

**ESTRATTO DAL VERBALE DELLE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE
(SEDUTA DEL 20 GIUGNO 2023)**

L'anno duemilaventitrè, il giorno di martedì venti del mese di giugno, alle ore 15.10 presso la Presidenza della Regione Lazio (Sala Giunta), in Roma - via Cristoforo Colombo n. 212, previa formale convocazione del Presidente per le ore 13.00 e successivamente posticipata alle ore 15.00 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: *la Vicepresidente e gli Assessori Baldassarre, Ciacciarelli, Regimenti e Righini.*

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

Sono assenti: *il Presidente e gli Assessori Ghera, Maselli, Palazzo e Rinaldi.*

Partecipa la sottoscritta Segretario della Giunta dottoressa Maria Genoveffa Boccia.

(O M I S S I S)

Deliberazione n. 310

OGGETTO: Modifiche ed integrazioni artt. 1, 8 e 15 dell'accordo/contratto di *budget ex art. 8 quinquies* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. 2022-2024 *ex* DGR n. 695/2022 e Corrispettivo 2023. Approvazione schema *Addendum*.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente;

VISTI

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i., avente ad oggetto "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*";
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i., recante "*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale*";
- la legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 05 maggio 2023 n. 179, con cui è stato conferito al Dott. Paolo Iannini l'incarico di Direttore ad *interim* della Direzione Regionale Salute e integrazione socio-sanitaria, 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 DGR Lazio n. 1178/2022, recante: "*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 2022*";
- la legge regionale 30 marzo 2023, n. 1, recante: "*Legge di stabilità regionale 2023*";
- la legge regionale 30 marzo 2023, n. 2, recante: "*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025*";
- la Deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2023, n. 91, concernente: "*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025. Approvazione del "Documento tecnico di*

accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macro aggregati per le spese";

- la Deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2023, n. 92, concernente: *"Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025. 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 27 aprile 2023, n 127, concernente: *"Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2023-2025 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli art. 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", e in particolare,*
 - l'art. 8-*quater*, comma 2, che prevede 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 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";*
 - 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-quinquies, comma 2-quater, il quale prevede che: “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-quinquies, comma 2-quinquies, che prevede in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater;*
 - *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 e delle modalità di erogazione dell'assistenza;*
- *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 aziende ospedaliere”;*
 - *il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15), recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali Di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;*
 - *l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti 209 CSR del 18 dicembre 2019) concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019 – 2021;*
 - *il Decreto del Commissario ad Acta n. U00018 del 20 gennaio 2020, concernente “Adozione in via definitiva del Piano rientro “piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA U00469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”;*
 - *la DGR n. 12 del 21.01.2020, avente ad oggetto: “Preso d'atto e recepimento del “Piano di rientro Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”, adottato in via definitiva con il Decreto del Commissario ad acta n. U00018 del 20.01.2020 ai fini dell'uscita dal commissariamento;*

- il DCA n. 81 del 25 giugno 2020, che ha adottato il Piano di rientro denominato “*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021*”, in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti e ha definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 26 giugno 2020 n. 406, recante “*Preso d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento;*”
- la Deliberazione della Giunta regionale del 29 settembre 2020 n. 661, avente ad oggetto “*Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno;*”

VISTI, in particolare, per quanto riguarda le disposizioni in materia di autorizzazione e di 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 sociosanitarie, di accreditamento 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. U0090/2010, recante: “*Approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie - Requisiti ulteriori per l’accreditamento*” *Sistema informativo per le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture sanitarie (SAAS) Manuale d’uso. Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell’art. 1 commi da 18 a 26 (Disposizioni per l’accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e sociosanitarie private. L.R. n. 3/2010) e s.m.i.*;
- 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. 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*”;

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

VISTI, tra l’altro, i DCA n. 231/2018 e 513/2018, che hanno previsto termini precisi per l’implementazione delle Agende Digitali e il collegamento con il ReCup, nonché il DCA n. U00152 del 30 aprile 2019, avente ad oggetto: <<*Recepimento del "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021"*>> e il DCA n. U00302 del 25 luglio 2019, avente ad oggetto: “*Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021*”;

VISTO, in particolare, 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;

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*”;

CONSIDERATO che con la DGR n. 153 del 5 maggio 2023, recante “*Attuazione “Progetto sperimentale temporaneo gestione sovraccollamento 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*”, anche in ragione dell’entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti pubblici di cui al D. Lgs. n. 36/2023, è stato aggiornato il testo della Disciplina Uniforme approvata con il suindicato DCA n. 247/2019, 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., il cui schema è stato approvato con la DGR n. 695/2022;

RITENUTO NECESSARIO ribadire, con riferimento a tutti i contratti in ambito sanitario, la modifica apportata al testo della Disciplina Uniforme di cui al DCA n. 247/2019, *sub All. A* all’accordo/contratto di budget, sostituendo il comma 12 dell’art. 7 della Disciplina Uniforme con la seguente disposizione: “*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*”, come stabilito nella suddetta DGR n. 153/2023;

VISTA la DGR 30 dicembre 2020, n. 1052, 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)";

RITENUTO NECESSARIO 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 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 l'art. 4, comma 6, del D.L. n. 198 del 29 dicembre 2022, pubblicato in G.U. n. 303 del 29 dicembre 2022, convertito con modificazioni dalla L. 24 febbraio 2023, n. 14 (c.d. milleproroghe), ove si stabilisce che: "Le modalità di utilizzo di strumenti alternativi al promemoria cartaceo della ricetta elettronica e di utilizzo presso le farmacie del promemoria della ricetta elettronica, disposte con gli articoli 2 e 3 dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 884 del 31 marzo 2022, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 83 dell'8 aprile 2022, in attuazione dell'articolo 1 del decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24, sono prorogate sino al 31 dicembre 2023";

VISTA la DGR n. 979 del 11 dicembre 2020, recante "*Modifiche ed integrazioni al DCA n. U00434/2012 relativo ai requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale. Approvazione del verbale di intesa tra la Regione Lazio e le Associazioni di categoria sul sistema di remunerazione e sulle tariffe delle prestazioni di riabilitazione intensiva, estensiva e di mantenimento rivolte a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, ex art. 11 della L. 241/1990*";

TENUTO CONTO che, la su menzionata DGR n. 979/2020 ha riorganizzato l'attività di riabilitazione territoriale e ha modificato i requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale e ha approvato il sistema di remunerazione e le relative tariffe, e ha previsto, altresì, che i requisiti organizzativi siano correlati ai volumi delle prestazioni effettivamente erogate;

VISTA la DGR n. 138 del 29 marzo 2022, che ha integrato e modificato la DGR n. 979/2020, con particolare riferimento alla disciplina dei periodi di assenza dell'utente, al numero di giorni di apertura dei centri semiresidenziali e ai requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici ed organizzativi;

VISTA la DGR n. 642 del 26 luglio 2022, avente ad oggetto "*Definizione dei livelli massimi di finanziamento e dei criteri di remunerazione per le prestazioni di assistenza sanitaria e sociosanitaria erogate da strutture private accreditate: triennio 2022 – 2024*", con la quale sono stati definiti i livelli massimi di finanziamento per il triennio 2022-2024 per le prestazioni di assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica con onere a carico del SSR, ivi compresi, tra l'altro, i finanziamenti per le funzioni assistenziali previste dall'art. 8-*sexies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e per la copertura dei maggiori costi connessi alle attività di Didattica e ricerca *ex art. 7, comma 2, D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i.*;

VISTI i provvedimenti amministrativi di assegnazione dei livelli massimi di finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera, specialistica e territoriale da privato accreditato per l'anno 2023;

RICHIAMATO 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;

VISTA la DGR n. 695 del 04 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, al quale è allegata la Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento, quale parte integrante del contratto stesso;

VISTA la DGR n. 882 del 18 ottobre 2022, con la quale, tra l'altro, è stato rettificato lo schema di accordo/contratto di budget di cui alla DGR n. 695/2022, specificando che *“per mero errore materiale, nell'art. 9, comma 1, lett. g), ultimo capoverso, dello schema di Accordo/Contratto approvato in allegato quale parte integrante e sostanziale alla sopra richiamata deliberazione, nella parte in cui è stata consentita l'osmosi del budget “tra settings assistenziali (intensivo, estensivo, mantenimento) e tra i diversi regimi assistenziali (residenziale, semiresidenziale)”*, con riferimento ai diversi regimi assistenziali sono stati erroneamente riportati tra parentesi esclusivamente i regimi assistenziali *“residenziale e semiresidenziale”* e, pertanto, l'art. 9, comma 1, lett. g), ultimo capoverso, del sopra indicato schema di Accordo/Contratto è stato rettificato eliminando il contenuto della seguente parentesi: *“(residenziale, semiresidenziale)”*, in linea, peraltro, con quanto previsto dall'allegato B, lettera “E”, alla DGR n. 979/2020;

CONSIDERATO che,

- come già previsto nel contratto di budget 2019-2021 e così come confermato nel contratto di budget 2022-2024, ai sensi dell'art. 8, comma 8, dello stesso, ciascuna struttura privata accreditata ha dichiarato *“di aver rispettato i termini e la tempistica per l'implementazione delle Agende Digitali e di essere integrata con la piattaforma tecnologica del ReCup, impegnandosi a mettere a disposizione del sistema ReCup regionale tutta l'attività erogata con onere a carico del SSR, in conformità con quanto disposto dai DCA nn. 249/2017, 231/2018, 513/2018 e 302/2019, recante il “Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021” e dalla DGR n. 157/2014 e s.m.i., in coerenza con i requisiti di accreditamento e di erogabilità fissati dalla normativa vigente regionale e*

nazionale”, impegnandosi, in particolare, “*a garantire che almeno il 70% delle prestazioni c.d. “critiche” erogate nell’anno in corso sia stato prenotato attraverso sistema ReCup regionale*”;

- all’esito della ricognizione effettuata sulle strutture che erogano “prestazioni critiche”, è emersa, tuttavia, la diffusa inadempienza alla suddetta disposizione negoziale, che, come noto, ai sensi dell’art. 15, c. 5, lett. e) del contratto di budget, determina la risoluzione di diritto, *ex art. 1456 c.c.*, dello stesso;

TENUTO CONTO che, per evitare la suddetta drastica conseguenza ma anche per garantire il rispetto degli adempimenti contrattuali a tutela della salute dei pazienti ed evitare disservizi e interruzioni del servizio pubblico, si ritiene opportuno apportare alcune modifiche alle previsioni contrattuali sopra menzionate, al fine di assicurare l’attuazione, in tempi certi, degli adempimenti già previsti contrattualmente, con l’intento di garantire a tutti gli aventi diritto la prenotazione e l’erogazione delle “prestazioni critiche” attraverso il sistema ReCup, nel rispetto degli adempimenti LEA;

VISTA, pertanto, la nota prot. n. 395676 dello 07/04/2023, con la quale la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria ha convocato le Associazioni di categoria delle strutture private accreditate, i Policlinici Universitari e la Fondazione Santa Lucia per il giorno 13 aprile c.a. al fine di dare avvio al procedimento per la modifica parziale del contratto di budget *ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. 2022-2024*, con riferimento agli adempimenti inerenti agli obblighi Agende Digitali/ReCup e agli obblighi correlati all’utilizzo della ricetta dematerializzata;

VISTA la successiva nota prot. n. 445239 del 21/04/2023, avente ad oggetto “*Adempimento obblighi Agende Digitali/ReCup ex art. 8, c. 8, Contratto di budget 2022-2024 - Adempimento obblighi ricetta dematerializzata ex art. 8, c. 13 Contratto di budget 2022-2024 - Comunicazione avvio procedimento di modifica parziale dello schema di Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i. approvato con DGR n. 695/2022 - Artt. 7 e ss. Legge n. 241/1990 e s.m.i. – rif. nota prot. n. 395676 dello 07/04/2023*”, con la quale la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria ha comunicato l’avvio del procedimento di modifica parziale dello schema di Accordo/Contratto *ex art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i.* di cui alla DGR n. 695/2022, ai sensi degli artt. 7 e ss. della Legge n. 241/1990 e s.m.i., con riferimento agli artt. 8 e 15 del contratto, in materia di Agende digitali/ReCup e di ricetta elettronica dematerializzata;

CONSIDERATO, in particolare, che con la suddetta nota è stato, tra l’altro, rappresentato che:

(i) fermo restando l’obbligo delle strutture all’implementazione delle proprie Agende Digitali e all’integrazione delle stesse con la piattaforma tecnologica del ReCup regionale, nelle nuove disposizioni, si ribadirà l’impegno a garantire che almeno il 70% delle prestazioni c.d. “critiche”, erogate nell’arco temporale di vigenza del contratto sottoscritto, sia prenotato attraverso il sistema ReCup regionale,

(ii) per le modalità di attuazione di tale adempimento e le relative tempistiche, si rinvierà ad apposito “*cronoprogramma*” (che verrà definito, con nota della Direzione Salute, per ciascuna struttura), nel quale saranno previsti successivi *step* temporali entro i quali ogni struttura sarà tenuta a mettere a disposizione tutta l’attività erogata con onere a carico del SSR, al fine di garantire quantomeno una specifica percentuale di prestazioni “critiche” prenotate attraverso

il sistema ReCup regionale, fino al raggiungimento della percentuale complessiva prevista pari ad almeno il 70%,

(iii) il mancato rispetto delle percentuali nei termini assegnati per ogni *step* del “*cronoprogramma*” non consentirà il riconoscimento e il pagamento alla struttura delle prestazioni “critiche” non prenotate tramite ReCup regionale, nei limiti della percentuale fissata nel singolo *step* (verrà pagata, cioè, esclusivamente la quota parte delle prestazioni “critiche” prenotate tramite ReCup regionale),

(iv) verrà, di conseguenza, soppresso il riferimento al comma 8 dell’art. 8, previsto alla lett. e) del comma 5 dell’art. 15, di cui al testo contrattuale vigente, non determinando l’inadempimento a tali disposizioni (come attualmente previsto) la risoluzione di diritto del contratto di budget;

CONSIDERATO che nella medesima nota è stato precisato, altresì, che:

(i) si intende apportare una modifica al comma 13 dell’art. 8 del Contratto di budget 2022-2024, specificando che, nel caso di mancato assolvimento, da parte della struttura, agli obblighi della normativa sulla ricetta dematerializzata, le relative prestazioni non saranno remunerate.

(ii) anche in tal caso, non si procederà alla risoluzione automatica del contratto, prevista dal combinato disposto di cui all’art. 8, comma 13 e all’art. 15, comma 5, lett. g) del testo contrattuale vigente (precisando che l’art. 15, comma 5, lett. g) per mero refuso richiama il comma 12 dell’art. 8, facendo tuttavia chiaro riferimento alla “prescrizione dematerializzata”) e, quindi, la relativa disposizione sarà eliminata;

TENUTO CONTO delle osservazioni pervenute da parte delle Associazioni di categoria e delle strutture, acquisite al protocollo regionale con i seguenti protocolli:

- Policlinico Universitario Campus Bio Medico, nota prot. 462828 del 28/04/2023;
- Unindustria, nota prot. 467525 del 02/05/2023;
- Anisap, nota prot. 467622 del 02/05/2023;
- Fondazione Policlinico Gemelli, nota prot. 470785 del 02/05/2023;
- Aiop - Aris - Unindustria - Acop, nota prot. 474571 del 03/05/2023;
- Confapi, nota prot. 486553 dello 05/05/2023;
- Ospedale Policlinico Casilino, nota prot. 493473 dello 08/05/2023;

CONSIDERATO che, anche in accoglimento delle suddette osservazioni, nonché di quanto condiviso con le Associazioni di categoria, i Policlinici Universitari e la Fondazione Santa Lucia nella successiva riunione del 14 giugno 2023;

con riferimento all’art. 8, comma 8, del contratto di budget, è stato ritenuto di modificare solo parzialmente la disposizione, secondo le seguenti indicazioni:

- rimodulare (attraverso il “*cronoprogramma*”), per ogni singola struttura, gli adempimenti inerenti alle Agende digitali e al ReCup, stabilendo il termine finale **del 31/12/2023**, quale data ultima entro la quale le strutture (i) dovranno avere effettuato l’integrazione al sistema regionale (piattaforma

Recup), oppure, **(ii)** dovranno utilizzare definitivamente la Piattaforma ReCup, prevedendo la risoluzione del contratto soltanto nel caso di mancato rispetto di tale termine;

- disporre che, per l'anno 2023, nelle more dell'integrazione definitiva alla piattaforma regionale, all'esito delle verifiche disposte in sede di riconoscimento finale delle prestazioni erogate nel medesimo anno, qualora non siano rispettate le percentuali di "prestazioni critiche" prenotate attraverso il sistema integrato/ReCup, così come stabilite negli *step* del cronoprogramma, si procederà al riconoscimento e al pagamento, esclusivamente, della quota parte delle "prestazioni critiche" prenotate tramite il suddetto sistema regionale, nei limiti della percentuale fissata nel singolo *step*;

- stabilire l'impegno a garantire che, quantomeno dal 2024,

(i) il 70% delle "prestazioni critiche" erogate dagli ambulatori interni alle strutture dell'ospitalità privata accreditata, con posti letto in regime di ricovero ordinario/DH, sia prenotato attraverso il sistema integrato regionale oppure attraverso la Piattaforma ReCup; il restante 30% delle "prestazioni critiche" dovrà essere finalizzato a preservare la possibilità per i pazienti già presi in carico dalla struttura di accedere direttamente alle cure previste dal percorso di *follow up*;

(ii) il 100% delle "prestazioni critiche" prodotte dalle strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, senza posti letto in regime di ricovero/DH, sia prenotato attraverso il sistema integrato regionale oppure attraverso la Piattaforma ReCup;

- prevedere che, anche nel 2024 e negli anni successivi, in fase di riconoscimento finale delle prestazioni erogate, siano effettuate le verifiche sul rispetto della quota delle "prestazioni critiche" stabilita nel *cronoprogramma* e che, qualora tale quota non sia stata raggiunta, sarà riconosciuta e pagata solo la quota parte prenotata tramite il sistema integrato regionale oppure attraverso la Piattaforma ReCup;

- ribadire, altresì, che le strutture sono tenute a organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente attraverso la prescrizione, a cura dei medici specialisti della struttura stessa, delle prestazioni relative ai *follow-up*, identificate dalla classe di priorità "A", come già previsto nel Piano nazionale di governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e nel Piano regionale di governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui, rispettivamente, ai DCA n. 152/2019 e n. 302/2019;

- prevedere, ai fini della verifica degli adempimenti di cui al cronoprogramma e del rispetto delle classi di priorità, un monitoraggio mensile, confrontando i dati delle "prestazioni critiche" effettivamente erogate con quelli delle prenotazioni effettuate tramite sistema integrato o Piattaforma ReCup, consultabile anche dall'Erogatore per la verifica del rispetto delle percentuali fissate negli *step* del cronoprogramma;

con riferimento all'art. 8, comma 13, del contratto di budget, è stato ritenuto di modificare parzialmente la disposizione, secondo le seguenti indicazioni:

- specificare che, nel caso di mancata presa in carico della ricetta entro 5 giorni dalla data di prenotazione e conseguente annullamento/blocco della stessa tramite il portale web ERODE o il Sistema Accoglienza Regionale (SAR), da parte della struttura, all'esito delle verifiche mensili sui

flussi informativi su tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate a far data dal 1° gennaio 2024, tali prestazioni saranno scartate e, quindi, non saranno riconosciute nè pagate;

- precisare che, in sede di prenotazione, la struttura dovrà inviare al ReCup le “note di preparazione” per ogni tipologia di prestazione, correttamente compilate;

CONSIDERATO che le problematiche connesse alla mancata presentazione del paziente prenotato saranno risolte allorquando la struttura sarà integrata con il sistema regionale, ovvero, quando utilizzerà la Piattaforma ReCup, in quanto il sistema potrà attivare anche per il privato gli strumenti e i servizi di *Recall* e, pertanto, in fase transitoria, si potrà prevedere il potenziamento degli strumenti di monitoraggio, fermo restando che sarà possibile prevedere il pagamento di una sanzione a carico del cittadino che non si presenti o non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata, ai sensi dell'art. 3, comma 15, del D. Lgs. n. 124/1998;

CONSIDERATO che non si ravvisano criticità con riferimento ai budget assegnati, vista la possibilità di osmosi tra il budget “dedicato” alle “prestazioni critiche” e il budget “indistinto”;

CONSIDERATO che non appare possibile suddividere le prenotazioni sulla base della competenza territoriale in 6 zone, in quanto tale ipotesi non tiene conto del fattore “tempo di risposta”, che allo stato attuale rappresenta l'elemento di maggiore criticità rispetto al piano delle liste di attesa, oltre a comprimere, senza una ragione oggettiva, la libertà di scelta del cittadino, incidendo sulla preferenza della struttura o dello specialista;

RAVVISATA, dunque, la necessità di modificare parzialmente ed integrare la disciplina giuridica dell'accordo/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, con riferimento agli artt. 1, 8 e 15, fermo restando il contenuto di tutte le disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto;

RITENUTO, pertanto, di apportare alla disciplina giuridica dell'accordo/contratto di budget *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. avente efficacia per il triennio 2022-2024, le seguenti modificazioni e integrazioni, fermo restando il contenuto di tutte le altre disposizioni del contratto già sottoscritto:

- all'art. 1 – *Premesse, allegati e definizioni* – , al comma 2, sono aggiunte le seguenti lettere:

“n) per “integrazione al sistema regionale” si intende l'integrazione tra il sistema della struttura privata accreditata e la piattaforma ReCup, secondo le nuove specifiche richieste dall'Amministrazione con nota prot. 446566 del 24/04/2023;

o) per “utilizzo della Piattaforma ReCup” si intende l'utilizzo della Piattaforma tecnologica ReCUP per la gestione di tutta l'offerta della specialistica ambulatoriale erogata dalla struttura privata accreditata;”

- all'art. 8 - *Distribuzione dell'attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico*, sono apportate le seguenti modifiche:

- il comma 8 è sostituito dal seguente:

“8. La struttura dichiara di impegnarsi a rispettare i termini e la tempistica per l'implementazione delle Agende Digitali e ad effettuare l'integrazione al sistema regionale o ad utilizzare la Piattaforma ReCup, mettendo a disposizione tutta l'attività erogata con onere a carico del SSR, in conformità con quanto disposto dai DCA nn. 249/2017, 231/2018, 513/2018

e 302/2019, recante il “Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021”, dalla DGR n. 157/2014 e s.m.i. nonché dalla DGR n. _____ del _____, in coerenza con i requisiti di accreditamento e di erogabilità fissati dalla normativa vigente regionale e nazionale. Le modalità di attuazione di tale adempimento e le relative tempistiche sono definite da apposito “cronoprogramma”, che forma parte integrante del presente contratto. In particolare, nelle more dell’integrazione definitiva al sistema regionale:

nell’anno 2023, la struttura è tenuta a rispettare le indicazioni e gli step temporali riportati nel “cronoprogramma”, al fine di garantire la prenotazione attraverso il sistema integrato/ReCup della specifica percentuale di prestazioni “critiche” indicata in ogni step; all’esito delle verifiche disposte in sede di riconoscimento finale delle prestazioni erogate nel medesimo anno, qualora non siano rispettate le percentuali di “prestazioni critiche” prenotate attraverso il sistema integrato/ReCup, così come stabilite negli step del cronoprogramma, si procederà al riconoscimento e al pagamento, esclusivamente, della quota parte delle “prestazioni critiche” prenotate tramite il suddetto sistema regionale, nei limiti della percentuale fissata nel singolo step;

dall’anno 2024: **(i)** il 70% delle “prestazioni critiche” erogate dagli ambulatori interni alle strutture dell’ospedalità privata accreditata, con posti letto in regime di ricovero ordinario/DH, deve essere prenotato attraverso il sistema integrato regionale oppure attraverso la Piattaforma ReCup; il restante 30% delle “prestazioni critiche” deve essere finalizzato a preservare la possibilità per i pazienti già presi in carico dalla struttura di accedere direttamente alle cure previste dal percorso di follow up; **(ii)** il 100% delle “prestazioni critiche” prodotte dalle strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, senza posti letto in regime di ricovero/DH, deve essere prenotato attraverso il sistema integrato regionale oppure attraverso la Piattaforma ReCup;

- dopo il comma 8, sono aggiunti i seguenti commi:

“8 bis. E’ stabilito il termine finale del **31/12/2023** quale data ultima entro la quale la struttura (i) dovrà avere effettuato l’integrazione al sistema regionale, oppure, (ii) dovrà utilizzare definitivamente la Piattaforma ReCup. In caso di mancato rispetto di tale termine, il contratto verrà risolto ai sensi del successivo art. 15.

8 ter. Resta inteso che la struttura è tenuta a organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell’utente attraverso la prescrizione, da parte dei medici specialisti della struttura stessa, delle prestazioni relative ai follow-up, identificate dalla classe di priorità “A”, come già previsto nel Piano nazionale di governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e nel Piano regionale di governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui, rispettivamente, ai DCA n. 152/2019 e n. 302/2019.

8 quater. Ai fini della verifica degli adempimenti di cui al cronogramma e del rispetto delle classi di priorità, è previsto un monitoraggio mensile (attraverso il sistema SIASXL), confrontando i dati delle “prestazioni critiche” effettivamente erogate dalla struttura con quelli delle prenotazioni effettuate presso la medesima tramite sistema integrato o Piattaforma ReCup, consultabile anche dall’Erogatore per la verifica del rispetto delle percentuali fissate negli step

del cronoprogramma. Saranno effettuate verifiche a campione per l'accertamento del rispetto degli adempimenti previsti e della congruità dei dati;

8. quinquies. *Resta inteso che anche nel 2024 e negli anni successivi, in fase di riconoscimento finale delle prestazioni erogate, saranno effettuate le verifiche sul rispetto della quota delle “prestazioni critiche” stabilita nel cronoprogramma e, qualora tale quota non sia stata raggiunta, sarà riconosciuta e pagata solo la quota parte prenotata tramite il sistema integrato regionale oppure attraverso la Piattaforma ReCup.”;*

- il comma 10 dell'art. 8 è sostituito dal seguente:

“10. *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 per assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica ambulatoriale, 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. Le prestazioni di assistenza territoriale, laddove non vi siano gli appositi flussi informativi, dovranno essere comunicate secondo i Format e le Linee guida predisposti dall'ASL di competenza”;*

- il comma 13 dell'art. 8 è sostituito dal seguente:

“13. *Le strutture abilitate provvedono alla prescrizione medica (specialistica e farmaceutica) esclusivamente in modalità dematerializzata su ricettario SSN, ad eccezione dei PAC e degli accorpamenti di prestazioni che non possono essere inviati con tale modalità, che continueranno a essere prescritti in cartaceo fino a nuova disposizione regionale. Le strutture provvedono, altresì, a prendere in carico la ricetta dematerializzata e alla successiva comunicazione dell'avvenuta esecuzione della prestazione attraverso i sistemi informativi regionali e/o aziendali. Nel caso di mancato assolvimento, da parte della struttura, agli obblighi della normativa sulla ricetta dematerializzata e, in particolare, nel caso di mancata presa in carico della ricetta entro 5 giorni dalla data di prenotazione e conseguente annullamento/blocco della stessa tramite il portale web ERODE o il Sistema Accoglienza Regionale (SAR), da parte della struttura, all'esito delle verifiche mensili sui flussi informativi delle prestazioni erogate a far data dal 1° gennaio 2024, tali prestazioni saranno scartate e, quindi, non saranno riconosciute né pagate. Resta inteso che in sede di prenotazione, la struttura dovrà inviare al ReCup le “note di preparazione” per ogni tipologia di prestazione, correttamente compilate.”;*

- all'art. 8, i commi erroneamente indicati con i numeri 16 e 17 sono sostituiti con la corretta numerazione “15” e “16”.

- all'art. 15 – *Risoluzione dell'accordo/contratto e recesso* –, al comma 5, sono apportate le seguenti modifiche:

la lettera e) è sostituita dalla seguente:

“e) violazione dell’articolo 8, comma 8 bis, in materia di Agende digitali/ReCup;”

- la lettera f) è sostituita dalla seguente:

“f) violazione dell’articolo 8, commi 9 e 10, in materia di Fascicolo sanitario elettronico e di trasmissione e gestione dei dati sanitari e dei flussi informativi;”

- la lettera g) è soppressa;

VISTA la Determinazione della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G00577 del 19 gennaio 2023 con la quale è stato approvato lo schema di *Addendum* all’Accordo/Contratto *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. 2022-2024, di cui alla DGR n. 695/2022, da utilizzare per le annualità 2023 e 2024 relativamente alla regolamentazione del corrispettivo contrattuale per tali anni;

VISTO lo schema di *Addendum* all’accordo/ contratto di budget *ex art. 8 quinquies* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., **Allegato 1** al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, completo del testo 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 (sub Allegato A, quale parte integrante e sostanziale dell’Addendum)*, aggiornato a seguito della modifica apportata dalla DGR n. 153/2023;

RITENUTO di approvare lo schema di *Addendum* all’accordo/contratto di budget *ex art. 8 quinquies* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., che sostituisce integralmente lo schema di *Addendum* approvato con la suddetta Determinazione n. G00577 del 19/01/2023;

RITENUTO di inserire nello schema di *Addendum* summenzionato il testo aggiornato della *Disciplina Uniforme (sub All. A, quale parte integrante e sostanziale dello stesso)*, così come già modificato dalla DGR n. 153/2023;

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 di ribadire che l’*Addendum* venga sottoscritto mediante firma digitale a norma DigitPa attraverso le apposite funzionalità messe a disposizione delle ASL, della Regione e delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni sociosanitarie nella sezione dedicata all’interno del Sistema Informatico Pagamenti della Regione Lazio, includendo la *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* (nel testo aggiornato), quale parte integrante dell’accordo/contratto, come previsto dalla DGR n. 695/2022;

RITENUTO di disporre che le Aziende Sanitarie competenti per territorio sottoscrivano con le strutture interessate l’*Addendum* al contratto di budget *ex art. 8 quinquies* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., , secondo la procedura di cui alla DGR n. 695/2022;

RITENUTO di disporre che la sottoscrizione dell’*Addendum* con i Policlinici Universitari non statali sia effettuata dalla Regione, fermo restando che la gestione del contratto, così come pure la

contestazione di eventuali inadempimenti nonché l'eventuale risoluzione dello stesso, rimane di competenza delle ASL;

PRECISATO che dal presente atto non derivano ulteriori 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 le motivazioni, le finalità e secondo i principi espressi in narrativa, che si intendono integralmente riportati e che, unitamente agli allegati, formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di ribadire, con riferimento a tutti i contratti in ambito sanitario, la modifica apportata al testo della Disciplina Uniforme di cui al DCA n. 247/2019, *sub All. A* all'accordo/contratto di budget, sostituendo il comma 12 dell'art. 7 della Disciplina Uniforme con la seguente disposizione: “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*”, come stabilito nella suddetta DGR n. 153/2023;

- di modificare parzialmente e integrare la disciplina giuridica dell'Accordo/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, con riferimento agli artt. 1, 8 e 15, fermo restando il contenuto di tutte le disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, come di seguito riportato:

- all'art. 1 – *Premesse, allegati e definizioni* – , al comma 2, sono aggiunte le seguenti lettere:

*“n) per “**integrazione al sistema regionale**” si intende l'integrazione tra il sistema della struttura privata accreditata e la piattaforma ReCup, secondo le nuove specifiche richieste dall'Amministrazione con nota prot. 446566 del 24/04/2023;*

*o) per “**utilizzo della Piattaforma ReCup**” si intende l'utilizzo della Piattaforma tecnologica ReCUP per la gestione di tutta l'offerta della specialistica ambulatoriale erogata dalla struttura privata accreditata;”*

- all'art. 8 - *Distribuzione dell'attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico*, sono apportate le seguenti modifiche:

- il comma 8 è sostituito dal seguente:

“8. La struttura dichiara di impegnarsi a rispettare i termini e la tempistica per l'implementazione delle Agende Digitali e ad effettuare l'integrazione al sistema regionale o ad utilizzare la Piattaforma ReCup, mettendo a disposizione tutta l'attività erogata con onere a carico del SSR, in conformità con quanto disposto dai DCA nn. 249/2017, 231/2018, 513/2018 e 302/2019, recante il “Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021”, dalla DGR n. 157/2014 e s.m.i. nonché dalla DGR n. _____ del _____, in coerenza con i requisiti di accreditamento e di erogabilità fissati dalla normativa vigente regionale e nazionale. Le modalità di attuazione di tale adempimento e le relative tempistiche sono definite da apposito

“cronoprogramma”, che forma parte integrante del presente contratto. In particolare, nelle more dell’integrazione definitiva al sistema regionale:

nell’anno 2023, la struttura è tenuta a rispettare le indicazioni e gli step temporali riportati nel “cronoprogramma”, al fine di garantire la prenotazione attraverso il sistema integrato/ReCup della specifica percentuale di prestazioni “critiche” indicata in ogni step; all’esito delle verifiche disposte in sede di riconoscimento finale delle prestazioni erogate nel medesimo anno, qualora non siano rispettate le percentuali di “prestazioni critiche” prenotate attraverso il sistema integrato/ReCup, così come stabilite negli step del cronoprogramma, si procederà al riconoscimento e al pagamento, esclusivamente, della quota parte delle “prestazioni critiche” prenotate tramite il suddetto sistema regionale, nei limiti della percentuale fissata nel singolo step;

dall’anno 2024: (i) il 70% delle “prestazioni critiche” erogate dagli ambulatori interni alle strutture dell’ospedalità privata accreditata, con posti letto in regime di ricovero ordinario/DH, deve essere prenotato attraverso il sistema integrato regionale oppure attraverso la Piattaforma ReCup; il restante 30% delle “prestazioni critiche” deve essere finalizzato a preservare la possibilità per i pazienti già presi in carico dalla struttura di accedere direttamente alle cure previste dal percorso di follow up; (ii) il 100% delle “prestazioni critiche” prodotte dalle strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, senza posti letto in regime di ricovero/DH, deve essere prenotato attraverso il sistema integrato regionale oppure attraverso la Piattaforma ReCup;

- dopo il comma 8, sono aggiunti i seguenti commi:

“8 bis. E’ stabilito il termine finale del 31/12/2023 quale data ultima entro la quale la struttura (i) dovrà avere effettuato l’integrazione al sistema regionale, oppure, (ii) dovrà utilizzare definitivamente la Piattaforma ReCup. In caso di mancato rispetto di tale termine, il contratto verrà risolto ai sensi del successivo art. 15.

8 ter. Resta inteso che la struttura è tenuta a organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell’utente attraverso la prescrizione, da parte dei medici specialisti della struttura stessa, delle prestazioni relative ai follow-up, identificate dalla classe di priorità “A”, come già previsto nel Piano nazionale di governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e nel Piano regionale di governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui, rispettivamente, ai DCA n. 152/2019 e n. 302/2019.

8 quater. Ai fini della verifica degli adempimenti di cui al cronoprogramma e del rispetto delle classi di priorità, è previsto un monitoraggio mensile (attraverso il sistema SIASXL), confrontando i dati delle “prestazioni critiche” effettivamente erogate dalla struttura con quelli delle prenotazioni effettuate presso la medesima tramite sistema integrato o Piattaforma ReCup, consultabile anche dall’Erogatore per la verifica del rispetto delle percentuali fissate negli step del cronoprogramma. Saranno effettuate verifiche a campione per l’accertamento del rispetto degli adempimenti previsti e della congruità dei dati;

8. quinquies. Resta inteso che anche nel 2024 e negli anni successivi, in fase di riconoscimento finale delle prestazioni erogate, saranno effettuate le verifiche sul rispetto della quota delle “prestazioni critiche” stabilita nel cronoprogramma e, qualora tale quota non sia stata

raggiunta, sarà riconosciuta e pagata solo la quota parte prenotata tramite il sistema integrato regionale oppure attraverso la Piattaforma ReCup.”;

- il comma 10 dell’art. 8 è sostituito dal seguente:

“10. 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 per assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica ambulatoriale, 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. Le prestazioni di assistenza territoriale, laddove non vi siano gli appositi flussi informativi, dovranno essere comunicate secondo i Format e le Linee guida predisposti dall’ASL di competenza”;

- il comma 13 dell’art. 8 è sostituito dal seguente:

“13. Le strutture abilitate provvedono alla prescrizione medica (specialistica e farmaceutica) esclusivamente in modalità dematerializzata su ricettario SSN, ad eccezione dei PAC e degli accorpamenti di prestazioni che non possono essere inviati con tale modalità, che continueranno a essere prescritti in cartaceo fino a nuova disposizione regionale. Le strutture provvedono, altresì, a prendere in carico la ricetta dematerializzata e alla successiva comunicazione dell’avvenuta esecuzione della prestazione attraverso i sistemi informativi regionali e/o aziendali. Nel caso di mancato assolvimento, da parte della struttura, agli obblighi della normativa sulla ricetta dematerializzata e, in particolare, nel caso di mancata presa in carico della ricetta entro 5 giorni dalla data di prenotazione e conseguente annullamento/blocco della stessa tramite il portale web ERODE o il Sistema Accoglienza Regionale (SAR), da parte della struttura, all’esito delle verifiche mensili sui flussi informativi delle prestazioni erogate a far data dal 1° gennaio 2024, tali prestazioni saranno scartate e, quindi, non saranno riconosciute né pagate. Resta inteso che in sede di prenotazione, la struttura dovrà inviare al ReCup le “note di preparazione” per ogni tipologia di prestazione, correttamente compilate.”;

- all’art. 8, i commi erroneamente indicati con i numeri 16 e 17 sono sostituiti con la corretta numerazione “15” e “16”.

- all’art. 15 – *Risoluzione dell’accordo/contratto e recesso* –, al comma 5, sono apportate le seguenti modifiche:

la lettera e) è sostituita dalla seguente:

“e) violazione dell’articolo 8, comma 8 bis, in materia di Agende digitali/ReCup;”

- la lettera f) è sostituita dalla seguente:

“f) violazione dell’articolo 8, commi 9 e 10, in materia di Fascicolo sanitario elettronico e di trasmissione e gestione dei dati sanitari e dei flussi informativi;”

- la lettera g) è soppressa;
- di approvare lo schema di *Addendum* al contratto di budget *ex art. 8 quinquies* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., **Allegato 1** al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso, completo del testo 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 (sub Allegato A, quale parte integrante e sostanziale dell’Addendum)*, aggiornato a seguito della modifica apportata dalla DGR n. 153/2023;
- di ribadire che l’*Addendum* all’accordo/contratto di budget *ex art. 8 quinquies* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., sarà sottoscritto mediante firma digitale a norma DigitPa attraverso le apposite funzionalità messe a disposizione delle ASL, della Regione e delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni sociosanitarie nella sezione dedicata all’interno del Sistema Informatico Pagamenti della Regione Lazio, includendo la *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* (nel testo aggiornato) quale parte integrante dell’accordo/contratto, come previsto dalla DGR n. 695/2022;
- che le Aziende Sanitarie competenti per territorio sottoscriveranno con le strutture interessate l’*Addendum* approvato con il presente provvedimento, secondo la procedura di cui alla DGR n. 695/2022;
- che la sottoscrizione dell’*Addendum* con i Policlinici Universitari non statali sarà effettuata dalla Regione, fermo restando che la gestione del contratto, così come pure la contestazione di eventuali inadempimenti nonché l’eventuale risoluzione dello stesso, rimane di competenza delle ASL.

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

La presente Deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

ADDENDUM

all'Accordo/Contratto *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. 2022-2024

Modifiche artt. 1, 8 e 15 Disciplina giuridica schema contrattuale *ex* DGR n. 695/2022

- Corrispettivo 2023 -

Addendum all'accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

tra

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

e

Società/Ente morale _____ (denominazione e ragione
sociale), C.F. _____, P.I. _____ con sede in _____
Via/P.zza _____, in persona del suo legale rappresentante *p.t.*, oppure di un suo
incaricato (come da relativo atto di attribuzione dei poteri trasmesso alla 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")

PREMESSO che

- con DGR Lazio n. 695 dello 04/08/2022, 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*", è stato approvato lo schema di accordo/contratto avente efficacia per il triennio 2022-2024, al quale è allegata la Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento, quale parte integrante del contratto stesso;

- con DGR Lazio n. 882 del 18/10/2022 è stato, tra l'altro, rettificato lo schema di accordo/contratto di budget di cui alla DGR n. 695/2022, specificando che "*per mero errore materiale, nell'art. 9, comma 1, lett. g), ultimo capoverso, dello schema di Accordo/Contratto approvato in allegato quale parte integrante e sostanziale alla sopra richiamata deliberazione, nella parte in cui è stata consentita l'osmosi del budget "tra settings assistenziali (intensivo,*

estensivo, mantenimento) e tra i diversi regimi assistenziali (residenziale, semiresidenziale)”, con riferimento ai diversi regimi assistenziali sono stati erroneamente riportati tra parentesi esclusivamente i regimi assistenziali “residenziale e semiresidenziale” e, pertanto, l’art. 9, comma 1, lett. g), ultimo capoverso, del sopra indicato schema di Accordo/Contratto è stato rettificato eliminando il contenuto della seguente parentesi: “(residenziale, semiresidenziale)”, in linea, peraltro, con quanto previsto dall’allegato B, lettera “E”, alla DGR n. 979/2020;

- con Determinazione della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G00577 del 19 gennaio 2023 è stato approvato lo schema di *Addendum* all'Accordo/Contratto *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. 2022-2024, di cui alla DGR n. 695/2022, da utilizzare per le annualità 2023 e 2024 relativamente al corrispettivo contrattuale per tali anni;

- con nota prot. 445239 del 21 aprile 2023, la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitari ha comunicato l’avvio del procedimento di modifica parziale dello schema di Accordo/Contratto *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. 502/92 e s.m.i. approvato con DGR n. 695/2022, ai sensi degli artt. 7 e ss. della Legge n. 241/1990 e s.m.i., con riferimento agli artt. 8 e 15 del contratto, in materia di Agende digitali/ReCup e di ricetta elettronica dematerializzata, al fine di assicurare l’attuazione, in tempi certi, degli adempimenti già previsti contrattualmente, con l’intento di garantire l’erogazione delle “prestazioni critiche” attraverso la prenotazione sul ReCup a tutti gli aventi diritto, nel rispetto degli obiettivi LEA;

- con i DCA n. 231/2018 e 513/2018, nonché con il DCA n. U00152 del 30 aprile 2019, avente ad oggetto: <<*Recepimento del "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021"*>> e con il DCA n. U00302 del 25 luglio 2019, avente ad oggetto: “*Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021*”, sono stati previsti, tra l’altro, termini precisi per l’implementazione delle Agende Digitali e per il collegamento con il ReCup;

- con 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*”, è stato aggiornato il regolamento regionale sulle modalità di fatturazione e pagamento in ambito sanitario;

- con la DGR n. 153 del 5 maggio 2023, anche in ragione dell’entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti pubblici di cui al D. Lgs. n. 36/2023, il testo della Disciplina Uniforme approvato con il

suindicato DCA n. 247/2019 è stato ulteriormente aggiornato, 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., il cui schema è stato approvato con la DGR n. 695/2022;

- con DGR n. _____ del _____, all'esito del procedimento partecipativo avviato, è stato approvato lo schema del presente *Addendum*, che 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 695/2022, con riferimento agli artt. 1, 8 e 15, e integra il medesimo contratto con riferimento alla regolamentazione del corrispettivo contrattuale per l'anno 2023;

- con la suddetta medesima DGR è stato, altresì, confermato, con riferimento a tutti i contratti in ambito sanitario, l'aggiornamento del testo della Disciplina Uniforme di cui al DCA n. 247/2019, allegata al presente *Addendum sub All. A*, quale parte integrante e sostanziale dello stesso, così come modificato dalla sopracitata DGR n. 153/2023;

- con DGR Lazio n. 642 del 26/07/2022, avente ad oggetto: “*Definizione dei livelli massimi di finanziamento e dei criteri di remunerazione per le prestazioni di assistenza sanitaria e sociosanitaria erogate da strutture private accreditate: triennio 2022 – 2024*”, sono stati definiti i livelli massimi di finanziamento per il triennio 2022-2024 per le prestazioni di assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica con onere a carico del SSR, ivi compresi, tra l'altro, i finanziamenti per le funzioni assistenziali previste dall'art. 8 *sexies* del D. Lgs. n.502/1992 e s.m.i. e per la copertura dei maggiori costi connessi alle attività di Didattica e ricerca *ex art. 7*, comma 2, D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i.;

- con specifici provvedimenti amministrativi sono stati assegnati i livelli massimi di finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera, specialistica e territoriale da privato accreditato per l'anno 2023;

- il presente *Addendum* integra il contratto di budget *ex art. 8 quinquies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. avente efficacia per il triennio 2022-2024 sottoscritto in data _____ (“contratto 2022-2024”), in relazione alla regolamentazione del corrispettivo contrattuale per l'anno 2023 e ne modifica e integra, altresì, parzialmente la Disciplina giuridica per le sole disposizioni qui riportate.

* * * * *

TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO, che, unitamente agli allegati, forma parte integrante del presente *Addendum* contrattuale, la Società/Ente morale/struttura e la ASL (di seguito definite anche le

“Parti”) convengono e stipulano quanto segue.

Art. 1 – Integrazioni all’art. 1 del contratto 2022-2024

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all’accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, nel contratto **all’art. 1 – Premesse, allegati e definizioni –**, al **comma 2**, sono aggiunte le seguenti lettere:

“n) per “integrazione al sistema regionale” si intende l’integrazione tra il sistema della struttura privata accreditata e la piattaforma ReCup, secondo le nuove specifiche richieste dall’Amministrazione con nota prot. 446566 del 24/04/2023;

o) per “utilizzo della Piattaforma ReCup” si intende l’utilizzo della Piattaforma tecnologica ReCUP per la gestione di tutta l’offerta della specialistica ambulatoriale erogata dalla struttura privata accreditata”;

Art. 2 – Modifiche e Integrazioni all’art. 8 del contratto 2022-2024

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all’accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto e, in particolare, ribadendo l’obbligo delle strutture all’implementazione delle proprie Agende Digitali e all’integrazione delle stesse con la piattaforma tecnologica del ReCup regionale, nel contratto **il comma 8 dell’art. 8 – Distribuzione dell’attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico** – si intende modificato e sostituito integralmente come segue:

“8. La struttura dichiara di impegnarsi a rispettare i termini e la tempistica per l’implementazione delle Agende Digitali e ad effettuare l’integrazione al sistema regionale o ad utilizzare la Piattaforma ReCup, mettendo a disposizione tutta l’attività erogata con onere a carico del SSR, in conformità con quanto disposto dai DCA nn. 249/2017, 231/2018, 513/2018 e 302/2019, recante il “Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021”, dalla DGR n. 157/2014 e s.m.i. nonché dalla DGR n. _____ del _____, in coerenza con i requisiti di accreditamento e di erogabilità fissati dalla normativa vigente regionale e nazionale. Le modalità di attuazione di tale adempimento e le relative tempistiche sono definite da apposito “cronoprogramma”, allegato al presente contratto e parte integrante dello stesso. In particolare, nelle more dell’integrazione definitiva al sistema regionale:

nell’anno 2023, la struttura è tenuta a rispettare le indicazioni e gli step temporali riportati nel “cronoprogramma”, al fine di garantire la prenotazione attraverso il sistema integrato/ReCup

della specifica percentuale di prestazioni “critiche” indicata in ogni step; all’esito delle verifiche disposte in sede di riconoscimento finale delle prestazioni erogate nel medesimo anno, qualora non siano rispettate le percentuali di “prestazioni critiche” prenotate attraverso il sistema integrato/ReCup, così come stabilite negli step del cronoprogramma, si procederà al riconoscimento e al pagamento, esclusivamente, della quota parte delle “prestazioni critiche” prenotate tramite il suddetto sistema regionale, nei limiti della percentuale fissata nel singolo step; dall’anno 2024: (i) il 70% delle “prestazioni critiche” erogate dagli ambulatori interni alle strutture dell’ospedalità privata accreditata, con posti letto in regime di ricovero ordinario/DH, deve essere prenotato attraverso il sistema integrato regionale oppure attraverso la Piattaforma ReCup; il restante 30% delle “prestazioni critiche” può essere prenotato anche attraverso altre modalità, al fine di preservare la possibilità per i pazienti già presi in carico dalla struttura di accedere direttamente alle cure previste dal percorso di follow up; (ii) il 100% delle “prestazioni critiche” prodotte dalle strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, senza posti letto in regime di ricovero/DH, deve essere prenotato attraverso il sistema integrato regionale oppure attraverso la Piattaforma ReCup.”.

2. Dopo il comma 8, all’art. 8 del contratto, sono aggiunti i seguenti commi:

“8 bis. E’ stabilito il termine finale del **31/12/2023** quale data ultima entro la quale la struttura (i) dovrà aver effettuato l’integrazione al sistema regionale, oppure, (ii) dovrà utilizzare definitivamente la Piattaforma ReCup. In caso di mancato rispetto di tale termine, il contratto verrà risolto ai sensi del successivo art. 15.

8 ter. Resta inteso che la struttura è tenuta a organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell’utente attraverso la prescrizione, da parte dei medici specialisti della struttura stessa, delle prestazioni relative ai follow-up, identificate dalla classe di priorità “A”, come già previsto nel Piano nazionale di governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e nel Piano regionale di governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui, rispettivamente, ai DCA n. 152/2019 e n. 302/2019.

8 quater. Ai fini della verifica degli adempimenti di cui al cronoprogramma e del rispetto delle classi di priorità, è previsto un monitoraggio mensile (attraverso il sistema SIASXL), confrontando i dati delle “prestazioni critiche” effettivamente erogate dalla struttura con quelli delle prenotazioni effettuate presso la medesima tramite sistema integrato o Piattaforma ReCup, consultabile anche dall’Erogatore per la verifica del rispetto delle percentuali fissate negli step del cronoprogramma.

8. quinquies. *Resta inteso che anche nel 2024 e negli anni successivi, in fase di riconoscimento finale delle prestazioni erogate, saranno effettuate le verifiche sul rispetto della quota delle “prestazioni critiche” stabilita nel cronoprogramma e, qualora tale quota non sia stata raggiunta, sarà riconosciuta e pagata solo la quota parte prenotata tramite il sistema integrato regionale oppure attraverso la Piattaforma ReCup.”.*

3. Il comma 10 dell’art. 8 – Distribuzione dell’attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico – del contratto si intende modificato, integrato e sostituito come segue:

“10. 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 per assistenza ospedaliera, territoriale e specialistica ambulatoriale, 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. Le prestazioni di assistenza territoriale, laddove non vi siano gli appositi flussi informativi, dovranno essere comunicate secondo i Format e le Linee guida predisposti dall’ASL di competenza”;

4. Il comma 13 dell’art. 8 – Distribuzione dell’attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico – del contratto si intende modificato, integrato e sostituito come segue:

“13. Le strutture abilitate provvedono alla prescrizione medica (specialistica e farmaceutica) esclusivamente in modalità dematerializzata su ricettario SSN, ad eccezione dei PAC e degli accorpamenti di prestazioni che non possono essere inviati con tale modalità, che continueranno a essere prescritti in cartaceo fino a nuova disposizione regionale. Le strutture provvedono, altresì, a prendere in carico la ricetta dematerializzata e alla successiva comunicazione dell’avvenuta esecuzione della prestazione attraverso i sistemi informativi regionali e/o aziendali. Nel caso di mancato assolvimento, da parte della struttura, agli obblighi della normativa sulla ricetta dematerializzata e, in particolare, nel caso di mancata presa in carico

della ricetta entro 5 giorni dalla data di prenotazione e conseguente annullamento/blocco della stessa tramite il portale web ERODE o il Sistema Accoglienza Regionale (SAR), da parte della struttura, all'esito delle verifiche mensili sui flussi informativi delle prestazioni erogate a far data dal 1° gennaio 2024, tali prestazioni saranno scartate e, quindi, non saranno riconosciute né pagate. Resta inteso che in sede di prenotazione, la struttura dovrà inviare al ReCup le "note di preparazione" per ogni tipologia di prestazione, correttamente compilate."

5. All'art. 8 – Distribuzione dell'attività, governo delle liste di attesa, flussi informativi, prescrizione dematerializzata e rischio clinico – del contratto, i commi erroneamente indicati con i numeri 16 e 17 si intendono sostituiti con la corretta numerazione "15" e "16".

Art. 3 – Modifiche all'art. 15 del contratto 2022-2024

1. La lett. e) del comma 5 dell'art. 15 – Risoluzione dell'accordo/contratto e recesso – del contratto è modificata e sostituita come segue:

"e) violazione dell'articolo 8, comma 8 bis, in materia di Agende digitali/ReCup;"

2. La lett. f) del comma 5 dell'art. 15 – Risoluzione dell'accordo/contratto e recesso – del contratto è modificata e sostituita come segue:

"f) violazione dell'articolo 8, commi 9 e 10, in materia di Fascicolo sanitario elettronico e di trasmissione e gestione dei dati sanitari e dei flussi informativi;"

3. La lett. g) del comma 5 dell'art. 15 – Risoluzione dell'accordo/contratto e recesso – del contratto è soppressa.

Art. 4 – Corrispettivo 2023 –

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, con riferimento al **comma 3 dell'art. 7 – Corrispettivo, Tariffe e Regole di remunerazione** – l'importo complessivo per **l'anno 2023** 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. I tetti di spesa assegnati rappresentano un limite invalicabile e si intendono comprensivi di IVA, ove applicabile.

Art. 5 – Valorizzazione delle prestazioni erogabili e remunerazione massima annuale –

1. Fermo restando il contenuto delle disposizioni di cui all'accordo/contratto di budget 2022-2024 già sottoscritto, con riferimento **all'art. 9 - Valorizzazione di prestazioni erogabili e remunerazione**

massima annuale/pluriennale – si riporta di seguito la valorizzazione delle prestazioni erogabili e la remunerazione massima annuale per l'anno 2023:

a) *per le prestazioni per acuti: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari).*

Le strutture private accreditate prive di P.S., che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, allo scopo di fruire dei vantaggi di cui al Protocollo d'Intesa ratificato con Determinazione G00646 del 25 gennaio 2022, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA secondo le percentuali ivi fissate, purchè nei limiti massimi del budget assegnato. Le strutture appartenenti alle "Reti tempo-dipendenti" sono comunque soggette agli accordi della relativa Rete di afferenza.

a.1) *per le prestazioni per acuti di Alta complessità erogate in favore di cittadini non residenti ("Mobilità Alta Complessità-FRAC"): il Budget aggiuntivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;*

b) *per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);*

c) *per le prestazioni di lungodegenza medica: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);*

d) *per le prestazioni di specialistica ambulatoriale:*

d.1) *Laboratorio Analisi: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento*

amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

d.2) Prestazioni di Altra Specialistica:

Per le prestazioni di Altra Specialistica è previsto un budget “indistinto” e un budget “dedicato” ad alcune prestazioni (individuare nelle delibere delle AA.SS.LL.); in caso di esaurimento del budget “dedicato” l'eventuale eccedenza andrà ad erodere il budget “indistinto”; non è consentita l'operazione inversa.

d.2.1) - Prestazioni di Altra Specialistica - “budget indistinto”: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

d.2.2) - Prestazioni di Altra Specialistica – “budget dedicato”: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo della ASL, come specificato nella Delibera n. ____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

d.3) prestazioni APA: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

d.4) prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare: il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri

(comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;

e) per le prestazioni per persone non autosufficienti anche anziane, il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:

e.1.) per assistenza intensiva residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.2) per assistenza estensiva residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.3) per assistenza residenziale relativa ai disturbi cognitivo comportamentali gravi, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.4) per assistenza semi-residenziale relativa ai disturbi cognitivo comportamentali gravi, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.5) per assistenza di mantenimento residenziale ad alto carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.6) per assistenza di mantenimento Residenziale a basso carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.7) per assistenza di mantenimento semi-residenziale ad alto carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

e.8) per assistenza di mantenimento semi-residenziale a basso carico, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____.

Il Budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio e alla sola quota a carico del SSR ed è consentita l'osmosi dello stesso nel caso di setting assistenziali diversi (intensivo, estensivo, mantenimento alto e basso) relativi al medesimo regime assistenziale (residenziale, semiresidenziale), purchè nei limiti dei posti residenziali e semiresidenziali accreditati;

*f) **per le prestazioni in Hospice** il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:*

f.1) per assistenza residenziale il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

f.2) per assistenza domiciliare il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

f.3) per assistenza residenziale pediatrica il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

f.4) per assistenza diurna pediatrica in Day Hospice il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

Il budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;

*g) **per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento:** il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:*

g.1) per le prestazioni di riabilitazione territoriale residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

g.2) per le prestazioni di riabilitazione territoriale semi-residenziale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

g.3) per le prestazioni ambulatoriali di riabilitazione territoriale, il Budget assegnato per l'erogazione di n. _____ trattamenti (accessi) alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

g.4) per le prestazioni domiciliari di riabilitazione territoriale, il Budget assegnato per l'erogazione di n. _____ trattamenti (accessi) alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

Il Budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio e alla sola quota a carico del SSR ed è consentita l'osmosi dello stesso tra setting assistenziali (intensivo, estensivo, mantenimento) e tra i diversi regimi assistenziali, purchè nei limiti dei posti residenziali e semiresidenziali accreditati;

h) per le prestazioni di Psichiatria il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:

h.1) per le prestazioni di assistenza intensiva territoriale, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.2) per le prestazioni di assistenza riabilitativa intensiva (SRTR i), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.3) per le prestazioni di assistenza riabilitativa estensiva (SRTR e), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.4) per le prestazioni di assistenza riabilitativa intensiva per adolescenti, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.5) per le prestazioni di assistenza riabilitativa estensiva per adolescenti, il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.6) per le prestazioni di assistenza residenziale socio-riabilitativa ad elevata intensità (24h), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.7) per le prestazioni di assistenza residenziale socio-riabilitativa a media intensità (12h), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.8) per le prestazioni di assistenza semi-residenziale socio-riabilitativa (Centro Diurno), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.9) per le prestazioni di assistenza semi-residenziale socio-riabilitativa per adolescenti (Centro Diurno), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.10) per le prestazioni di assistenza residenziale relativa ai disturbi del comportamento alimentare il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

h.11) per le prestazioni di assistenza semi-residenziale relativa ai disturbi del comportamento alimentare (Centro Diurno), il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;

Il budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio e alla sola quota a carico del SSR ed è consentita l'osmosi dello stesso nel caso di setting assistenziali diversi (intensiva, estensiva, SRSR h24 e SRSR h12, centro diurno, ad eccezione dei Disturbi Comportamenti Alimentari) relativi al medesimo regime assistenziale (residenziale, semiresidenziale), purchè nei limiti dei posti residenziali accreditati;

i) per le prestazioni di assistenza termale: *il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____; tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio ed è comprensivo delle compartecipazioni aggiuntive (ticket) di cui alla vigente normativa;*

j) per le prestazioni erogate a persone in stato di dipendenza o Addiction: *il Budget complessivo assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____, di cui:*

j.1) per le prestazioni di assistenza terapeutico-riabilitativa residenziale, *il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;*

j.2) per le prestazioni di assistenza terapeutico-riabilitativa semi-residenziale, *il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;*

j.3) per le prestazioni di assistenza pedagogico-riabilitativa residenziale, *il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;*

j.4) per le prestazioni di assistenza pedagogico-riabilitativa semi-residenziale, *il Budget assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo n. _____ del _____ per il periodo di riferimento dal _____ al _____ è di € _____;*

Il budget assegnato si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio ed è consentita l'osmosi dello stesso nel caso di setting assistenziali diversi (pedagogico o terapeutico) relativi al medesimo regime assistenziale (residenziali e semiresidenziale), purché nei limiti dei posti residenziali accreditati;

***k) per i maggiori costi connessi alle attività di cui all'art. 8-sexies, comma 2, D. Lgs. 502/92 e s.m.i.:** il finanziamento assegnato alla struttura nei limiti dell'importo massimo verrà determinato dalla Regione con apposito provvedimento amministrativo all'interno della quota di fondo disponibile individuata;*

***l) per i maggiori costi connessi all'attività di didattica e ricerca di cui all'art. 7, comma 2, D.Lgs. n. 517/99 e s.m.i.:** il finanziamento assegnato alla struttura con provvedimento amministrativo è pari al 7% del valore delle prestazioni di assistenza ospedaliera remunerabili nell'anno di competenza in favore di pazienti residenti e non residenti, nonché del valore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale remunerabili nell'anno di competenza, in favore di pazienti residenti.*

2. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, la società/ente morale 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/o aziendale e accetta, pertanto, l'importo complessivo di € _____ (_____/____), pari alla somma delle voci _____, (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo").

3. Resta inteso che le prestazioni soggette a rimborso non prevedono la fissazione di un budget e sono rimborsate, a seguito dei controlli di legge, in funzione delle prestazioni effettivamente erogate, tenuto conto della capacità produttiva. Per tali voci (a titolo esemplificativo e non esaustivo, dialisi, neonato sano, radioterapia, O.B.I., ecc.), pertanto, non è indicata la relativa remunerazione, che verrà determinata a consuntivo."

Art. 6 – Rinvio –

Per tutto quanto non regolato dal presente atto, si rinvia al contratto di budget già sottoscritto digitalmente e parte integrante del presente *Addendum*, nonché al Regolamento di cui alla Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento, allegato al presente *Addendum* e parte integrante e sostanziale dello stesso (**all. A**).

Data _____

La ASL

La struttura

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c., la struttura dichiara di aver preso visione ed accettare espressamente le clausole di cui agli articoli da 1 a 6.

Letto, confermato e sottoscritto in tre originali: uno per ciascuno dei sottoscrittori, il terzo da consegnare alla ASL.

Data _____

La ASL

La struttura

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 una 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 art. 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'art. 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 art. 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 art. 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 art. 4. punto 4.6, 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 art. 6, punto 6.1.

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 provvedimentale 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 art. 3, punto 3.3, 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/revoche 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 art. 4, punto 4.7, 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.

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)

LA VICEPRESIDENTE
(Angelilli Roberta)

Copia