettate le seguenti condizioni:

- (i) le Fatture siano emesse nei confronti dell’Azienda Sanitaria con la quale intercorre il rapporto giuridico;
- (ii) i Crediti siano nella esclusiva ed incondizionata titolarità della Parte privata o del Cessionario, ove sia intervenuta la cessione, e gli stessi non siano stati a loro volta oggetto di mandati all’incasso, pegno, sequestro, pignoramento o altri diritti o vincoli da parte della Parte privata e/o del Cessionario in favore di terzi, né siano soggetti ad altre pattuizioni contrattuali con soggetti terzi che, in qualsivoglia modo, ne possano impedire - o condizionare - la libera disponibilità da parte della Parte privata e/o del Cessionario;
- (iii) siano rispettate le procedure previste dal presente regolamento per l’invio all’Azienda Sanitaria delle Fatture relative ai Crediti.

3.3 L’Azienda Sanitaria, la Parte privata e/o il Cessionario e/o il Mandatario all’incasso si danno reciprocamente atto che sono esclusi dalla disciplina del presente regolamento i Crediti:

- (i) derivanti da Fatture relative a prestazioni non finanziate attraverso il Fondo Sanitario (es. fatture derivanti da prestazioni socio-assistenziali, fatture derivanti da attività socio-sanitaria di competenza dei Comuni);
- (ii) derivanti da Fatture relative a prestazioni di beni e servizi acquisiti a fronte di finanziamenti a destinazione vincolata e quindi non finanziate attraverso il Fondo Sanitario (es. le fatture finanziate in c/capitale, le fatture finanziate con fondi delle Aziende Sanitarie, le fatture finanziate con fondi Ministeriali, ecc.), che dovrà essere comunque gestita attraverso il Sistema Pagamenti unicamente quale strumento di trasmissione nei confronti dell'Azienda Sanitaria competente;
- (iii) derivanti da Fatture relative a crediti prescritti.

Art. 4 – Trasmissione delle Fatture e Procedura di Liquidazione, Certificazione e pagamento dei Crediti

4.1. Le Strutture, devono, a pena di inammissibilità, inviare all'Azienda Sanitaria tutte le Fatture relative ai Crediti oggetto dei Contratti, come definiti nel presente regolamento, unicamente in formato elettronico attraverso il Sistema Pagamenti, che effettua per loro conto, in conformità alla normativa vigente, la trasmissione/ricezione nei confronti del Sistema di Interscambio. Il solo invio elettronico risulta sufficiente al fine degli adempimenti fiscali, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente. Le Strutture, inoltre, ai fini del completamento delle procedure di accertamento delle prestazioni rese e di Liquidazione delle Fatture, devono emettere una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria ed eseguire le procedure indicate nelle disposizioni nazionali e regionali.

4.2 Le Strutture, ai fini dell'emissione delle Fatture nei confronti delle Aziende Sanitarie, devono obbligatoriamente utilizzare il Sistema Pagamenti, secondo le modalità indicate nell'Accordo/Contratto di budget sottoscritto, che a far data dal 1° gennaio 2017 prevede le seguenti fattispecie:

- (A) per le prestazioni erogate in regime di assistenza territoriale**, fatturazione in base alla produzione effettivamente erogata nel mese di riferimento;
- (B) per le prestazioni erogate in regime di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica**, fatturazione in base alla produzione effettivamente erogata nel mese di riferimento;
- (C) per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e di didattica e ricerca di cui al comma 2 dell'art. 7 del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., nonché per la distribuzione di farmaci (File F) e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza**, fatturazione in acconto e saldo.

4.3 Si specificano di seguito, nel dettaglio, le fattispecie sopra elencate:

- (A) per le prestazioni erogate in regime di assistenza territoriale (a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni psichiatriche, terapeutiche riabilitative e socio-riabilitative per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, in Hospice, in residenze sanitarie assistenziali, in centri diurni etc.)** l'emissione di una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per il medesimo anno di riferimento.
- (B) per le Prestazioni erogate in regime di assistenza ospedaliera (a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni per acuti, di riabilitazione post-acuzie, lungodegenza, neonato sano) e di assistenza specialistica (a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni relative a laboratorio analisi, APA, risonanza magnetica, altra specialistica, dialisi, radioterapia)**, l'emissione di (i) una Fattura mensile per ciascuna tipologia di prestazione sanitaria, di importo pari alla produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per l'anno di riferimento, (ii) e, ove spettante, una Fattura mensile di importo pari alla

produzione effettivamente erogata in relazione a specifiche tipologie di prestazioni soggette a rimborso (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, OBI, ecc.);

(C) ove spettante, per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e di didattica e ricerca di cui al comma 2 dell'art. 7 del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., nonché per la distribuzione di farmaci (File F) e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza per accessi non seguiti da ricovero, l'emissione, di:

- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore assegnato per l'anno di riferimento, quale finanziamento riconosciuto alla Struttura per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere, di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D.lgs. 502/1992 e s.m.i.;
- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di una quota percentuale del valore del finanziamento per i maggiori costi sostenuti dalla Struttura per lo svolgimento delle funzioni di Didattica e di Ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7, comma 2, del D. Lgs. 517/99 e s.m.i., indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio;
- una fattura mensile (**Fattura di Acconto**) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di un quota percentuale del valore di budget assegnato per l'anno di riferimento e relativo alla distribuzione dei farmaci (File F);
- una fattura mensile (Fattura di Acconto) di importo pari a 1/12 (un dodicesimo) di un quota percentuale del valore riconosciuto alla Struttura, a titolo di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito della Rete di Emergenza e urgenza per accessi non seguiti da ricovero, indicato nell'ultimo bilancio di esercizio approvato dall'Azienda Sanitaria competente per territorio.

Le summenzionate percentuali sono definite in sede di accordo/contratto di budget.

Le suddette Fatture di Acconto potranno essere emesse dalla Struttura dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce l'acconto.

- una fattura (**Fattura di Saldo**), di importo pari al saldo, comunicato dalla Direzione Salute e Politiche Sociali, calcolato:
 - ✓ sul totale dei maggiori costi sostenuti nell'anno di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per lo stesso anno, per lo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere di cui al comma 2 dell'art. 8 *sexies* del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i, ferma restando la rendicontazione dei costi sostenuti laddove previsto dalla normativa vigente;
 - ✓ sul totale del finanziamento assegnato nell'anno di riferimento per le funzioni di didattica e ricerca di cui all'art. 7, comma 2, del D. Lgs. 517/99 e s.m.i.;
 - ✓ sul totale dell'effettivo valore riconosciuto per la distribuzione diretta dei farmaci (File F) effettuata nell'anno di riferimento;
 - ✓ sul totale degli accessi al P.S., non seguiti da ricovero, riconosciuti nell'anno di riferimento.

Gli importi di saldo sono determinati al netto dell'importo delle Fatture di Acconto emesse per l'anno di riferimento, nonché degli abbattimenti applicati in esito ai controlli automatici e/o esterni non ancora recuperati. La Fattura di Saldo dovrà essere emessa dalla Struttura entro il 30 aprile dell'anno successivo alla chiusura del bilancio di esercizio di competenza, secondo i termini e le indicazioni forniti dalla Regione.

Qualora la produzione riconoscibile per l'esercizio di competenza, entro i limiti massimi di finanziamento fissati, in relazione allo svolgimento di funzioni assistenziali-ospedaliere e di didattica e ricerca nonché alla distribuzione di farmaci (File F), risulti eccedente il totale Certificato e/o pagato con le Fatture di Acconto, l'Azienda Sanitaria dovrà recuperare gli importi non dovuti a valere sulle prime Fatture utili liquidabili emesse dalla Struttura, inerenti a qualsiasi tipologia di prestazione sanitaria, non ancora oggetto di Certificazione.

4.4 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Farmacie convenzionate devono, a pena di inammissibilità, inviare alle Aziende Sanitarie tutte le Fatture relative ai Crediti oggetto dei Contratti, come definiti nel presente regolamento, unicamente in formato elettronico, in conformità alla normativa vigente, direttamente nel Sistema di Interscambio, che provvede a sua volta a trasmettere le Fatture al Sistema Pagamenti, oppure in alternativa, attraverso il Sistema Pagamenti, che esegue per loro conto la trasmissione/ricezione nei confronti del Sistema di Interscambio. I soggetti esclusi dall'applicazione della norma sulla fatturazione elettronica, devono inviare alle Aziende Sanitarie tutte le Fatture relative ai Crediti oggetto dei Contratti, come definiti nel presente regolamento, unicamente in formato telematico mediante l'immissione nel Sistema Pagamenti. In ogni caso, il solo invio elettronico/telematico risulta sufficiente al fine degli adempimenti fiscali, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente.

La Parte privata, a decorrere dal 1° ottobre 2019, si impegna, in ottemperanza a quanto previsto all'art. 3, commi 3 e 4, del DM del 7 dicembre 2018, recante disposizioni in materia di emissione e trasmissione degli ordini elettronici da parte degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, ad indicare in ciascuna Fattura il riferimento dell'ordine d'acquisto elettronico, ovvero, in assenza di tale riferimento il codice di esclusione, così come previsto dalle regole tecniche ministeriali.

Al fine di facilitare la liquidazione e la certificazione della fattura elettronica, è necessario indicare in ogni documento, ove esistente, il numero e la data del Documento di Trasporto.

4.5 L'Azienda Sanitaria, purché siano state rispettate le condizioni previste all'articolo 3, nonché le procedure indicate nel presente regolamento, si impegna a concludere il procedimento di Liquidazione e Certificazione delle Fatture oggetto dei Contratti, **entro il termine di 30 giorni a decorrere dalla Data Consegna Fattura.**

4.6 Successivamente alla Certificazione dei Crediti da parte dell'Azienda Sanitaria, nel caso in cui:

(i) le relative Fatture, o parte di esse, siano già nello stato "in pagamento", l'Azienda Sanitaria non potrà sollevare, nei confronti della Parte privata, alcuna contestazione in relazione ai Crediti oggetto di Certificazione;

(ii) le relative Fatture risultino cedute nel rispetto di quanto previsto al successivo articolo 7, l'Azienda Sanitaria non potrà sollevare, nei confronti dei Cessionari, alcuna eccezione, ivi inclusa l'eccezione di compensazione o sospendere o rifiutare il pagamento ai sensi del presente regolamento, per ragioni connesse all'inadempimento della Parte privata alle proprie obbligazioni contributive, ovvero a quelle derivanti dal presente regolamento, nonché all'inadempimento o ad altra condotta della Parte privata, in relazione ai Crediti vantati dalla stessa nei confronti dell'Azienda Sanitaria, fermo restando quanto previsto al successivo art. 5.

Quanto sopra esposto si applica fatti salvi i casi di sequestro e impregiudicato il diritto dell'Azienda Sanitaria di non certificare i Crediti in caso di irregolarità della Fattura e/o contestazione della prestazione resa, fermo restando l'obbligo dell'Azienda Sanitaria di dare comunicazione, attraverso l'utilizzo delle apposite funzionalità presenti nei propri sistemi di gestione contabile, in merito alla motivazione della mancata certificazione della stessa entro i termini di cui al precedente punto 4.3.

4.7 L'Azienda Sanitaria, al fine di certificare il Credito, deve inoltre verificare la posizione della Parte privata, secondo quanto disposto dal D.M. 24 ottobre 2007 e dal citato art. 48-*bis* del DPR 602/73. Nel caso di Cessione del Credito, la Certificazione varrà quale accettazione della Cessione, se comunicata

secondo le modalità di cui al successivo articolo 7, e l'importo certificato dovrà intendersi, eventualmente, al netto delle somme richieste da Equitalia, ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40, ovvero al netto delle somme oggetto di pignoramento presso terzi diversi da Equitalia.

4.8 L'Azienda Sanitaria, terminata la procedura di Liquidazione, procede al pagamento dei Crediti Certificati entro la Data di Pagamento, corrispondente all'ultimo giorno del mese in cui cade il 60° giorno dalla Data Consegna Fattura.

4.9 In caso di pagamento nei termini di cui al precedente punto 4.8 non decorrono interessi, fino alla Data di Pagamento come definita ai sensi del presente regolamento. Qualora l'Azienda Sanitaria proceda al pagamento dei Crediti Certificati oltre 10 giorni dalla Data di Pagamento l'Azienda è tenuta a corrispondere alla Parte privata o all'eventuale e/o Mandatario all'incasso, che ne facciano espressa richiesta scritta, gli interessi calcolati al tasso previsto dalla normativa vigente sull'ammontare capitale dei Crediti Certificati, senza capitalizzazione, dal giorno successivo alla Data di Pagamento fino alla data di effettivo pagamento.

4.10 Resta fermo che, qualora la Parte privata risulti inadempiente alle verifiche Equitalia e/o DURC, i termini di cui ai precedenti punti 4.5 (Liquidazione e Certificazione) e 4.8 (Pagamento) devono intendersi sospesi durante il tempo previsto per l'espletamento delle procedure Equitalia e/o DURC.

4.11 Al fine di consentire alla Parte privata di regolarizzare eventuali situazioni di inadempienza risultanti dalle verifiche effettuate per l'espletamento delle suddette procedure, sarà inviata specifica comunicazione che segnala lo stato di inadempienza comunicato da Equitalia S.p.A. e/o dagli Enti previdenziali.

Art. 5 – Rettifiche, recuperi e compensazioni

5.1 Nel caso di cui al precedente articolo 4 comma 6, qualora l'Azienda Sanitaria abbia proceduto ad un'erronea Certificazione, la stessa deve procedere alla rettifica degli importi Certificati e/o pagati erroneamente, procedendo con la compensazione sulle prime Fatture utili liquidabili ma non ancora oggetto di Certificazione, dandone debita comunicazione alla Parte privata; in mancanza di Fatture utili liquidabili, l'Azienda Sanitaria deve procedere alla richiesta di restituzione delle somme erroneamente percepite dalla Parte privata.

5.2 Qualora l'Azienda Sanitaria abbia proceduto a un erroneo pagamento a favore della Parte privata e/o dell'eventuale Cessionario e/o Mandatario all'incasso, la stessa deve procedere al recupero dei relativi importi, procedendo con la compensazione sui primi pagamenti dovuti al soggetto che ha ricevuto l'erroneo pagamento, il quale riceverà debita indicazione delle fatture sulle quali è stato effettuato detto recupero, fatto salvo quanto previsto al successivo articolo 6, comma 1.

5.3 Relativamente alle Strutture, qualora a seguito della valorizzazione dei controlli automatici e/o dei controlli esterni, il totale Certificato e/o pagato per l'esercizio di competenza, risulti eccedente il totale riconosciuto per lo stesso esercizio, entro i limiti massimi di finanziamento e al netto degli abbattimenti applicati in esito ai suddetti controlli, successivamente all'effettuazione delle comunicazioni previste dalla normativa vigente, l'Azienda Sanitaria procederà a recuperare eventuali importi Certificati e/o pagati erroneamente a valere sulle prime Fatture utili liquidabili, emesse dalla Struttura, non ancora oggetto di Certificazione, fermo restando quanto previsto al successivo punto 5.4.

5.4 All'esito del procedimento di controllo sulle prestazioni erogate, qualora, effettuate le verifiche, emerga un importo da recuperare, l'Azienda Sanitaria, entro 60 giorni dalla conclusione del procedimento di controllo o, in caso di controlli effettuati dalla Regione, entro 60 giorni dalla ricezione della relativa comunicazione da parte della Regione, relativamente agli importi derivanti dai valori concordati e non concordati tra le parti, richiede alla Struttura l'emissione di una nota di credito e procede al recupero applicando la compensazione con Crediti dovuti, oggetto delle prime Fatture utili emesse dalla Struttura

non ancora in stato “Liquidata”; in attesa dell’emissione della nota di credito da parte della Struttura, l’Azienda Sanitaria provvede a sospendere, su Crediti dovuti, l’erogazione di importi pari a quelli concordati e non concordati, attraverso l’apposizione dello specifico motivo di blocco sulle prime fatture utili emesse dalla Struttura non ancora in stato “Liquidata”. L’Azienda Sanitaria, decorsi i termini per l’impugnazione della nota provvedimento conclusiva del procedimento sui controlli, qualora la Struttura non provveda ad emettere la Nota di Credito entro i termini previsti al punto 5.5, procede in ogni caso alla regolarizzazione dei Crediti riferiti a fatture poste in stato di blocco a titolo di recupero finanziario attraverso la presa d’atto della suddetta nota.

A partire dall’entrata in vigore del DCA n. 218 dell’8 giugno 2017, l’Azienda Sanitaria procede al recupero finanziario, richiedendo apposita nota di credito alla Struttura una volta ricevuta comunicazione da parte della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria della remunerazione definitiva spettante alla struttura, quale importo massimo riconoscibile tenuto conto degli importi derivanti dalla valorizzazione dei controlli su base automatica ed analitici esterni.

5.5 La Struttura, relativamente agli importi derivanti dall’esito dei controlli, a seguito della richiesta dell’Azienda Sanitaria, deve emettere ed inviare a quest’ultima la nota di credito di cui al precedente punto 5.4, entro e non oltre 60 gg. dalla ricezione della richiesta.

5.6 La liquidazione e/o l’avvenuto saldo non pregiudicano in alcun modo la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli effettuati sull’attività erogata, risultassero non dovute in tutto o in parte.

5.7 Il recupero delle somme derivante dai controlli (automatici e/o esterni) effettuati sull’attività erogata non può essere soggetto ad alcuna limitazione temporale, salvo i limiti prescrizionali di legge, trattandosi di atto dovuto derivante dall’accertato inadempimento contrattuale della Struttura alla corretta erogazione delle prestazioni sanitarie. Nel caso in cui gli importi da recuperare siano eccessivamente rilevanti e gravosi per la Struttura, l’Azienda Sanitaria potrà pattuire una dilazione, rateizzando le somme; in tal caso verranno applicati gli interessi al tasso legale di cui all’art. 1284 c.c.

5.8 Si precisa che il procedimento di controllo sulle prestazioni sanitarie è suscettibile di determinare il recupero dei relativi valori e delle conseguenti somme entro il periodo prescrizionale di legge successivo all’erogazione delle prestazioni, ferma restando, in ogni caso, la responsabilità di cui all’art. 1218 c.c. e il relativo eventuale obbligo del risarcimento del danno.

Art. 6 – Obblighi della Parte privata e/o del Cessionario e/o Mandatario all’incasso

6.1 La Parte privata e/o l’eventuale Cessionario e/o Mandatario all’incasso non potranno chiedere alle Aziende Sanitarie, sulla base di disposizioni contenute nei Contratti e/o nei contratti di cessione e/o nei mandati all’incasso, il pagamento di oneri accessori e somme ulteriori rispetto a quelle che saranno dovute ai termini e alle condizioni previste nel presente regolamento.

6.2 La Parte privata e/o l’eventuale Cessionario e/o Mandatario all’incasso si impegnano a rimborsare all’Azienda Sanitaria qualsiasi somma non dovuta, per qualsivoglia motivo, che sia stata pagata per errore. Tale rimborso dovrà avvenire sul conto corrente indicato dall’Azienda Sanitaria, entro e non oltre 15 giorni lavorativi dalla data di accredito sul conto corrente della Parte privata e/o dell’eventuale Cessionario e/o Mandatario all’incasso delle somme non dovute.

6.3 In caso di mancata restituzione nei predetti termini, l’Azienda Sanitaria avrà il diritto di compensare l’importo che deve essere restituito dalla Parte privata e/o dall’eventuale Cessionario e/o Mandatario all’incasso con i successivi pagamenti dovuti dall’Azienda Sanitaria ad uno di tali soggetti; qualora non sia possibile procedere alla compensazione, la Parte privata e/o l’eventuale Cessionario e/o Mandatario all’incasso sono tenuti a corrispondere all’Azienda Sanitaria - ogni eccezione rimossa ed in aggiunta al ristoro di ogni spesa o costo (anche legali) sostenuti e/o danno eventualmente subito dall’Azienda stessa - gli interessi sull’importo da rimborsare, calcolati al tasso legale di cui all’art. 1284 c.c., maturati a

decorrere dal 15° giorno successivo alla data di ricezione della richiesta di restituzione, inviata a mezzo posta elettronica certificata, sino alla data di effettivo soddisfo.

6.4 Le Fatture emesse dalle Strutture, relative a prestazioni oggetto di accordo/contratto di budget, dovranno essere emesse unicamente in formato elettronico mediante la compilazione delle maschere web previste dal Sistema Pagamenti per la generazione della fattura formato “fattura PA” di cui alla normativa vigente, e dovranno essere trasmesse all’Azienda Sanitaria esclusivamente attraverso il Sistema Pagamenti, che provvederà all’invio/ricezione nei confronti del Sistema di Interscambio.

6.5 Nel caso in cui la Struttura, per qualsivoglia motivo, non rispetti l’obbligo di invio delle Fatture secondo la suindicata procedura, e trasmetta, invece, direttamente attraverso il Sistema di Interscambio all’Azienda Sanitaria una o più Fatture, ad esclusione delle Fatture indicate al precedente articolo 3, comma 3, non sarà possibile procedere alla Liquidazione/Certificazione e al pagamento delle stesse. Resta inteso che, in tal caso, non saranno dovuti gli interessi di mora.

6.6 Nel caso in cui la Struttura trasmetta all’Azienda Sanitaria una o più Fatture relative ai Contratti, oltre che attraverso il Sistema Pagamenti anche direttamente attraverso il Sistema di Interscambio, sarà considerato quale documento contabile valido esclusivamente quello generato tramite il Sistema Pagamenti, non ritenendo valide le ulteriori Fatture ricevute dal Sistema di Interscambio; in tal caso è facoltà dell’Azienda Sanitaria applicare una penale pari al 5% dell’importo della stessa Fattura.

6.7 La Parte privata e/o l’eventuale Cessionario non possono cedere a terzi, in tutto o in parte, Fatture per interessi maturati e maturandi, spese o altri accessori, ivi incluse note di credito e note di debito, relative ai Crediti, separatamente dall’ammontare capitale dei predetti Crediti. In caso di violazione di tale disposizione, tali soggetti perdono il diritto alla corresponsione di tali interessi (qualora dovuti).

6.8 La Parte privata si impegna a rispettare gli obblighi previsti dall’art. 3 della Legge n. 136/2010 e s.m.i., in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, assumendo a proprio carico tutte le obbligazioni previste dal dettato normativo.

6.9 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture dichiarano nella sezione dedicata del Sistema Pagamenti, mediante sottoscrizione con firma digitale a norma Digit PA, il conto o i conti correnti bancari o postali dedicati, anche non in via esclusiva, per il pagamento dei Crediti oggetto del presente regolamento, nonché procedono ad indicare in ciascuna Fattura unicamente uno di tali conti correnti.

6.10 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture si obbligano ad indicare in ciascun documento da emettere il conto corrente bancario o postale dedicato, anche non in via esclusiva, dichiarato sul Sistema Pagamenti come espressamente previsto nel precedente punto 6.9, nonché a comunicare tramite il Sistema Pagamenti tutte le informazioni relative agli adempimenti e agli obblighi contenuti nel presente regolamento.

6.11 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture si obbligano a dare evidenza, tramite il Sistema Pagamenti, di ogni intervenuta variazione/modificazione soggettiva (a titolo esemplificativo e non esaustivo, cessioni del ramo d’azienda, fusioni, incorporazioni, ecc.), ivi comprese le ipotesi disciplinate dall’art. 116 del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.

6.12 La Parte privata è tenuta obbligatoriamente ad osservare il presente regolamento con riferimento a tutti gli accordi, contratti e negozi giuridici insorti con una o più Aziende Sanitarie, a far data dall’entrata in vigore del regolamento stesso, nonché a seguire le procedure tecniche contenute nel Manuale Utente e gli eventuali aggiornamenti dello stesso, di volta in volta pubblicati nell’Area Sanità/Crediti verso SSR/Sistema Pagamenti, raggiungibile dal sito web della Regione Lazio all’indirizzo internet <http://www.regione.lazio.it>.

6.13 I Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture devono riportare nell’area “Anagrafica e Contratti” del Sistema Pagamenti, gli stessi dati anagrafici e identificativi indicati nel Contratto, che deve aggiornare in caso di intervenute variazioni.

6.14 La Parte privata si impegna a non presentare sulla Piattaforma Elettronica per la Certificazione dei Crediti predisposta dal MEF istanza per la certificazione delle Fatture, qualora le stesse siano state già oggetto di certificazione tramite il Sistema Pagamenti.

Art. 7 – Cessione dei Crediti

7.1 La Parte privata o il Cessionario può cedere o conferire un Mandato all'incasso, agli Istituti di Credito o agli Intermediari Finanziari autorizzati, ovvero a soggetti terzi, i Crediti nella loro esclusiva e incondizionata titolarità, notificando all'Azienda Sanitaria l'atto integrale di cessione o il mandato all'incasso immettendo, nel caso di Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture, copia integrale dello stesso in formato digitale nel Sistema Pagamenti, **entro 5 giorni dalla notifica della cessione.**

7.2 Gli atti di cessione e i mandati all'incasso devono essere necessariamente predisposti nel rispetto delle forme previste dalla vigente normativa e devono essere notificati in forma integrale, ivi compreso l'elenco delle Fatture oggetto di cessione, all'Azienda Sanitaria mediante consegna, a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa, a mezzo piego raccomandato aperto.

7.3 Gli atti di cessione e i mandati all'incasso devono, altresì, essere trasmessi in formato digitale, mediante l'inserimento degli stessi, nel termine di cui al precedente punto 7.1, nel Sistema Pagamenti, collegando, nel caso di Fornitori/Prestatori di beni e servizi e/o Strutture, ciascuna Fattura al relativo atto di cessione o mandato all'incasso.

7.4 Si precisa che in caso di retrocessione o revoca del mandato è obbligo dell'ultimo Cessionario/Mandatario intervenuto liberare le Fatture precedentemente collegate alla cessione/mandato per la quale è stata notificata all'Azienda Sanitaria la retrocessione/revoca stessa, a tal fine è necessario procedere all'immissione, nel Sistema Pagamenti, della copia integrale in formato digitale della documentazione attestante la retrocessione/revoca, nonché selezionando tale documento all'atto di rimozione delle Fatture dalla precedente cessione/mandato.

7.5 Le cessioni/mandati e le retrocessioni/revocche non sono opponibili all'Azienda Sanitaria in caso di mancato collegamento, all'interno del Sistema Pagamenti, di ciascuna Fattura al relativo atto di cessione/mandato all'incasso o alla relativa retrocessione/revoca, ancorché le stesse siano state notificate all'Azienda Sanitaria in conformità alla normativa vigente.

7.6 Resta inteso che non è più possibile cedere o conferire mandato all'incasso e retrocedere o revocare il mandato all'incasso delle Fatture oggetto dei Contratti dal momento in cui risultano elencate nel "Report in Pagamento", disponibile sul Sistema Pagamenti; infatti, dal momento in cui la Fattura assume lo stato "in pagamento", non è più possibile collegarla, sul Sistema Pagamenti, alla cessione/mandato o alla retrocessione/revoca, che, pertanto, non sono opponibili all'Azienda Sanitaria relativamente a tale Fattura.

7.7 Gli atti di cessione e i mandati all'incasso, nonché gli estratti notificati ai sensi del presente articolo, per essere validi, devono contenere obbligatoriamente l'accettazione espressa da parte di ciascun Cessionario o Mandatario all'incasso di tutti i termini del presente regolamento, che devono intendersi vincolanti per lo stesso, ovvero, per ciascun ulteriore Cessionario o Mandatario intervenuto, nell'eventualità di successive cessioni dei crediti stessi a terzi.

7.8 Le cessioni e i mandati all'incasso devono avere ad oggetto l'importo capitale non disgiunto da tutti i relativi accessori di legge maturati e maturandi e qualsivoglia costo e/o onere pertinente agli stessi, ivi incluse le note di debito e le note di credito, fatto salvo quanto previsto dalla Legge n. 190/2014 in tema di scissione dei pagamenti.

7.9 Ai fini di una corretta identificazione del titolare del credito, l'Azienda Sanitaria che intenda rifiutare l'avvenuta cessione, deve comunicarlo al cedente e al Cessionario e/o Mandatario all'incasso,

anche attraverso il Sistema Pagamenti. L'Atto di Certificazione vale quale accettazione della cessione e, come indicato al precedente articolo 4 comma 7, l'importo certificato viene riconosciuto, eventualmente, al netto delle somme richieste da Equitalia S.p.A. ovvero oggetto di pignoramento presso terzi diversi da Equitalia.

7.10 Le Fatture oggetto di cessione, in assenza di pagamento, possono essere considerate insolute da parte dei Cessionari soltanto dopo che siano decorsi 180 giorni dalla data di Certificazione delle stesse.

7.11 In caso di mancato rispetto delle procedure sopra previste, sono considerati liberatori i pagamenti effettuati sulla base dei dati immessi e delle indicazioni presenti sul Sistema Pagamenti.

7.12. Per tutto quanto non disciplinato dal presente regolamento, le modalità e i termini di cessione dei Crediti sono disciplinati dalla normativa *ratione temporis* vigente.

Copia

Indicazioni operative per la trasmissione e validazione dei flussi relativi all'attività sanitaria resa dalle strutture pubbliche e private e per l'ordinazione e fatturazione dei relativi crediti.

Premessa

Si riportano di seguito le indicazioni operative in materia di trasmissione, validazione, ordinazione e fatturazione delle attività sanitarie, sia ospedaliere che territoriali, funzionali a consentire alle strutture sanitarie (pubbliche e private) e alle Aziende Sanitarie Locali il rispetto dei termini di cui alla nota prot. n. 1265602 del 7 novembre 2023. Le indicazioni che seguono sono sostitutive, per i flussi richiamati e nelle parti differenti, a quanto ad oggi in vigore.

1. Attività di ricovero per acuti e di lungodegenza medica

1.1. Trasmissione e validazione delle SDO

- 1.1.1. La trasmissione delle SDO in SIOXL da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private è continuativa. Ai fini della valorizzazione, la scadenza per l'invio delle SDO è fissata entro il 10° giorno del mese successivo a quello di dimissione. Nel caso in cui il 10° giorno del mese successivo di cui sopra cada in un giorno festivo, la scadenza viene posticipata al giorno lavorativo successivo. Non saranno valorizzate tutte le SDO inviate oltre il 10° giorno del secondo mese successivo a quello di dimissione¹.
- 1.1.2. L'eventuale correzione dei dati delle SDO già trasmesse, acquisite e validate è sempre consentita nel rispetto delle regole per la richiesta di cancellazione della validazione, come pure eventuali trasmissioni di SDO mancanti dei mesi precedenti. La scadenza per l'invio delle correzioni e/o delle SDO mancanti che verranno valorizzate nei report di produzione è fissata entro il 10° giorno del secondo mese successivo a quello di dimissione;
- 1.1.3. La SDO trasmessa oltre i termini di cui al punto 1.1.1 e 1.1.2, è classificata come "ritardo". La SDO classificata in "ritardo" è acquisita dal sistema informatico SIOXL ai fini statistici-epidemiologici e non valorizzata economicamente, ossia valorizzata con importo pari a € 0, per il riconoscimento della relativa remunerazione;
- 1.1.4. Le indicazioni fornite al punto 1.1.1 e 1.1.2, ai fini della valorizzazione della dimissione, valgono per tutte le tipologie di dimissione indicate nella SDO. Le tipologie dimissione '5' (decesso), '6' (dimissione protetta) e '8' (in attesa di completamento dell'iter diagnostico) oltre ai termini di cui al punto 1.1.1 e 1.1.2 saranno valorizzate a consuntivo, in considerazione della specificità della casistica del ricovero;
- 1.1.5. Entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello delle dimissioni è fissata la scadenza per l'invio annuale delle SDO di competenza (inclusa quella relativa al mese di dicembre), propedeutica alla chiusura dell'archivio annuale. Il termine ultimo per la validazione è fissato al 5 febbraio dell'anno successivo a quello delle dimissioni.
- 1.1.6. La validazione delle SDO è effettuata dalle Aziende Sanitarie Locali tra il 10 e il 15 del mese successivo a quello di invio. La validazione rende il dato inviato dagli erogatori definitivo. Eventuali correzioni di SDO validate possono essere effettuate entro il giorno 10 del secondo mese successivo a quello di dimissione attraverso la funzione in SIOXL "Annulla Validazione". Oltre tale termine la sostituzione di record acquisiti agli archivi regionali deve essere motivata da cause eccezionali e straordinarie e la richiesta formale deve essere inoltrata agli uffici regionali motivandola. La procedura corretta di richiesta deve indicare caratteristiche e singola casistica per cui l'Azienda Sanitaria Locale autorizza l'annullamento (numero progressivo di ricovero, mese di acquisizione definitiva agli archivi regionali, la tipologia di errore, il campo errato, il valore da sostituire, il valore

¹ A titolo di esempio, la SDO con data dimissione 5/2/XX sarà valorizzata sino alla data di invio del 10/4/XX a differenza dell'attuale regola che consente la valorizzazione per invio sino al 30/4/XX.

ricodificato, le eventuali variazioni degli importi teorici conseguenti alla variazione). L'acquisizione della correzione con risvolti nel report di produzione segue quanto già indicato al punto 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3.

- 1.1.7 Per le SDO relative a prestazioni di lungodegenza rimane confermata la rilevazione di tutti i ricoveri nella specialità codice 60 ancora in essere alla data del 31/12 di ogni anno. Nei tempi definiti al punto (1.1.1), per i ricoveri in essere, dovrà essere trasmessa una SDO con l'indicazione convenzionale del 31/12/XXXX come data dimissione e tipologia dimissione "A" (Lungodegenti presenti al 31/12). Questa SDO convenzionale non è soggetta a valorizzazione. Al momento della dimissione effettiva, nel corso dell'anno successivo, il record corrispondente dovrà essere trasmesso come sempre, con la data e la tipologia di dimissione reali e verrà valorizzato. Resta valida la regola per la quale, se al momento della trasmissione della dimissione effettiva non risulta la trasmissione al 31/12 della corrispondente SDO convenzionale, la valorizzazione del ricovero sarà zero.

1.2. Emissione dell'ordine elettronico (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

- 1.2.1. L'ordine elettronico viene emesso dall'Azienda Sanitaria Locale a partire dal 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni e non oltre il 21° giorno, solo a seguito della validazione delle attività di cui al punto 1.1.6. Nel caso in cui il 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni cada in un giorno festivo, l'emissione dell'ordine viene posticipato al primo giorno lavorativo utile. L'ordine viene emesso per ogni tipologia di prestazione (es. Ricovero per acuti, Ricovero in Lungodegenza medica) e per l'importo delle prestazioni validate sul sistema SIOXL. Il particolare, l'ordine elettronico viene emesso di tipo 220 OF (Ordine di fatturazione). Per maggiori dettagli si rimanda alle Regole Tecniche Ministeriali pubblicate sulla pagina web del sito della Ragioneria Generale dello Stato, alle "Indicazioni operative regionali" approvate con la DGR n. 1052/2020 e alle diverse circolari attuative emanate dall'Amministrazione regionale.

1.3. Emissione della fattura (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

- 1.3.1. La fattura viene emessa dalla struttura privata accreditata solo a seguito della ricezione dell'ordine elettronico di cui al punto 1.2.1. La fattura viene emessa, per ogni tipologia di prestazioni, secondo le procedure di fatturazione vigenti, riportando la tripletta dell'ordine elettronico emesso dall'Azienda Sanitaria Locale. La fattura riporta l'importo validato dall'Azienda Sanitaria Locale sul sistema SIOXL e, pertanto, ordinato dalla suddetta Azienda Sanitaria. Per maggiori dettagli si rimanda alle circolari attuative emanate dall'Amministrazione regionale in materia di fatturazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR.

2. Attività di ricovero in riabilitazione post-acuzie

2.1. Trasmissione delle SDO

- 2.1.1. I record riferiti alla sezione accettazione devono essere inseriti entro 15 giorni dalla data di ricovero. Oltre a tale termine non è possibile inserire sul sistema RAD-R i record riferiti alle suddette accettazioni. Le modifiche relative alla sezione accettazione sono consentite fino alla registrazione della sezione dimissione.
- 2.1.2. I record riferiti alla sezione dimissione devono essere inseriti entro 15 giorni dalla data di dimissione e non oltre il 15° giorno del secondo mese successivo² a quello di dimissione. In tale caso la corrispondente valorizzazione viene inserita negli importi rendicontabili relativi al mese di competenza, disponibili a partire dal 16° del mese successivo l'invio.

² A titolo di esempio, la SDO RADR con data dimissione 5/2/XX sarà valorizzata sino alla data di invio del 15/4/XX.

- 2.1.3. La registrazione delle modifiche relative a record chiusi, già inseriti ed accettati, è effettuata attraverso il flusso ad hoc modifiche; l'invio attraverso tale flusso è sempre consentito mediante l'invio di tutte le sezioni. Le modifiche che producono variazioni nella valorizzazione sono considerate ai fini dell'inserimento nel report fino al 15 del secondo mese successivo a quello della dimissione (anagrafica, accettazione, dimissione):
- a. Modifica dati anagrafici: si può trasmettere la variazione di un dato anagrafico attraverso la trasmissione di tutte e tre le sezioni della RADR, in particolare se la variazione riguarda il Codice Identificativo Assistito (fiscale) il sistema genererà un nuovo codice paziente ('CODPAZ');
 - b. Modifica dati accettazione: si può effettuare una modifica dei dati nella sezione accettazione indicando lo stesso progressivo di ricovero del record già inserito da modificare. L'eventuale variazione del codice dell'Onere della degenza in uno di quelli riservati ai cittadini esteri renderà obbligatoria la registrazione della corrispondente sezione FileC;
 - c. Modifica dei dati della dimissione: si può trasmettere una modifica relativa alla sezione dimissione indicando lo stesso progressivo di ricovero del record già inserito da modificare.
- 2.1.4. La mancata registrazione di una dimissione in tempo utile per consentire un eventuale ricovero successivo dello stesso paziente in altra struttura nei tempi definiti al punto 2.1.2., dietro richiesta in modalità tracciabile all'Help Desk del flusso RAD-R, può determinare l'inserimento, nella SDO "bloccante" della dimissione amministrativa con la registrazione della sola data di dimissione e senza assegnazione di relativa MDC e tariffa. L'inserimento della dimissione amministrativa lascia inalterato il debito informativo della prima struttura che dovrà quindi procedere alla corretta registrazione della dimissione nei tempi stabiliti al punto 2 e 3 attraverso il flusso modifiche secondo le regole qui stabilite.
- 2.1.5. I record trasmessi oltre ai termini di cui ai punti 2.1.1, 2.1.2., 2.1.3. sono classificati come "ritardo". La SDO classificata in "ritardo" è acquisita dal sistema informatico RAD-R ai fini statistici-epidemiologici e non valorizzata economicamente, ossia valorizzata con importo pari a € 0, per il riconoscimento della relativa remunerazione;
- 2.1.6. Le tempistiche definite ai punti precedenti valgono sia per il regime ordinario che per quello DH: il sistema non consente la sovrapposizione temporale di due cicli di DH nella stessa struttura o in strutture differenti.
- 2.1.7. Entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello delle dimissioni è fissata la scadenza per l'invio annuale delle SDO di competenza (inclusa quella relativa al mese di dicembre), propedeutica alla chiusura dell'archivio annuale.
- 2.1.8. A partire dalle accettazioni 2024 la trasmissione e acquisizione dei dati nel flusso RAD-R avviene esclusivamente in modalità xml. Pertanto, è abolita la modalità di invio su interfaccia web.

2.2. Emissione dell'ordine elettronico (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

- 2.2.1. L'ordine elettronico viene emesso dall'Azienda Sanitaria Locale a partire dal 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni e non oltre il 21° giorno, solo a seguito della valorizzazione della produzione "*provvisoriamente rendicontabile*" sul sistema RAD-R di cui al 2.1.2. Nel caso in cui il 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni cada in un giorno festivo, l'emissione dell'ordine viene posticipato al primo giorno lavorativo utile. L'ordine viene emesso per ogni tipologia di prestazione (es. Riabilitazione post-acuzie Cod. 56 in regime di ricovero ordinario, Riabilitazione post-acuzie Cod. 56 in regime di ricovero diurno, ecc.) e per l'importo delle prestazioni risultanti come "rendicontabili" sul sistema informatico RAD-R. Il particolare, l'ordine elettronico viene emesso di tipo 220 OF (Ordine di fatturazione). Per maggiori dettagli si rimanda alle Regole Tecniche Ministeriali pubblicate sulla pagina web del sito

della Ragioneria Generale dello Stato, alle “Indicazioni operative regionali” approvate con la DGR n. 1052/2020 e alle diverse circolari attuative emanate dall’Amministrazione regionale.

2.3. Emissione della fattura (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

- 2.3.1. La fattura viene emessa dalla struttura privata accreditata solo a seguito della ricezione dell’ordine elettronico di cui al punto 2.2.1. La fattura viene emessa, per ogni tipologia di prestazioni, secondo le procedure di fatturazione vigenti, riportando la tripletta dell’ordine elettronico emesso dall’Azienda Sanitaria Locale. La fattura riporta l’importo validato dall’Azienda Sanitaria Locale sul sistema SIOXL e, pertanto, ordinato dalla suddetta Azienda Sanitaria. Per maggiori dettagli si rimanda alle circolari attuative emanate dall’Amministrazione regionale in materia di fatturazione delle prestazioni sanitarie.

3. Prestazioni di specialistica ambulatoriale (tutti gli ambiti, comprese le prestazioni di Dialisi e Radioterapia)

3.1. Trasmissione e validazione delle ricette

- 3.1.1. L’invio delle accettazioni delle ricette sul sistema SIASXL da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private è consentito fino al 10° giorno del mese successivo al mese di competenza delle prestazioni.
- 3.1.2. La validazione delle accettazioni delle ricette inviate dalle strutture di cui al punto 3.1.1. viene effettuata dalle Aziende Sanitarie Locali entro il 15° giorno del mese successivo al mese di competenza delle prestazioni. I termini si intendono prorogati al primo giorno seguente non festivo qualora cadano di domenica o altra festività.

Nota bene: I referenti delle Aziende Sanitarie Locali possono monitorare, tramite il “Report di validazione” disponibile sul portale SIAXL, nella sezione “Analisi Dati”, le validazioni in corso.

- 3.1.3. Eventuali dati di attività non trasmessi o non resi definitivi entro le scadenze di cui al punto 3.1.1. e 3.1.2. possono essere recuperati esclusivamente con l’accettazione del mese successivo, valorizzando il campo “Posizione Contabile” a “2”.
- 3.1.4. I dati di attività non trasmessi entro i termini di cui ai punti 3.1.1., 3.1.2, 3.1.3 possono essere inviati valorizzando il campo “Posizione Contabile” a “8”. Tale attività viene acquisita nel sistema SIASXL soltanto ai fini statistici epidemiologici, non verrà valorizzata economicamente, ossia valorizzata con importo pari a € 0, ai fini della remunerazione, non generando, pertanto, la fattura sul Sistema Pagamenti.

3.2. Emissione dell’ordine elettronico (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

- 3.2.1. L’ordine elettronico viene emesso dall’Azienda Sanitaria Locale a partire dal 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni e non oltre il 21° giorno, solo a seguito della validazione della produzione sul sistema SIASXL di cui al 3.1.2. Nel caso in cui il 16° giorno del mese successivo alla competenza delle prestazioni cada in un giorno festivo, l’emissione dell’ordine viene posticipato al primo giorno lavorativo utile. L’ordine viene emesso per ogni ambito (es. Dialisi, Radioterapia, Laboratorio analisi, ecc.) e per l’importo delle prestazioni validate sul sistema SIASXL. Il particolare, l’ordine elettronico viene emesso di tipo 220 OF (Ordine di fatturazione). Per maggiori dettagli si rimanda alle Regole Tecniche Ministeriali pubblicate sulla pagina web del sito della Ragioneria Generale dello Stato, alle “Indicazioni operative regionali” approvate con la DGR n. 1052/2020 e alle diverse circolari attuative emanate dall’Amministrazione regionale.

3.3. Emissione della fattura (indicazioni operative per le strutture private accreditate)

- 3.3.1. La fattura viene emessa dalla struttura privata accreditata solo a seguito della ricezione dell'ordine elettronico di cui al punto 3.2.1. La fattura viene emessa, per ogni tipologia di prestazioni, secondo le procedure di fatturazione vigenti, riportando la tripletta dell'ordine elettronico emesso dall'Azienda Sanitaria Locale. La fattura riporta l'importo validato dall'Azienda Sanitaria Locale sul sistema SIASXL e, pertanto, ordinato dalla suddetta Azienda Sanitaria. Per maggiori dettagli si rimanda alle circolari attuative emanate dall'Amministrazione regionale in materia di fatturazione delle prestazioni sanitarie.

Decorrenza

Le indicazioni sopra riportate entreranno in vigore a partire dalle dimissioni con data 1° gennaio 2024.

Alla luce della variazione delle tempistiche sopra indicate e degli obiettivi che ci si pone, non sarà più possibile effettuare ulteriori correzioni sulla produzione al di fuori delle tempistiche surrichiamate, a meno di eventuali comprovati disservizi generati dai sistemi regionali.

Consolidamento dati

Viene effettuato il consolidamento dei dati di produzione trimestrali entro la fine del secondo mese successivo alla chiusura di ogni trimestre. Nello specifico, entro la fine dei mesi di maggio, agosto e novembre dell'anno in corso viene reso disponibile il valore della produzione consolidata dei primi tre trimestri dell'esercizio, mentre entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo viene resa disponibile la produzione annuale consolidata.

Reportistica aggiuntiva

Viene introdotto sui sistemi informatici SIOXL, RAD-R, SIASXL un report dinamico, aggiuntivo al report statico (dove sono riportati i dati validati alla chiusura del mese di competenza), in cui vengono rappresentati gli aggiornamenti sulla valorizzazione economica delle attività a seguito delle correzioni dei dati e degli invii aggiuntivi effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche e private entro i termini consentiti di cui ai precedenti paragrafi.

Modello 1**Dichiarazioni**

Le dichiarazioni che seguono devono essere rese dalla struttura complete dei dati richiesti e sottoscritte nelle forme stabilite dall'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Si rammenta che la falsa dichiarazione comporta le conseguenze, le responsabilità e le sanzioni di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

In ordine alla veridicità delle dichiarazioni, l'Amministrazione si riserva di procedere a verifiche d'ufficio, anche a campione.

Non è ammessa la sostituzione dei certificati e delle dichiarazioni con fotocopie e duplicati non autenticati nelle forme previste dagli artt.18 e 19 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, domiciliato per la carica presso la sede societaria ove appresso, nella sua qualità di _____ e legale rappresentante e/o titolare della _____, con sede in _____, Via _____, capitale sociale euro _____, _____ iscritta al Registro delle Imprese presso il Tribunale di _____ al n. _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, di seguito denominata “**struttura**”,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) che nel libro soci di questa Impresa figurano i soci sottoelencati, titolari delle azioni/quote di capitale riportate a fianco di ciascuno di essi:

_____	%
_____	%
_____	%
totale	100 %

- 2) che il titolare¹ /soci delle s.n.c. / soci accomandatari delle s.a.s. / amministratori muniti di poteri di rappresentanza, socio unico, socio² di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, delle altre società o consorzi, che ha/hanno rivestito e cessato tali cariche nell'anno antecedente alla data di sottoscrizione dell'accordo/contratto, è/sono:

Cognome	Nome	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Carica rivestita

¹ Cancellare le dizioni che non interessano. Si precisa che in caso di cessione di azienda o di ramo di azienda, di fusione o incorporazione di società, si intendono cessati dalla carica i soggetti che hanno rivestito la carica presso la società cedente, fusa o incorporata nell'anno antecedente la data di sottoscrizione dell'accordo/contratto di budget.

² Nel caso di società con due soli soci, che siano in possesso ciascuno del 50% delle quote, devono essere indicati entrambi i soci.

Copia

- 3) che il titolare³ / soci delle s.n.c. / soci accomandatari delle s.a.s. / amministratori muniti di poteri di rappresentanza, socio unico, socio⁴ di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, delle altre società o consorzi, in carica alla data di sottoscrizione dell'accordo/contratto, è/sono:

Cognome	Nome	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Carica rivestita

- 4) che a carico del sottoscritto e dei soggetti indicati ai punti precedenti non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.⁵
- 5) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- 6) che la struttura non si trova in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa⁶.
- 7) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo del codice di procedura penale, per reati gravi che incidono sulla moralità professionale, per reati nei rapporti con la pubblica amministrazione di cui al D. Lgs. n. 231/01 e s.m.i., per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio⁷;
- 8) di aver ottemperato 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 e s.m.i.;

³ Cancellare le dizioni che non interessano

⁴ Cfr. nota 2.

⁵ Per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese: - qualora i contratti non superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), la presente dichiarazione dovrà riguardare tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1) e 2); - qualora i contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e), del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli artt. 84 e 85 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.; 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 d. P.R. n. 445/2000 e s.m.i., relativa ai dati dei propri familiari conviventi.

⁶ Indicare eventualmente i provvedimenti che autorizzano il risanamento e/o la prosecuzione dell'attività d'impresa.

⁷ L'esclusione e il divieto in ogni caso non operano quando il reato è stato depenalizzato ovvero quando è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima.

Copia

- 9) di aver ottemperato al modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i., ovvero, l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. in materia di prevenzione dei reati;
- 10) che non sussistono situazioni di incompatibilità, anche, ai sensi dell'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. nonché dell'art. 4, comma 7, L. n. 412/1991 da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni;
- 11) di aver ottemperato, senza riserve, all'obbligo previsto dall'art. 9, comma 1-bis, L.R. Lazio n. 4/2003 e s.m.i. e di cui all'art. 14 del R.R. n. 20/2019, nel caso di cessione/trasferimento d'azienda o ramo d'azienda, ai fini della voltura dei titoli di autorizzazione e di accreditamento, assumendo in via diretta – mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata -, sia nei confronti dell'Azienda Sanitaria Locale che della Regione Lazio, eventuali debiti maturati dal cedente e derivanti dai controlli ai sensi dell'art. 8-octies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. o da provvedimenti di condanna per responsabilità amministrativa o contabile e correlati all'esercizio della funzione sanitaria.
- 12) di aver ottemperato alla 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 e s.m.i.
- 13) che, per quanto di propria conoscenza:
- nei confronti dei soggetti indicati ai precedenti punti
 - non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
 - non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo n. 444 del codice di procedura penale, per reati gravi che incidono sulla moralità professionale, per reati nei rapporti con la pubblica amministrazione di cui al D. Lgs. n. 231/01 e s.m.i., per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio⁸.

ovvero

- nei confronti di _____⁹
 - è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
 - stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo n. 444 del codice di procedura penale, per reati gravi che incidono sulla moralità professionale, per reati nei rapporti con la pubblica amministrazione di cui al D. Lgs. n. 231/01 e s.m.i., per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, e più precisamente:

⁸ Vedi nota 7.

⁹ Indicare nome e cognome del soggetto cessato dalla carica nell'ultimo anno.

Da parte di questa struttura vi è stata completa ed effettiva dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata, come è possibile evincere da _____;

14)) che questa struttura è iscritta dal _____ al Registro delle Imprese di _____, al numero _____, tenuto dalla C.C.I.A.A. di _____, con sede in _____ Via _____, n. _____, CAP _____, costituita con atto del _____, capitale sociale deliberato euro _____, capitale sociale sottoscritto euro _____, capitale sociale versato euro _____, termine di durata della società _____ ed ha ad oggetto sociale _____;

15) che l'amministrazione affidata a: (Amministratore Unico, o Consiglio di Amministrazione composto da n. _____ membri) _____, i cui titolari o membri sono:
 Nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, codice fiscale _____, residente in _____, carica (Amministratore Unico, Presidente del Consiglio di Amministrazione, Amministratore Delegato) _____, nominato il _____ fino al _____, con i seguenti poteri associati alla carica: _____;
 Nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, codice fiscale _____, residente in _____, carica (Presidente del Consiglio di Amministrazione, Amministratore Delegato) _____, nominato il _____

¹⁰ Vanno indicate tutte le condanne penali, ivi comprese quelle per le quali il soggetto abbia beneficiato della non menzione. Non è necessario indicare le condanne quando il reato è stato depenalizzato ovvero per le quali è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condannamedesima.

Copia

Modello 2**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE
ANTIMAFIA****(Art. 46 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)**Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.) (data di nascita)residente a _____ (_____) in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)in qualità di legale rappresentante di _____ che gestisce _____
(presidio o struttura), sito in _____ Via _____ n. _____, consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate
dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.**DICHIARA**

1. che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011 (antimafia)

N.B. Per contratti inferiori a 150.000,00 annui, la dichiarazione deve essere effettuata anche da tutti i soggetti di cui all'art. 85 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (vedi tabella sottostante);
Per contratti superiori a 150.000,00 annui, la dichiarazione deve essere accompagnata dalla dichiarazione sostitutiva, da parte dei soggetti di cui all'art. 85 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i., dei dati dei propri familiari conviventi in modo stabile maggiori di età.

2. di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 18 del D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo, data)_____
Il Dichiarante

	Art. 85 del D.Lgs. n. 159/2011
Impresa individuale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Titolare dell'impresa 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1 e 2
Associazioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Legali rappresentanti 2. Membri del collegio dei revisori dei conti o sindacale (se previsti) 3. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui al punto 1 e 2
Società di capitali o cooperative	<ol style="list-style-type: none"> 1. Legale rappresentante 2. Amministratori 3. Direttore tecnico (se previsto) 4. Membri del collegio sindacale 5. Socio di maggioranza (nelle società con un numero di soci pari o inferiore a 4)

	<p>6. Socio (in caso di società unipersonale)</p> <p>7. Membri del collegio sindacale o, nei casi contemplati dall' art. 2477 del Codice civile, al sindaco, nonché ai soggetti che svolgono i compiti di vigilanza di cui all'art. 6, comma 1, lettera b) del D.Lgs 231/2001 e s.m.i.;</p> <p>8. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1-2-3-4-5-6-7</p>
Società semplice e in nome collettivo	<p>1. Tutti i soci</p> <p>2. Direttore tecnico (se previsto)</p> <p>3. Membri del collegio sindacale (se previsti)</p> <p>4. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2 e 3</p>
Società in accomandita semplice	<p>1. Soci accomandatari</p> <p>2. Direttore tecnico (se previsto)</p> <p>3. Membri del collegio sindacale (se previsti)</p> <p>4. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2 e 3</p>
Società estere con sede secondaria in Italia	<p>1. Coloro che le rappresentano stabilmente in Italia</p> <p>2. Direttore tecnico (se previsto)</p> <p>3. Membri del collegio sindacale (se previsti)</p> <p>4. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1, 2 e 3</p>
Società estere prive di sede secondaria con rappresentanza stabile in Italia	<p>1. Coloro che esercitano poteri di amministrazione, rappresentanza o direzione dell'impresa</p> <p>2. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui al punto 1</p>
Società personali (oltre a quanto espressamente previsto per le società in nome collettivo e accomandita semplice)	<p>1. Soci persone fisiche delle società personali o di capitali che sono socie della società personale esaminata</p> <p>2. Direttore tecnico (se previsto)</p> <p>3. Membri del collegio sindacale (se previsti)</p> <p>4. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2 e 3</p>
Società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna	<p>1. Legale rappresentante</p> <p>2. Componenti organo di amministrazione</p> <p>3. Direttore tecnico (se previsto)</p> <p>4. Membri del collegio sindacale (se previsti)</p> <p>5. Ciascuno dei consorziati che nei consorzi e nelle società consortili detenga una partecipazione superiore al 10 per cento oppure detenga una partecipazione inferiore al 10 per cento e che abbia stipulato un patto parasociale riferibile a una partecipazione pari o superiore al 10 per cento, ed ai soci o</p>

	<p>consorzati per conto dei quali le società consortili o i consorzi operino in modo esclusivo nei confronti della pubblica amministrazione;</p> <p>6. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2,3,4 e 5</p>
<p>Consorzi ex art. 2602 c.c. non aventi attività esterna e per i gruppi europei di interesse economico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Legale rappresentante 2. Eventuali componenti dell'organo di amministrazione 3. Direttore tecnico (se previsto) 4. Imprenditori e società consorziate (e relativi legale rappresentante ed eventuali componenti dell'organo di amministrazione) 5. Membri del collegio sindacale (se previsti) 6. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1,2,3,4 e 5
<p>Raggruppamenti temporanei di imprese</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutte le imprese costituenti il Raggruppamento anche se aventi sede all'estero, nonché le persone fisiche presenti al loro interno, come individuate per ciascuna tipologia di imprese e società 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. Membri del collegio sindacale (se previsti) 4. Familiari conviventi in modo stabile dei soggetti di cui ai punti 1, 2 e 3
<p>Per le società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna e per le società di capitali con un numero di soci pari o inferiore a quattro (vedi lettera c del comma 2 art. 85) concessionarie nel settore dei giochi pubblici</p>	<p>Oltre ai controlli previsti per le società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna e per le società di capitali con un numero di soci pari o inferiore a quattro, la documentazione antimafia deve riferirsi anche ai soci e alle persone fisiche che detengono, anche indirettamente, una partecipazione al capitale o al patrimonio superiore al 2 per cento, nonché ai direttori generali e ai soggetti responsabili delle sedi secondarie o delle stabili organizzazioni in Italia di soggetti non residenti. Nell'ipotesi in cui i soci persone fisiche detengano la partecipazione superiore alla predetta soglia mediante altre società di capitali, la documentazione deve riferirsi anche al legale rappresentante e agli eventuali componenti dell'organo di amministrazione della società, alle persone fisiche che, direttamente o indirettamente, controllano tale società, nonché ai direttori generali e ai soggetti responsabili delle sedi secondarie o delle</p>

	<p>stabili organizzazioni in Italia di soggetti non residenti. La documentazione di cui al periodo precedente deve riferirsi anche al coniuge non separato.</p>
--	--

Copia

Modello 3

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI OBBLIGHI DI ISCRIZIONE INPS/INAIL

resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a nato/a a il/...../..... C.F.
..... residente in alla Vian.E-mail
..... Tel./Cell. nella qualità di rappresentante legale
dell'Impresa/Associazione denominata con sede in
..... Cod.Fisc./P.Iva

Tele-mail pec

con riferimento alle verifiche sulla regolarità contributiva

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi (articolo 76, DPR n. 445/2000 e s.m.i.)

- l'insussistenza in capo alla Impresa/Associazione delle condizioni per l'iscrizione all'INPS/INAIL in quanto l'attività risulta svolta¹:

- in assenza di personale dipendente;
- in assenza di collaboratori a progetto;
- in assenza di collaboratori occasionali per cui scatti l'obbligo di iscrizione all'INPS ai sensi della normativa, di volta in volta, vigente;
- in assenza di qualsiasi altra figura per cui, in base alla normativa vigente, risulta obbligatoria l'iscrizione all'INPS/INAIL;
- con soci/associati che svolgono attività in qualità di volontari, senza percepire alcun compenso, eccezion fatta per l'eventuale rimborso spese debitamente documentato;
- con professionisti (titolari di Partita Iva) che adempiono in maniera autonoma al versamento dei contributi previdenziali agli enti competenti (G.S., Casse Professionali, ecc.).

- di aver/non aver ricevuto², nell'ultimo biennio, verbali di accertamento da parte delle Autorità preposte (INPS-INAIL-ASL-DPL-GdF) e di avere/non avere in corso verifiche da parte di dette Autorità (in caso affermativo indicare l'Autorità che ha in corso l'accertamento e l'esito del procedimento). Resta inteso che in pendenza di procedimento di accertamento, in assenza di provvedimenti amministrativi e/o giudiziali, il contratto non verrà risolto e i pagamenti non verranno sospesi, fatto salvo l'intervento sostitutivo (art. 48 bis d.P.R. n.602/73 e s.m.i. ovvero Circolare INPS n. 54 del 13 aprile 2012);

- di impegnarsi a informare, senza ritardo, la ASL di eventuali sopravvenute cause che determinino l'obbligo di iscrizione della Impresa/Associazione all'INPS e/o INAIL e di ogni variazione significativa di quanto comunicato nella presente dichiarazione.

Roma,

Firma

(per esteso e leggibile)

Allegare copia di un documento di identità in corso di validità

1. Segnare le caselle interessate (ad es, con \surd oppure con X),
2. Sottolineare la parte che si intende dichiarare, nel modo seguente: di ~~avere~~/non avere oppure di avere/~~non avere~~

Copia

Il Presidente pone ai voti, a norma di legge, il suesteso schema di deliberazione che risulta approvato all'unanimità.

(O M I S S I S)

IL SEGRETARIO
(Maria Genoveffa Boccia)

IL PRESIDENTE
(Francesco Rocca)

Copia